

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

BRUNA LIDIA TAÑO

**A CONSTITUIÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS DE ATENÇÃO ÀS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

São Carlos

2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

BRUNA LIDIA TAÑO

**A CONSTITUIÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS DE ATENÇÃO ÀS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como critério para obtenção do título de Doutora em Educação Especial

Área de Concentração: Educação do Indivíduo Especial

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Simões
Matsukura

São Carlos

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de tese de doutorado do(a) candidato(a) Bruna Lidia Taño, realizada em 16/02/2017.

Prof(a). Dr(a). Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Isabela Aparecida de Oliveira Lussi
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Maria Fernanda Barbosa Cid
UFSCar

Prof(a). Dr(a). Luciana Togni de Lima Silva e Surjus
UNIFESP

Prof(a). Dr(a). Maria Cristina Ventura Couto
UFRJ

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância dos membros Prof(a). Dr(a). Maria Cristina Ventura Couto e Prof(a). Dr(a) Luciana Togni de Lima Silva e Surjus e, depois das arguições e deliberações realizadas, os participantes à distância estão de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) Bruna Lidia Taño.

Prof(a). Dr(a). Thelma Simões Matsukura

Presidente da Comissão Examinadora
UFSCar

pra molecada...

AGRADECIMENTOS

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas
E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar
É tão bonito quando a gente pisa firme
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos
É tão bonito quando a gente vai à vida
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração

Começo afirmando junto com Gonzaguinha sobre a beleza de se ir à vida...ir pra onde o coração leva. E aqui apresento esse profundo agradecimento a todas e todos que me ajudaram nesse caminho, cada um que com sua luz e com sua força iluminou os caminhos dessa jornada que toma a forma de uma tese, mas que é sempre mais...muito mais do que o papel e a escrita dão conta de descrever.

*É necessário, e mais que desejado iniciar esse agradecimento por quem topou seguir junto comigo nestes seis anos na construção de pesquisas, olhares, pensamentos e na afirmação cotidiana do trabalho como vida e destino. **Thelma Simões Matsukura**, minha orientadora nessas e tantas escritas, nessas e tantas experiências...que tantas vezes além de seu conhecimento, me emprestou desejo, força e doses intensivas de esperança e afeto. Foi desse combinado nosso que tantas oportunidades surgiram, tantas trocas aconteceram e a minha admiração que aumenta sempre e sempre mais...Que eu possa, no que virá, transmitir o tanto que me ensinou, o tanto que me inspirou.*

*Às professoras que estiveram presentes no exame de qualificação e também de defesa, Profa. Dra. **Luciana Togni Surjus**, Profa. Dra. **Maria Cristina Ventura Couto**, à Profa. Dra. **Angeles Parrilla Latas** que além das contribuições e apontamentos tão preciosos são inspiração para a docência, a pesquisa e a militância. E especialmente para as Profas. Dra. **Maria Fernanda Cid** e Dra. **Isabela Lussi** que desde o mestrado têm sido companhia tão potente, frequente e disponível.*

*À toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, especialmente à Profa. Dra. **Cristina Lacerda**, à **Eliane** e aos estagiários **Bruno**, **Deborah** e **Marcos**, que tão*

carinhosa e prontamente deram conta de todas as dúvidas, e tornaram muito, muito mais tranquilo e possível esse tempo de doutorado.

Ao apoio também presente do pessoal do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, em especial ao Éder, que sempre tão pronta e carinhosamente deu o suporte para a pesquisa e para as aulas.

*À todas as gerentes/coordenadoras dos CAPSij, às trabalhadoras da saúde e da educação que toparam o desafio de narrar, refletir e compor um trabalho coletivo. Especialmente à **Andressa Scaglia, Nara Ondas, Christiane e Patrícia**, gratidão por terem aberto tão generosamente as portas e terem emprestado tanto desejo e força pra esse projeto. O exercício de ler amorosamente e com respeito cada palavra, cada contribuição foi de fato uma honra e um presente. Espero ter correspondido ao que cotidianamente teus olhos vêm!*

*À minha família ultrapoderosa, nossa fortaleza, nosso solo. Minha mãe **Angela** e minhas irmãs **Renata e Débora**. Quão bom é seguir com a certeza de que estamos sempre juntas, e que cada uma a seu modo segue buscando a defesa da vida, de um mundo justo e tão mais bonito! Esse é nosso maior aprendizado e nossa força! À **Bolachinha**, que veio rapidinho, se foi rapidinho, mas nos reforçou no amor e na fé!*

*Aos meus avós **Rosa e Vicente**, pela companhia tão delicada, presente e atenta a mim e as estes movimentos... vocês são inspiração. Às minhas tias, primos, primas e minha família paterna, gratidão por terem caminhado ao lado.*

*À minha nova família, **Maria Teresa, Budé, Maria Fernanda e Pitú**. Serei eternamente grata por tanto que dão e emprestam e fortalecem. Obrigada por acreditarem tanto que tudo ia dar certo e que podíamos seguir.*

*Ao quarteto das amigas, **Carva, Vidal e Adriana**, que desde lá, desde o primeiro contato, desde o primeiro olhar se transformaram no meu porto-corção...lugar de chegadas e partidas, em que a gente sempre cabe, é sempre esperada e onde encontra descanso e carinho. Carva, obrigada por me inspirar tanto no cuidado com a molecada: o cuidado alegre!*

*Aos amigos **Fabio, Ediane, Guilherme** e à pequena **Catarina**. Amigos professores que me incentivaram e seguiram comigo nestes anos em terras simonenses e em todas as outras. Que a gente possa mesmo fazer do mundo um lugar melhor pra Cá e pra toda molecada!*

À Grazi Valle pela parceria poderosa destes anos, por tudo o que me ensinou sobre o nosso poder: corpo, pensamento e respiração. Que brilhe sempre!

Às amigas que São Carlos me deu, e que o tempo só fez aproximar: Giovana, Ana Toni, Nádia e Amanda...essa força em vocês foi meu amparo e meu cuidado nestes anos de tantas alegrias, desafios e mudanças. Isso é pra vida!

À Ju Archiza, pela delicadeza desse afeto, pela retidão e compromisso com o outro. Gratidão por estar comigo e por termos dividido as belezas, desafios e tormentas desse tempo de doutorado, e de toda vida que correu junto.

Às amigas Juliana Rosa e Juliana Araújo, que confiaram tanto nesse trabalho, seguiram em parceira, emprestando a coragem e muitas vezes o ânimo necessário pra seguir.

Ao nosso grupo de pesquisa: à Mari Giorgio querida companheira de horas de incerteza e de produção, à Jaque, Bia, Carol Squassoni, Carina, Carô, Livia, Fer Cid...pelos encontros que nos mobilizam, nos convocam a pensar mais, a ousar mais, a fazer diferente e seguir na luta. Muito obrigada!

Às minhas orientandas Georgia e Luciene, agradeço a disposição de vocês, o carinho e a paciência em me acompanharem nesta nova atividade: a de aprender a ensinar e acompanhar a formação de terapeutas ocupacionais...

Ao grupo do Programa REDE SAMPA, especialmente à Lia Nishi, Marcia Innocencio, Chris Mery, Silvana Rabelo e às professoras-parceiras Andrea Atilano e Maria Antonieta, pela abertura de uma experiência tão potente para a formação de trabalhadores e para a composição tão coletiva e afetuosa.

À Mãe-Natureza (Grande Mãe), à vida e à suas obras mais bonitas, quentes e afetuosas: Kika, Zeca, Belinha e Athena, gratidão por estarem aqui e dividirem esse tempo comigo.

E por fim, ao maior amigo, melhor companheiro, Jú. Bom saber que seguimos amando e mudando...gratidão por essa jornada partilhada, pelos sonhos divididos e sobretudo por esta vida boa e alegre que levamos. Sem você não seria isso, não seria assim, tua retidão, coragem e posicionamento com o mundo inspiram e são meu alimento. Que a felicidade, o amor, a leveza e a vontade de um mundo mais justo sejam sempre nossas “armas quentes”.

Financiamento

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

RESUMO

Avançar na discussão sobre os modos com que se produzem as ações intersetoriais entre saúde mental (especificamente os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis – CAPSij) e escola, pode contribuir para um melhor delineamento das políticas públicas de educação e saúde. Os objetivos da presente pesquisa foram identificar e compreender os desafios e potencialidades do trabalho intersetorial no âmbito da interface dos campos da saúde mental infantojuvenil e da educação; identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial no CAPSij da região sudeste do Brasil e efetivar/mediar uma experiência de promoção de práticas intersetoriais entre serviços de saúde mental para crianças e adolescentes e educação. Para tanto a pesquisa adotou como desenho metodológico a Avaliação por Triangulação de Métodos como abordagem de avaliação de programas sociais, delineando-se em dois estudos complementares. No Estudo I de abordagem quantitativa, foram identificadas as principais ações intersetoriais das quais os CAPSij da região sudeste do Brasil estão envolvidos. Participaram 35 serviços por meio do preenchimento de um questionário respondido pelos gerentes/coordenadores. Os dados foram analisados descritivamente e permitiram identificar que os principais benefícios do trabalho intersetorial são corresponsabilização, garantia da integralidade do cuidado e qualificação do trabalho, revelando que a intersetorialidade enquanto exercício e diretriz apresenta pontos positivos para todos os sujeitos envolvidos: trabalhadores, crianças, adolescentes e famílias. Já os principais desafios e dificuldades sinalizam para a rigidez de determinados serviços, os empecilhos para execução das pactuações realizadas e a cultura de patologização/medicalização corrente na sociedade e em específico no ambiente escolar. Acerca das crianças e adolescentes acompanhadas, os resultados apresentam números significativos destas em situação de alijamento escolar, entre os principais motivos para a exclusão destacaram-se situações que individualizam a problemática como gravidade do caso, aspectos familiares e condições de vulnerabilidade. Famílias e comunidades, pelos resultados apresentados seguem pouco acionados como considerados nas ações/pacutações intersetoriais. Já o Estudo II de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de pesquisa-ação buscou compreender sobre a produção de redes intersetoriais entre serviços de saúde mental para crianças e adolescentes e educação. O estudo foi realizado no município de Rio Claro/SP e constituiu-se por diferentes movimentos que buscaram a construção coletiva de um projeto comum entre os setores, contando com a participação de gestoras e trabalhadoras da educação, do CAPSij e do ambulatório de saúde mental infantojuvenil. Os resultados, permitiram elucidar que os conceitos de território e clínica ampliada são centrais para a execução de práticas intersetoriais e que devem antes de tudo fazer parte dos programas de trabalho de cada instituição. Com relação à investigação com as escolas, o estudo permitiu discutir que a falta de políticas públicas sobre educação/saúde mental e ainda mais a ausência de debates e articulações mais dialogadas produz um silenciamento discursivo que resulta em desassistência aos estudantes. Nesse sentido a prática de articulação horizontalizada por meio da efetivação de Projeto-Piloto Intersetorial garantiu a possibilidade de diálogo e parceria. Os resultados e discussão permitiram então considerar que a intersetorialidade se coloca como horizonte, dado que é processual e solicita que a atenção psicossocial esteja imbuída da tarefa de sustentar a criação de campos discursivos mais amplos que agenciem ações mais compartilhadas coletivamente.

Palavras-chave: saúde mental; criança; adolescente; serviços de saúde mental; educação inclusiva; intersetorialidade

ABSTRACT

Moving forward in the discussion about the ways in which are produced intersectoral actions between mental health (specifically Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents - CAPSij) and school can contribute to a better outline of public policies for education and health. The objectives of this research were to identify and understand the challenges and potentialities of intersectoral work within the interface of the fields of child and adolescent mental health and education; to identify how intersectoral work has been produced in the CAPSij of the southeastern region of Brazil and to perform/mediate an experience of promoting intersectoral practices among mental health services for children and adolescents and education. Therefore, the research adopted as methodological design the Triangulation of Methods Evaluation as an approach for the evaluation of social programs, outlining in two complementary studies. In the Study I, of quantitative approach, were identified the main intersectoral actions in which the CAPSij of the southeastern region of Brazil were involved. For this, 35 services participated through a questionnaire filling, answered by managers/coordinators. The data were analyzed descriptively and allowed identifying that the main benefits of intersectoral work are joint responsibility, guarantee of care integrality and qualification of work, revealing that the intersectoriality as exercise and guideline presents positive points for all the subjects involved: workers, children, adolescents and families. On the other hand, the main challenges and difficulties point out to the rigidity of certain services, the impediments to the implementation of pacts and the culture of pathologization/medicalization in society, and specifically, in the school environment. Regarding the children and adolescents followed by this study, the results show significant numbers of them passing through an exclusion situation in school. Among the main reasons for it, were highlighted situations that individualize the problematic, such as severity of the case, family aspects and vulnerability conditions. Families and communities, due to the presented results, are little considered in intersectoral actions/pacts. The Study II, of a qualitative approach, developed through action research, sought to understand about the production of intersectoral networks between mental health services for children and adolescents and education. The study was conducted in the city of Rio Claro-SP and was constituted by different movements that sought the collective construction of a common project among the sectors, counting with the participation of managers and workers from education, the CAPSij and the mental health clinic for children and adolescents. The results allowed clarifying that the concepts of territory and extended clinic are fundamental to the execution of intersectoral practices and that they must first be part of the work programs of each institution. Regarding the research with schools, the study allowed arguing that the lack of public policies on education/mental health and, even more, the absence of more dialogical debates and articulations, produces a discursive silencing that results in lack of attendance to students. In this sense, the practice of horizontal articulation through the implementation of an Intersectoral Pilot Project guaranteed the possibility of dialogue and partnership. The results and discussion allowed considering the intersectoriality as a horizon, since it is procedural and calls for psychosocial attention to be imbued with the task of sustaining the creation of broader discursive fields that act on more shared actions collectively.

Keywords: Mental health; Child; Adolescent; Mental health services; Inclusive education; Intersectoriality

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Formação dos participantes do estudo	51
Figura 2 – Tempo de desempenho da atual função	52
Figura 3 – Distribuição dos CAPSij habilitados no Brasil.....	53
Figura 4 – Distribuição dos CAPSij dos Estados da Região Sudeste do Brasil.....	53
Figura 5 – Situação Geral dos CAPSij da Região Sudeste (BR) em relação ao contato para participação na pesquisa	58
Figura 6 – Situação de retorno do convite para participação dos 69 CAPSij com potencial para participação no estudo.....	59
Figura 7 – Distribuição dos profissionais com formação em nível superior presentes nos CAPSij participantes	65
Figura 8 – Distribuição dos profissionais com formação em nível médio presentes nos CAPSij participantes	65
Figura 9 – Porcentagem de crianças e adolescentes fora da escola acompanhados pelos CAPSij (em relação ao número total de usuários de cada CAPSij)	90
Figura 10 – Porcentagem de crianças e adolescentes que frequentam escolas especiais acompanhados pelos CAPSij (em relação ao número de total de usuários de cada CAPSij)	91
Figura 11 – Organização do Estudo II	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Benefícios advindos dos contatos com a rede	75
Quadro 2 – Dificuldades advindas dos principais contatos com a rede	80
Quadro 3 – Motivos apontados pelas coordenadoras pelos quais as crianças e adolescentes acompanhadas nos CAPSij não estão inseridas nas escolas	92
Quadro 4 – Parcerias entre CAPSij e a Educação/Escolas	99
Quadro 5 – Benefícios do contato com a Educação/Escolas	102
Quadro 6 – Dificuldades no contato com a Educação/Escolas	103
Quadro 7 – Percepções em relação às experiências de articulação intersetorial	110
Quadro 8 – Importância da intersetorialidade na percepção dos coordenadores dos CAPSij	115
Quadro 9 – Modalidades de participação das famílias nas ações intersetoriais	117
Quadro 10 – Modalidades de participação da comunidade nas ações intersetoriais	120
Quadro 11 – Outros apontamentos sobre o tema da intersetorialidade	122
Quadro 12 – Descrição das ações intersetoriais desenvolvidas	185
Quadro 13 – Situações que mais exigem o estabelecimento de ações intersetoriais	187
Quadro 14 – Benefícios relacionados ao estabelecimento de parcerias intersetoriais	189
Quadro 15 – Dificuldades para o estabelecimento de parcerias intersetoriais	190
Quadro 16 – Temas e ações realizadas no 1º Seminário de Alinhamento	194
Quadro 17 – Temas e ações realizadas no 2º Seminário de Alinhamento	194
Quadro 18 – Temas e ações realizadas no 3º Seminário de Alinhamento	195
Quadro 19 – Temas e ações realizadas no 4º Seminário de Alinhamento	195
Quadro 20 – Temas e ações realizadas no 5º Seminário de Alinhamento	196
Quadro 21 – Temas e ações realizadas no 6º Seminário de Alinhamento	196
Quadro 22 – Temas e ações realizadas no 7º Seminário de Alinhamento	197
Quadro 23 – Sobre o Projeto-Piloto Intersetorial e sua correlação com demandas da rede de atenção para crianças e adolescentes (Saúde).....	213
Quadro 24 – O Projeto-Piloto Intersetorial e a correlação com demandas das escolas municipais (Educação)	213
Quadro 25 – Sobre a organização da proposta do Projeto-Piloto Intersetorial (Saúde)	215
Quadro 26 – Sobre a organização da proposta do Projeto-Piloto Intersetorial (Educação).....	216
Quadro 27 – Aspectos positivos da proposta de trabalho (Saúde)	218
Quadro 28 – Aspectos positivos da proposta de trabalho (Educação).....	218
Quadro 29 – Aspectos negativos da proposta de trabalho (Saúde)	219
Quadro 30 – Aspectos negativos da proposta de trabalho (Educação).....	220
Quadro 31 – Impactos do Projeto-Piloto Intersetorial para a prática profissional (Saúde)	222
Quadro 32 – Impactos do Projeto-Piloto Intersetorial para a prática profissional (Educação)	222

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos CAPSij participantes	61
Tabela 2 – Reuniões Internas realizadas pelos CAPSij	67
Tabela 3 – Serviços/setores que mais encaminham para os CAPSij	70
Tabela 4 – Serviços e instituições que os CAPSij mais acionam para a discussão de casos/ construção do entendimento	71
Tabela 5 – Serviços que participam das ações de apoio matricial com os CAPSij	86
Tabela 6 – Serviços/instituições com os quais os CAPSij participam de ações conjuntas	109
Tabela 7 – Caracterização das escolas participantes do 2º movimento	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AEE – Atendimento Educacional Especializado
CAPS adulto – Centro de Atenção Psicossocial para adultos
CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CCA – Centro Criança e Adolescente
CECCO – Centro de Convivência
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CID – Classificação Internacional de Doenças
CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes
CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro Especializado de Referência da Assistência Social
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HTPC – Horário de Trabalho do Professor - Coletivo
HTPI – Horário de Trabalho do Professor - Individual
NASF – Núcleo de Apoio de Saúde da Família
PC – Paralisia Cerebral
PNH- Política Nacional de Humanização
PS – Pronto Socorro
PSE – Programa de Saúde na Escola
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
REDE PROTECA – Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes (Fórum)
SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SESC – Serviço Social do Comércio
SESI – Serviço Social da Indústria
SPA – Substâncias Psicoativas
SR – Sala de Recursos
SUS – Sistema Único de Saúde
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
UA – Unidade de Acolhimento
UAi – Unidade de Acolhimento infantojuvenil
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	22
2.1. A pesquisa científica e os desenhos metodológicos inclusivos: fazer chegar a participação social como operador democrático da produção de conhecimento	29
3. INTERSETORIALIDADE, SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	33
3.1. Sobre o exercício da intersectorialidade	40
3.2. Intersectorialidade, saúde mental e educação	41
4. OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo Geral	45
4.2 Objetivos Específicos.....	45
5. DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA	46
5.1 Tipo de Estudo e Abordagem	46
I. ESTUDO I	48
I.1 Método	50
I.1.1 Participantes.....	50
I.1.2 Local	52
I.1.3 Instrumentos	54
I.1.4 Procedimentos.....	54
I.1.4.1 Elaboração e Validação dos Questionários	54
I.1.4.2 Identificação e Localização dos Participantes.....	55
I.1.4.3 Coleta de Dados	59
I.1.5 Análise e Tratamento dos Dados	60
I.2 Resultados	61
I.2.1 Caracterização dos CAPSij participantes.....	61
I.2.2 Dinâmica dos CAPSij	67
I.2.3 Os CAPSij e o trabalho com as escolas	89
I.2.4 Os CAPSij e a interlocução com outros parceiros	108
I.2.5 Sobre intersectorialidade: o que pensam os coordenadores dos CAPSij.....	121
II. ESTUDO II	126

II.1 Método	128
II.1.1 Parcerias e colaboradores	131
II.1.2 Local	131
II.1.3 Instrumentos e Materiais	135
II.1.4 Procedimentos	136
II.1.4.1 Localização dos participantes e Coleta de Dados	136
II.1.5 Análise e Tratamento dos Dados	141
II.2 Resultados	142
II.2.1 Sobre a organização do estudo e a sistematização dos dados.....	142
II.2.2 O 1º Movimento: Pano de Fundo.....	144
II.2.3 O 2º Movimento: Identificando demandas e territórios	150
II.2.3.1 A saúde mental vista pela Educação	151
II.2.3.2 A percepção das trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI sobre a intersetorialidade.....	185
II.2.4 O 3º Movimento: Empenhando esforços	192
II.2.5 O 4º Movimento: Avaliando os movimento	211
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	229
REFERÊNCIAS	236
APÊNDICES	248
ANEXOS	258

1. APRESENTAÇÃO

"Um escritor é alguém que se entrega com paixão à escuta. Um escritor é um escutador. Alguém que escuta o que as pessoas dizem mas sobretudo escuta o que está além do que dizem. Escuta os silêncios, escutas os gestos, escuta as histórias que estão por de traz. (...) O maior motivo para sermos felizes é a capacidade de nos tocarmos, de nos encontrarmos. E esse encontro é um encontro com a história do outro pois nós somos uma história - uma coleção de histórias - que está dentro de nós." Mia Couto

O trabalho de pesquisa na interface entre saúde e educação talvez seja esse mesmo: o de escutar e “criar” histórias. Mais ainda quando são histórias que versam sobre crianças/adolescentes e o cuidado que precisam, merecem e têm por direito. Importa então contá-las com força e compromisso.

O que apresentamos no corpo desta tese segue como processo e produto, sempre provisório, de um percurso no campo da atenção em saúde mental infantojuvenil, e mais recentemente da educação, como possibilidade de seguirmos na militância e na composição de lugares mais possíveis para que crianças e adolescentes, especialmente aquelas atravessadas pelas experiências de sofrimento psíquico, possam viver, participar e atuar.

Em termos mais objetivos, a partir da inserção na assistência em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, e posteriormente na produção científica sobre o tema, esta pesquisa é desdobramento de um percurso que se efetiva pelo estudo das ações empreendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis – CAPSij. Do encontro durante o mestrado com diferentes profissionais e familiares que trataram sobre as experiências de cuidado para as crianças e adolescentes em trajetória de intenso sofrimento psíquico, desenvolvido também sob orientação da professora Thelma Simões Matsukura, ficou evidenciado que, por mais interessantes, ousadas e sensíveis que sejam as práticas de cuidado estabelecidas nos CAPSij, a ampliação da vida, a produção de saúde e a autonomia não são garantidos se não estiverem entrelaçados em objetivos comuns e solidários com outros serviços, com outras redes, e outros atores sociais.

Assim, surge o mote deste estudo: compreender que a saúde mental atravessa o setor da saúde mas não só. De que é preciso mais muitos de nós para a produção de bons e efetivos encontros em que seus agenciamentos garantam direitos e participação social das crianças, adolescentes, suas famílias e comunidades. Nesse entendimento, a educação, e a educação

especial, em sua nova e mais interessante roupagem, a educação inclusiva, são parceiros fundamentais para qualquer e todo trabalho que se oriente para as direções apontadas.

Apresentamos então o trabalho intitulado *A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico* como requisito para a obtenção do título de doutora em Educação Especial, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.

O objetivo geral deste trabalho, buscou identificar e compreender os desafios e potencialidades do trabalho intersetorial no âmbito da interface dos campos da saúde mental infantojuvenil e da educação.

Para tanto está organizado em *Seções* que versam sobre a condução da pesquisa, o aprofundamento metodológico e os resultados advindos do percurso em campo.

Os pontos centrais do debate e as referências utilizadas para o aprofundamento em relação ao tema são indicados na *Seção 2 - Introdução* no qual são apresentados aspectos iniciais para a incursão no debate acerca das ações intersetoriais como premissa fundamental para cuidado com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, e ainda, trata também sobre a relevância de estudos que se orientam pelos métodos de investigação participativos como condição para a efetivação de pesquisas social e cientificamente comprometidas.

Na *Seção 3 – Intersetorialidade, saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial* aborda os principais referenciais teóricos utilizados no estudo, situando-se como capítulo de sustentação das discussões posteriores junto aos resultados analisados. Apresenta breve histórico da constituição, e das motivações em jogo, em relação às ações entre setores tradicionalmente ocupados com as pautas relacionadas ao cuidado/proteção de crianças, adolescentes e jovens, em destaque educação e saúde. Ainda, elenca as condições para o exercício desta enquanto premissa essencial para um cuidado com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na perspectiva da atenção psicossocial. Por fim, este tópico buscou também apresentar tópicos concernentes à discussão sobre intersetorialidade enquanto ferramenta de gestão e de articulação de comunidades e territórios.

Na *Seção 4* encontram-se descritos os objetivos do presente trabalho, subdivididos em Gerais e Específicos.

Em virtude dos objetivos assumidos e do entendimento acerca das composições intersetoriais, a pesquisa, em sua íntegra foi desenvolvida utilizando como referencial

metodológico a Avaliação por Triangulação de Métodos para abordagens de programas sociais, como proposto por Minayo e colaboradores (2005), em que se combinam abordagens quanti e qualitativas, bem como recursos participativos e mais horizontais para o encontro com os parceiros do estudo e os resultados obtidos. Assim, a *Seção 5 - Delineamento e Condução da Pesquisa* discute sobre a organização e sistematização das abordagens metodológicas do trabalho bem como sobre a seguinte apresentação do método e dos resultados, tratando sobre a constituição de dois estudos que seguiram abordagens distintas, embora complementares.

O Estudo I – *Identificando a construção intersetorial relacionada aos CAPSij da Região Sudeste do Brasil*, apresenta o percurso metodológico e os resultados relacionados à investigação de abordagem quantitativa que teve como objetivo principal identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) da região sudeste do Brasil, nos quais foram participantes 35 serviços.

Já o *Estudo II - A construção da intersetorialidade entre saúde mental infantojuvenil e educação: a pesquisa-ação na composição de movimentos compartilhados* apresenta o percurso metodológico, os resultados e as discussões decorrentes de imersão em campo que por meio de pesquisa-ação buscou compreender os desafios e potencialidades relativas ao trabalho intersetorial na atenção em saúde mental infantojuvenil tendo como foco as equipes de saúde e os profissionais da educação, e ainda efetivar/mediar uma experiência de promoção de práticas intersetoriais entre educação e saúde mental.

Na *Seção 6 – Considerações Finais* são retomados os objetivos e principais resultados dos dois estudos empreendidos, bem como são apontadas sugestões para o desenvolvimento de outras pesquisas acerca do tema da intersetorialidade no campo da atenção a crianças e adolescentes.

Por fim, e tão necessário quanto, mesmo que as palavras, resultados, referências e apontamentos realizados neste relatório possam não dar conta de dimensionar na íntegra a implicação com o campo e o que passou de forte e potente, importa marcar o tempo desta escrita e deste trabalho. Esse projeto foi pensado, elaborado e pactuado em um cenário aberto, mesmo que com falhas e resistências, para as discussões sobre a melhoria dos serviços de saúde, da necessidade do compromisso ético com a educação e da garantia de direitos para crianças e adolescentes. Durante sua escrita e análise dos resultados o cenário político-

democrático deste país mudou. Projetos de Emendas Constitucionais que limitam recursos para a saúde e modificam escasseando a educação foram colocados em jogo, entre outras manobras que ameaçam diminuir drasticamente direitos sociais.

Esperamos, que este trabalho, possa servir como um diálogo, respeitoso e cheio de afeto entre saúde mental e os outros setores que estão e devem estar implicados na atenção às crianças e adolescentes, especialmente os de saúde e educação, nestes tempos e no que virá.

Almejamos assim, que o que foi vivido, ouvido e compartilhado não seja fotografia de um tempo passado, mas que sirva como combustível para projetos e desejos futuros. Seguiremos cuidando, desejando os encontros, produzindo os afetos e defendendo o direito à diferença.

Para um cuidado conosco e com todos aqueles que produziram este tempo comum, ficam as palavras de Paco Urondo:

INSTRUÇÕES PARA ESQUIVAR O MAU TEMPO

Em primeiro lugar, não se desespere e em caso de agitação não siga as regras que o furacão quererá lhe impor.

Refugie-se em casa e feche as trancas quando todos os seus estiverem a salvo.

Compartilhe o mate e a conversa com os companheiros, os beijos furtivos e as noites clandestinas com quem lhe assegure ternura.

Não deixe que a estupidez se imponha.

Defenda-se.

Contra a estética, ética.

Esteja sempre atento.

Não lhes bastará empobrecê-lo, e quererão subjugar-lo com sua própria tristeza.

Ria ostensivamente.

Tire sarro: a direita é mal comida.

Será imprescindível jantar juntos a cada dia até que a tormenta passe.

São coisas simples, mas nem por isso menos eficazes.

Diga para o lado bom dia, por favor e obrigado.

E tomar no cu quando o solicitem de cima.

Dê tudo o que tiver, mas nunca ande sozinho.

Eles sabem como emboscá-lo na solidão desprevenida de uma tarde.

Lembre que os artistas serão sempre nossos.

*E o esquecimento será feroz com o bando de impostores que os acompanha.
Tudo vai ficar bem se você me ouvir.
Sobreviveremos novamente, estamos maduros.
Cuidemos dos garotos, que eles quererão podar.
Só é preciso se munir bem e não amesquinhar amabilidades.
Devemos ter à mão os poemas indispensáveis, o vinho tinto e o violão.
Sorrir aos nossos pais como vacina contra a angústia diária.
Ser piedosos com os amigos.
Não confundir os ingênuos com os traidores.
E, mesmo com estes, ter o perdão fácil quando voltarem com as ilusões acabadas.
Aqui ninguém sobra.
E, isto sim, ser perseverantes e tenazes, escrever religiosamente todos os dias, todas as tardes, todas as noites.
Ainda sustentados em teimosias se a fé desmoronar.
Nisso, não haverá trégua para ninguém.
A poesia dói nesses filhos da puta.*

2. INTRODUÇÃO

Nenhum aquário é maior do que o mar

Lenine

As atuais políticas públicas de saúde mental para a infância e adolescência vêm, no bojo dos movimentos de democratização do acesso e da construção de alternativas para a vida em sociedade de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, problematizando as formas com que se processa, no interior dos serviços estratégicos em saúde mental, a produção do cuidado. Nesse sentido, confere-se a importância ao trabalho intersetorial que possa fazer aumentar o grau de circulação destes sujeitos pelos locais que tradicionalmente estiveram alijados - escola, outros serviços de saúde, mercado de trabalho, espaços de cultura e de lazer (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; COUTO; DELGADO, 2010; 2015).

Dados da Organização Mundial da Saúde (2001) estimam que entre 10 a 20% das crianças e adolescentes no mundo apresentam necessidade de algum tipo de acompanhamento em saúde mental, enquanto que 3 a 4% da população infantojuvenil total necessitará de acompanhamento intensivo em saúde mental. Tais dados identificam ainda, que parte dos transtornos psiquiátricos diagnosticados na vida adulta, já apresentavam, durante a infância e adolescência alguns sinais e sintomas que representassem sofrimento psíquico para estes sujeitos. É importante ainda frisar que estas formas de sofrimento na vida adulta, que tiveram seu início durante a infância e adolescência, comumente geram severos efeitos incapacitantes.

Em revisão de estudos epidemiológicos a respeito das condições de saúde mental da população infantojuvenil no Brasil, Paula, Miranda e Bordin (2010) relatam que, entre os anos de 2001 e 2009 foram quinze os estudos sobre o tema. Destes, as taxas de prevalência para distúrbios em saúde mental, quando avaliados a partir de instrumentos de rastreamento, variaram entre 12 a 24,6% do total da população infantojuvenil; já em relação aos estudos baseados em entrevistas diagnósticas, estes índices ficaram entre 7 e 12,7%. Os autores deste estudo, contudo, fazem a ressalva de que as pesquisas relatadas estiveram concentradas em três grandes estados brasileiros e alertam para a importância de se realizarem estudos multicêntricos no país.

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis¹ (CAPSij), são serviços de saúde destinados a crianças e adolescentes que apresentam graves comprometimentos emocionais e psíquicos como também consequências provenientes do uso de álcool e outras drogas, situados em municípios com mais de 70 mil habitantes (BRASIL, 2011). Configuram-se como equipamentos fundamentais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica uma vez que se propõem à transformação da atenção em saúde mental no Brasil por meio da substituição do modelo asilar cunhado na exclusão social e segregação, em defesa de um modelo de base territorial e comunitária. Estes equipamentos têm também a função de apoiarem as ações da Atenção Primária em Saúde, em específico a Atenção Básica em Saúde, por meio de ações de matriciamento. Articulam não somente a rede de cuidados em saúde, mas também operam a efetivação de uma nova política de saúde mental nacional na perspectiva do trabalho territorial e da atenção psicossocial (BRASIL, 2004; 2011).

Com relação aos serviços estratégicos do campo da saúde mental para a infância e adolescência, Amstalden, Hoffmann e Monteiro (2010) ao elucidarem a respeito dos principais desafios para as políticas de saúde mental na atualidade, descrevem sob quais princípios o trabalho nos CAPSij deve estar pautado. Pontuam que mais que ações estritamente marcadas pela técnica especializada, o trabalho desenvolvido deve objetivar a disponibilidade para o encontro com outros atores, no que se concretiza enquanto uma dimensão ética do cuidado. Definem assim a construção da rede como um posicionamento metodológico, ou seja, um modo de se produzir o trabalho cotidiano nos serviços que se agregue tanto a outros parceiros intersetoriais como seja potente o suficiente para reconhecer, no território onde estão inseridos elementos estratégicos para a construção dos projetos singulares de cuidado.

Couto e Delgado (2010) reconhecem ainda, que o trabalho intersetorial adquire funções de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas a serem desempenhadas.

Estas afirmações, relacionadas à importância do trabalho em rede no campo da saúde mental infantojuvenil ganham força e relevância política a partir da promulgação da Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Definida a RAPS como uma rede de saúde mental que funciona de modo articulado em

¹ Ainda que nos documentos oficiais e na literatura corrente a sigla para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis seja apresentada por “CAPSi”, neste trabalho esta sigla será apresentada acrescentada da letra “j” - CAPSij. Demarcando com isso a necessidade de consideração da população adolescente e jovem nestes equipamentos, a partir, que seja, da discursividade aqui apresentada. Destaca-se nesse sentido a publicação da 2375/2016 do município de São Paulo que adota oficialmente esta nomenclatura nos serviços.

diferentes pontos de atenção (serviços), fica assegurada, no campo do planejamento em saúde que a atenção em saúde mental representa mais que apenas o acompanhamento dos sujeitos pelos serviços especializados. Destaca-se destarte, que a melhor atenção em saúde mental é realizada quando o sujeito em sofrimento pode circular por tantos serviços quanto forem necessários e articular sua vida com cidadania e participação social. Os serviços devem estar funcionando atrelados de modo a compartilharem os projetos e programas de cuidado, uma vez que são tomados como referência também para as ações os determinantes sociais das condições de saúde dos sujeitos (BRASIL, 2011).

Todavia, ainda que as políticas e normativas apresentem as necessidades e adequação e transformação das lógicas de cuidado em saúde mental, é importante marcar que esta não se expressa em sua integralidade na realidade brasileira, sendo ainda um desafio relevante (DELGADO, 2015; 2015a).

Nos locais em que a desinstitucionalização não se afirmou enquanto compromisso social, assiste-se ao fenômeno chamado de *revolving door*, no qual o sistema de saúde mental funciona na lógica do circuito, segundo análise precisa e relevante articulada por Rotteli (1990). Nestas localidades, nas quais inclui-se o Brasil, a psiquiatria reformada composta por serviços comunitários e estruturas de internação (em nosso caso, comunidades terapêuticas, hospitais gerais e outros aparatos de institucionalização para além das ofertas do sistema de saúde) se interrelacionam por meio de uma movimentação em esquema de circuito, assumindo lógicas assistenciais traduzidas pelas cisão das ofertas e fragmentação das abordagens. Tal dinâmica, acarreta em uma peregrinação constante e alienante das pessoas e grupos que carecem de cuidado, entretanto produzindo efeitos tão devastadores quanto a estagnação produzidas pelas longas internações experimentadas nas décadas anteriores. Vê-se claramente que, as diferentes velocidades e movimentações, nestas lógicas, não produziram outros efeitos mais interessantes de cuidado e de autonomia.

As pessoas peregrinam de serviços em serviços, sem terem de fato suas demandas assumidas como compromisso das equipes, resultando em desassistência generalizada. As internações ocorrem em repetições sistemáticas, de modo mais breve, entretanto não menos nocivas e violentas. Esses movimentos destituídos do cuidado, produzem em alto grau cronificações e a patologização de problemas sociais profundos. Tal dinâmica revela-se ainda mais problemática, grave e intensiva para os jovens e adolescentes para os quais a psiquiatria tem buscado sistematicamente investir seus construtos e para os quais as nosografias classificatórias têm pouco ou nada respondido às demandas e necessidades concretas de vida e

participação social a que estes têm direito e almejando constituir (ROTTELI, 1990; LUGON, 2016).

Assim, verifica-se que por si, a desinstitucionalização, quando não acompanhada da produção de novas ordenações nas lógicas do cuidado e de engajamento de diferentes atores sociais, decorre em aspectos negativos e na reprodução de sistemas assistenciais de violência, alienação, segregação e omissão.

Vê-se como corrente que as diferentes instituições sociais, centradas essencialmente na oferta de ações de acordo com suas expertises e no esquema problema-resposta, deparam-se com as complexas questões sociais produzindo aproximações pouco satisfatórias, que cada vez mais passam a ser lidas sob o viés da patologia e da doença mental. Nesse sentido, observa-se que cada vez mais, principalmente para os jovens e crianças, que a psiquiatria se estabelece como campo de competência e como saber capaz de responder a tudo aquilo que não foi capturado pelo esquema compreensivo das outras tantas instituições sociais em que se incluem, escola, assistência social, justiça e trabalho (ROTTELI, 1990).

Segundo Rotteli (1990), torna-se necessário então, que se desinstitucionalize não somente a atenção, mas sim o paradigma que sustenta as ações técnicas e os entendimentos sociais sobre a loucura e o sofrimento psíquico. Abdicar, portanto, do paradigma racionalista centrado no esquema problema/resposta (presente nos equipamentos sociais), que limita as compreensões, que as descreve e interpreta a partir de instituições e não das pessoas e dos problemas sociais que as atravessam.

Em se tratando da atenção às crianças e adolescentes na perspectiva da atenção psicossocial o trabalho a ser empreendido então, deve ser o de possibilitar que o cuidado e o tratamento sejam elaborados e articulados na dinâmica social na qual novas concepções de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos possam ser asseguradas (COUTO; DELGADO, 2016). Garantindo que o cuidado se estabeleça em rede e não em circuito, de modo a produzir vida, ultrapassando proposições e lógicas tão violentas.

Avançar com o que se conquistou, no âmbito das transformações no cuidado em saúde mental, para o alcance de ações que sejam efetivamente produtoras de saúde, vida e cidadania, exige que os serviços implicados com a atenção e cuidado das crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico, diagnosticadas ou não com transtornos mentais, possam agora abrir suas portas e considerar, no cotidiano, o que se produz no território, o que o limita, mas também o que o faz possuir a capacidade de acolher diferentes sujeitos em diferentes

condições de vida e de sociabilidade, contrariando a errância sem sentido, efeito dos serviços que de nada cuidam. Este trabalho requer que se possa redimensionar a ação clínica, para a afirmação de um trabalho que é também, político e social, em que, por meio de encontros com outros setores, serviços, instituições, e atores comunitários, possa ser exercido o direito à cidadania e à construção efetivamente democrática de processos inventivos de vida comunitária e pertença social (PITTA, 2001; VICENTIM, 2006).

Inojosa (2001) explicita que a intersectorialidade deve ser entendida como ação que objetiva a transformação da lógica social a partir do combate à exclusão por meio do desenvolvimento social mais equânime, no sentido de que, os setores, quando fragmentados em suas ações, têm pouca resolubilidade no que tange aos problemas de maior gravidade para da vida contemporânea. Por meio das ações intersectoriais, é que se podem iniciar processos de busca pela melhoria da qualidade de vida, na direção do reconhecimento de necessidades singulares que solicitam ações também singulares e criativas. A intersectorialidade trata, portanto, não de ignorar disciplinas ou saberes setoriais, mas sobretudo, fazer aumentar o grau de comunicação entre os vetores, corresponsabilizando-os pelas situações a serem enfrentadas, em dinâmicas que objetivem a superação de problemáticas complexas localizadas em determinado território (INOJOSA, 2001; NASCIMENTO, 2010).

Evidencia-se que, embora os discursos médico-psiquiátrico, como também o psicológico, atravessem o cotidiano das escolas, seja por meio da mídia como por meio de programas pontuais em que os temas e as questões de saúde chegam travestidos muitas vezes pela lógica do medo, da exclusão e do perigo, e em que pese a quantidade de solicitações e indicações para tratamento medicamentoso como única alternativa, é ainda com dificuldade que se tecem nas instituições, uma aproximação mais organizada e efetiva com os serviços de saúde, no sentido do fortalecimento das condutas e da construção de redes de apoio para o enfrentamento das situações-problema que se apresentam (COSTA, 1983; GUARIDO, 2007; SOUZA, 2010).

Considera-se que a escola e seus mecanismos de funcionamento têm importante caráter psicossocial para o desenvolvimento pleno das crianças e adolescentes que a frequentam no engajamento para a consolidação da cidadania e da participação social. Entendida também como um espaço promotor de saúde coadunado ao projeto de educação integral voltado para o desenvolvimento da cidadania, a escola detém o potencial de ser articuladora de novas formas de sociabilidade e de composição com os diferentes modos de viver e de participar do mundo (SOUZA, 2010).

A partir da proposição da Educação Inclusiva enquanto perspectiva da Educação Especial, fomentada, entre outros movimentos, pela promulgação da Constituição Federal de 1988, em que se assegura, por meio do artigo 205, a educação como direito universal, compreende-se que as escolas têm vivido processos de inclusão de crianças e adolescentes com trajetórias de sofrimento psíquico, no geral, inseridas dentro da chave diagnóstica de Deficiência Mental (BRASIL, 2008; KASSAR, 2011; SANCHES; OLIVEIRA, 2011).

Todavia, assim como apontam a Organização Mundial da Saúde (2005) e Sanches e Oliveira (2011) as escolas ainda têm se mantido afastadas e os profissionais, por sua vez, sentem-se pouco apropriados para as discussões acerca dos modos de composição e convivência com as crianças em intenso sofrimento psíquico.

Especificamente no campo da atenção em saúde mental infantojuvenil, estudos têm sido produzidos no sentido de abordar a importância das ações intersetoriais, entre estas com as escolas: Couto e Delgado (2010); Duarte et al., (2010), Oliveira e Reis (2012) e Sanches e Oliveira (2011), Zaniani e Luzio (2014), Taño e Hayashi (2015) que abordaram o tema sob diferentes aspectos.

A respeito do desenvolvimento de ações intersetoriais realizadas por trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) localizados na cidade de São Paulo, Oliveira e Reis (2012), em estudo que envolveu 12 profissionais de quatro CAPSij localizados no município, apontam que, entre os setores com quem mais mantêm contato, situam-se em primeiro lugar as escolas, seguido pelos serviços da assistência social e posteriormente a justiça. O estudo revelou que, no geral as ações realizadas com outros setores objetivam a discussão de casos específicos, o que pode evidenciar que ainda não existem agendas criadas coletivamente para a construção de ações mais ampliadas no que tange o cuidado e proteção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Couto e Delgado (2010), em estudo acerca da intersetorialidade nas políticas para saúde mental de crianças e adolescentes acrescentam que na atualidade a importância desse modo de organização da atenção tem encontrado aportes internacionais para sua realização, principalmente no que tem sido veiculado pela Organização Mundial da Saúde.

Sanches e Oliveira (2011) ao realizarem estudo de caso de duas crianças em situação de sofrimento psíquico, a partir de suas trajetórias pelas escolas e processos de inclusão, discutem que os profissionais tanto da saúde como da educação pouco têm produzido ações compartilhadas. Evidenciam ainda a sustentação da ideia de que sujeitos em experiência de

sofrimento psíquico e suas necessidades são percebidos como não sendo de competência da escola, ou seja, para eles ainda não são articulados modos de convivência partilhada de espaços sociais tradicionais.

Em estudo que objetivou caracterizar a rede pública ampliada em saúde mental para infância e adolescência em quatro regiões do Estado do Rio de Janeiro, por meio da aplicação de questionários contando no total com uma amostra de 525 instituições de diferentes setores (justiça/direitos; assistência social; educação e saúde) entrevistadas entre os anos de 2006 e 2007, Duarte e colaboradores (2010) identificaram a importância de que as questões de saúde mental possam ser expandidas para outros serviços que não somente os especializados. No estudo, segundo os autores, foi possível verificar que diferentes setores, como educação, assistência social, saúde e justiça/direitos, reconhecem que em suas práticas realizam o desenvolvimento de ações em saúde mental. Ainda, ao realizarem análise descritiva dos dados encontrados, apontam para a relevância da construção de outros estudos que possam abranger o aprofundamento da realidade dos sistemas de atenção existentes de modo mais qualitativo.

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

As publicações analisadas pelas autoras, centram as análises sobre o tema da intersetorialidade em relação aos cuidados na atenção direta às crianças e adolescentes, em abordagens mais singulares, sob as quais não se pôde elucidar a respeito da interdependência entre os setores das políticas sociais ou mesmo com relação ao compartilhamento das experiências e saberes postos em jogo nessas relações (ZANIANI; LUZIO, 2014, p. 67).

Já sobre as publicações nacionais e internacionais acerca do tema da interface entre ações de saúde mental e de educação, Taño e Hayashi (2015), realizaram revisão bibliométrica compreendida entre os anos de 1964 e 2014, em que o corpus final da pesquisa

foi composto por 43 artigos. A análise das produções, que excluíram trabalhos que tratavam sobre projetos e intervenções estritamente relacionados à temática do uso de substâncias psicoativas, revelou que, ainda que a temática central dos artigos analisados versasse sobre o tema da saúde mental, as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não foram as preferencialmente contempladas enquanto população alvo dos estudos. Tal consideração reforça a percepção das autoras de que esta população segue ainda pouco abordada em relação às suas necessidades e demandas.

O estudo evidenciou que mesmo com escassas políticas delineadas para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais, há um crescente aumento das produções sobre esse tema, em que se destaca a década atual com maior produção de publicações. Tal incremento da produção, em que se verifica principalmente a partir da década de 2000, está, na percepção das autoras, diretamente atrelado com a publicação de importantes documentos e normativas de caráter internacional, em especial os viabilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001; 2003; 2005). As pesquisadas enfocadas apresentaram diferentes delineamentos e objetivos incluindo expressivas diferenças entre o número de participantes, oferecendo, portanto, um variado panorama de problematização sobre a temática, bem como, na percepção das autoras, podem apoiar a constituição de políticas públicas e diretrizes de ação mais variadas e complexas (TAÑO; HAYASHI, 2015).

A estes resultados, soma-se o relevante documento *Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future*, elaborado pela Organização Mundial da Saúde, em que consta a participação de mais de 60 países na composição de guia para o cuidado em saúde mental para a infância e adolescência, em que indica-se fortemente a importância do trabalho intersetorial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

2.1 A pesquisa científica e os desenhos metodológicos inclusivos: fazer chegar a participação social como operador democrático da produção de conhecimento

Nenhuma produção corre apartada de seu contexto e das intenções dos grupos que determinam seus objetos e objetivos. A produção de conhecimento científico, ainda que por muito tempo tenha se mantido sob a rubrica de sua neutralidade, efetiva relações de poder que orientam a manutenção de determinados discursos e/ou possibilitam a emergência de novas construções ideológicas e sociais (FOUCAULT, 1995).

No campo das pesquisas aplicadas e mais ainda, nas pesquisas em educação e ciências humanas, as escolhas metodológicas, os operadores teóricos, a definição dos objetivos e dos temas de estudo não são assépticas e seguem relacionadas a questões que muitas vezes passam ao largo das efetivas necessidades sociais e da busca pela autonomização e melhora de vida de coletivos e grupos. Constantemente as pressões internas ao campo acadêmico, a (in)disponibilidade de recursos e de apoios, e certo “imperialismo cultural” acabam por implicar na escolha por determinado recorte temático (PARRILA, 2010).

Neste contexto, as pesquisas qualitativas que tem como objeto o estudo de situações, grupos, coletivos ou trajetórias individuais solicitam a emergência de aportes que sustentem eticamente o que se produz. Considerar as subjetividades implicadas neste processo e reconhecer a importância de que os coletivos principalmente em situação de desvantagem possam participar ativamente dos processos de investigação situa a pesquisa como importante ferramenta de transformação social. A dinâmica a se estabelecer evoca norteadores que comprometem pesquisadores, coletivos acadêmicos (incluindo os estudantes em formação) e os diferentes atores sociais para a construção de linhas de entendimento que possam revelar problemas sociais e a busca por soluções compartilhadas, factíveis e que se proponham a afirmar a importância de experiências locais como posicionarem-se criticamente às teorizações abstratas que trazem supostas “consciências” externas à realidade em jogo (PARRILLA, 2010; ROCHA; AGUIAR, 2003).

A discussão sobre formulação de políticas públicas para redução das iniquidades, sua implementação, o acesso e a permanência de pessoas em situação de vulnerabilidade às propostas inclusivas, merece, em tempos de endurecimento dos programas sociais, apoio e dedicação por parte da comunidade científica e dos coletivos sociais (PARRILLA, 2010; SUSINOS; PARRILLA, 2013).

Sob estes ideais e reflexões, as pesquisas participativas têm desempenhado há algumas décadas a função de possibilitar um maior protagonismo dos atores sociais durante os processos de investigação. Seja por meio de avaliação de processos e projetos, bem como pelo apoio para a tomada de decisões e/ou problematizações em relação aos contextos a que sujeitos e coletivos estão imersos. Pesquisas dialogadas e implicadas com o campo têm fomentado então novos debates e cenários de realidades no entrecruzamento entre os saberes locais e as produções científicas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; THOLLENT, 2011).

As pesquisas de Avaliação por Triangulação de Métodos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), desenvolvidas no contexto nacional, que congregam as abordagens quali e quantitativas, objetivam a elucidação/reorientação de estratégias em programas, projetos e serviços de modo que sua eficiência, ética e eficácia possam ser potencializadas. Nessa modalidade participativa de produção de conhecimento, os limites, potenciais e alcances dos projetos são colocados em análise, conjuntamente entre pesquisadores e atores sociais implicados. Em sentido amplo, buscam evidenciar por meio da ação coletiva os sentidos éticos, os valores técnicos e o compromisso social das práticas realizadas por diferentes grupos e/ou instituições.

Nesta proposição avaliativa, são realizadas ações investigativas nas quais os sujeitos envolvidos também agenciam autoavaliações acerca dos processos que constituem a prática em análise. A função dos avaliadores/pesquisadores externos reside então na possibilidade de realizar outras análises e ainda sustentar, oferecer referenciais, estratégias e outras chaves de leitura para a compreensão das problemáticas e situações vivenciadas no contexto das instituições, que considerem a história, as relações e condições destas, na articulação de dinâmicas objetivas e subjetivas que as atravessam (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

No Brasil, as pesquisas participantes, principalmente as de desenho do tipo pesquisa-ação crítica, tiveram seu desenvolvimento bastante atrelado aos movimentos sociais e ao engajamento político de seus propositores. Intelectuais como Paulo Freire e outros educadores foram os disparadores teóricos para a composição de um quadro metodológico que buscava incluir os agentes sociais em seus estudos e proporcionar a estes a possibilidade de enunciação da realidade social a partir de suas experiências, iniciando assim uma nova ética de trabalho em que o conhecimento se produzia com as pessoas e não sobre estas (EL ANDALOUSSI; 2004; ROCHA; AGUIAR, 2003; THIOLENT, 2011).

A partir de tais pressupostos, foi conduzida parte desta pesquisa, utilizando como referencial a pesquisa-ação (THIOLENT, 2011) e seus desdobramentos metodológicos, entendendo que investigar sobre a construção de ações intersetoriais para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico demandava eticamente a inclusão dos atores locais, em nosso caso os profissionais da saúde e da educação.

Ao buscar unir teoria e prática como também sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003) para a construção de um processo de pesquisa que esteja de fato imerso no caldo social, a pesquisa-ação questiona a tradição científica positivista, cunhada em suposta neutralidade

(THIOLLENT, 2011). Todavia, segue aliada à responsabilidade de - embora questionando o fazer em ciência -, manter-se engajada na construção de um conhecimento científico que tenha rebatimento e importância para as complexas problemáticas sociais, e para o desenvolvimento mais justo e autônomo de grupos e coletividades.

A principal função política marcada na pesquisa-ação trata, portanto, do estabelecimento de políticas de transformação da realidade em jogo. Nesse caminho, seus norteadores éticos e práticos têm como objetivo fazer aumentar o grau de autonomia dos coletivos bem como a proposição de que mais pessoas e atores sociais sejam protagonistas dos processos de decisão e de transformação. A pesquisa-ação assim, portanto, uma ação que buscará trazer novos elementos para a problematização coletiva da realidade vivida. Em relação aos processos de tomada de consciência e da comunicação sobre estas transformações seu percurso pode contemplar também enunciados que se compartilham por meio de denúncias, debates e discussão (THIOLLENT, 2011).

Construir espaços deliberativos mais compartilhados e coletivizados; fortalecer a autonomia dos conjuntos ou ainda, para casos em que os grupos estão mantidos em situações de pouca amplitude de autonomia, a pesquisa-ação incorre para a construção de processos dialógicos que sejam mais inclusivos na contratualização de acordos e pactos. Uma outra função política da pesquisa-ação que esteve principalmente em movimento neste estudo consiste ainda, na elucidação estratégica e tática da interlocução dos grupos com outros parceiros e atores no sentido da planificação de metas, na elaboração de planos de ação e na construção de percursos de trabalho (THIOLLENT, 2011).

Dessa forma, no campo das políticas públicas das quais tratamos, entende-se que o elemento essencial para a transformação da lógica de acesso aos direitos, que ainda segue em dinâmicas sobretudo excludentes é a possibilidade de agenciamentos coletivos de modo multidisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2008; 2011; OMS, 2003; 2005). A participação ativa de atores sociais como educadores e profissionais de saúde na condução de projetos comuns de atenção às crianças e adolescentes em risco é desafio.

3. INTERSETORIALIDADE, SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As ações empreendidas entre distintos setores, especialmente direcionadas para as crianças, adolescentes e jovens não representam, assim como já assinalado, novidades na condução da assistência em território nacional. Pedagogia, psicologia, justiça e posteriormente a medicina, estiveram empenhadas desde a metade final do século XIX a se ocuparem das crianças e jovens brasileiras, em ações respaldadas por políticas de cunho repressivo, direcionadas especialmente para as situações consideradas desviantes dos planos políticos ideológicos nacionais, representados pelos movimentos higienista e eugenista (RIBEIRO, 2006; BOARINI; YAMAMOTO; 2006; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Considerando que os altos índices de mortalidade infantil, e outras doenças tropicais afirmavam o Brasil como nação atrasada, a intervenção sobre estes processos se fez urgente enquanto plano político de alçar o país ao patamar dos países europeus mais desenvolvidos. Com o advento da educação de crianças e adolescentes, medicina, educação e psicologia unem seus saberes na construção de discursos e de intervenções direcionadas para estas populações (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Por volta das décadas de 1920 e 1930, a Liga de Higiene Mental, imputa às famílias a culpabilização pelos processos de adoecimento de seus entes, e sob este discurso realiza série de intervenções de cunho supostamente educativos para a adaptação de toda uma classe mais pobre ao ideário burguês. Estrategicamente as crianças, inseridas nas escolas, são o principal grupo sob o qual incidem as ações higienistas, imbuídas dos objetivos de prevenção das doenças mentais e mazelas sociais e da “melhoria da raça” brasileira. Conjuntamente, ações de recolhimento e segregação das infâncias e juventudes pobres seguem em curso, sob a rubrica da proteção social. A institucionalização das camadas mais pobres seguiu como conduta prioritária das ações do estado, difundidas por meio da construção das identidades de *menor em perigo* e de *menor perigoso*, ambos alvos de intervenções violentas e asilares. (SCHECHTMAN, 2005; BOARINI, 2006; ZANIANI; LUZIO, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; JOIA; OLIVEIRA; VICENTIN, 2016).

A apropriação da disciplina médica sobre o desenvolvimento da criança e suas famílias, outorga o lugar social destes profissionais enquanto agentes especializados na orientação educacional e na condução de intervenções para recuperação e aprendizagem de

grupos sociais específicos e marginalizados. Remonta-se a este período a construção ideológica de que criar e educar os filhos é tarefa árdua, da qual os responsáveis não têm condições de realizar, a não ser quando apoiados pelo saber médico-pedagógico. Em 1934 a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (que perdurou até a década de 1970), durante o Governo de Getúlio Vargas, vinculado ao Ministério da Saúde Pública e da Educação, segue como mais um exemplo, de ação orquestrada entre saúde e educação na condução das ações sobre as crianças e suas famílias (SCHECHTMAN, 2005; JOIA; OLIVEIRA; VICENTIN, 2016).

Já sobre a escolarização, a cientificação da educação, que substituiu paulatinamente a educação religiosa, esteve intimamente atrelada ao escopo científico e técnico da psicologia e mais tardiamente da medicina psiquiátrica como eixos explicativos e organizativos das mazelas e problemas que acometiam crianças e seus familiares. Segundo Voltolini (2016), é a psicologia, inicialmente, que se ocupa de ofertar as bases explicativas para que professores e educadores pudessem compreender o desenvolvimento e a aprendizagem de suas crianças, entre outras definindo o *tipo psicológico normal*, passível de ser educado e acompanhado pelas instituições, dentre os quais encontramos ainda hoje certas similaridades e ressonâncias. Cabe destacar que a introdução da psicologia como base explicativa para a educação, formulou-se inclusive enquanto um aparato social reconhecido e legitimado, o que acrescentou expansão suficiente para sua sustentação por tantas décadas no imaginário social e profissional (VOLTOLINI, 2016).

Pode-se entender portanto, que a apropriação e participação das disciplinas médica e psicológica no campo educacional, tal como observamos também hoje, resulta sobremaneira de um processo histórico de investimento nessa articulação, dos quais Boarini (2006) indica inclusive uma certa atual retomada da ideologia do movimentos higienistas. Observa-se isso pela identificação da adoção de discursos e encaminhamentos empreendidos por educadores, que imputam aos profissionais da saúde a explicação/atenção sobre as dificuldades contidas nos processos pedagógicos. Estes discursos seguem na percepção da autora, reafirmando as impossibilidades de que crianças e adolescentes com problemas físicos, psíquicos, e/ou familiares, participem dos processos escolares.

Todavia, ainda que coexistentes, e com olhares para as mesmas populações, as ações históricas para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico estiveram sustentadas na direção filantrópica, de caráter reparador, especialmente centradas na descrição e compreensão dos fenômenos pela chave de leitura da deficiência mental. Psiquiatria,

educação e psicologia pouco se ocuparam das crianças e adolescentes em situações de intenso sofrimento psíquico, embora a prevenção das doenças mentais figurasse como o principal objetivo descrito. Ainda que o campo tenha se conformado com diferentes disciplinas e saberes, a fragmentação das condutas e a individualização das intervenções foram os movimentos correntes na constituição da assistência à estes sujeitos, pouco considerados nas políticas públicas deste país, até início do século XXI (BOARINI, 2006; COUTO; DELGADO, 2016; TAÑO; MATSUKURA, 2015;).

O que se observa assim, é que a atualidade da necessidade de um debate sobre a intersectorialidade reside sobretudo, na articulação de campos de conhecimento e de práticas que possam ultrapassar a cisão das disciplinas. Busca-se considerar que os movimentos históricos e as composições sociais decorrentes acarretaram em quadros de desassistência e violação de direitos para crianças e adolescentes ao longo do curso da história deste país, tornando, portanto, imprescindíveis a problematização e desnaturalização das ações empreendidas para estas populações, na defesa de formas mais interessantes, diversas e singulares de cuidado e promoção da vida.

Assim então, como apontam Couto e Delgado (2016), a ação intersectorial para o cuidado com a infância e adolescência na atualidade ganha relevo e importante destaque decorrente de duas situações complementares: o histórico mas também cultural sistema brasileiro de negligência e abandono a estas, e as conformações de um trabalho clínico que pouco se sustenta por suas práticas restritas, carecendo das compreensões e atuações da escola e da família para se afirmar.

Ainda que não se apresente enquanto vocábulo em grande parte dos dicionários, e tampouco seja nomenclatura incluída nos descritores em saúde, a intersectorialidade tem tomado importante espaço de discussão para a construção da gestão e da atenção nas principais políticas sociais, em que pese as normativas da saúde e de assistência social (MENDES; AKERMAN, 2007; BRASIL, 2011; 2016).

O advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a proposição de descentralização dos serviços, determinaram a necessidade de movimentos instituintes que se traduzissem no agenciamento de práticas inovadoras em saúde e gestão dos serviços. Dentre estas, Gomide e Grossetti (2010) apontam que devem obrigatoriamente considerar e abarcar as dimensões da gestão, do planejamento, dos processos de trabalho e da entrada dos usuários e comunidades nos processos decisórios. Nestes, o trabalho em rede tem assumido centralidade para a

conformação de processos de trabalho e de gestão mais participativos, alinhados aos princípios e diretrizes do SUS.

Tais inovações se fizeram necessárias uma vez que a reorganização dos sistemas em torno da descentralização dos serviços, como estratégia única, não sustentou a possibilidade de responder às profundas iniquidades sociais presentes no país. A descentralização das políticas sociais, fenômeno observado em diferentes países da América Latina durante as décadas de 1980, esteve centrada na diminuição do aparato institucional, focalizando seus esforços em princípio nas políticas compensatórias. Movimentos sociais de contestação e de redemocratização pós-ditaduras contribuíram para que a descentralização enquanto operacionalização dos recursos sociais estivesse também engajada na construção de processos mais democráticos contando com a participação mais ativa da sociedade em suas formulações, ainda que sob os modelos e necessidades da lógica neoliberal de gestão dos recursos públicos (JUNQUEIRA, 1997; GOMIDE; GROSSETTI, 2010).

Ao que se observou historicamente, a descentralização, assumida em muitas localidades pela municipalização dos serviços ao não ser capaz de, sozinha, garantir o combate às iniquidades sociais, e mais que isso, em inúmeras vezes as reforçando em diferenças e dificuldades de acesso e acompanhamento (JUNQUEIRA, 1997), demandou outras elaborações gestoras para que as políticas sociais de fato respondessem aos princípios e objetivos defendidos, no Brasil, pela Constituição Federal de 1988.

Na busca por estratégias mais inventivas, democráticas e de articulação de acordo com as reais necessidades sociais, a intersetorialidade têm sido tomada como objeto de estudo e proposta de intervenção em diferentes localidades brasileiras e internacionais (JUNQUEIRA, 1997; ANDRADE, 2005; MENDES; AKERMAN, 2007; AZEVEDO; PELIACIONI; WETSPHALL, 2012; GOES; MACHADO, 2013). Em que se traduzem a integralidade da atenção e a defesa da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado.

A gestão intersetorial enquanto operadora de políticas sociais esteve inicialmente proposta pelo campo da saúde, se destacando como elemento central das políticas a partir das discussões e proposições sobre Promoção da Saúde. As considerações sobre os determinantes do processo de saúde e doença e as críticas acerca dos processos de medicalização da sociedade, - entre outros traduzidos na América Latina pelos movimentos de Epidemiologia Social - , fundamentaram em nível internacional as Conferências Mundiais sobre Promoção da Saúde, ocorrida a primeira em Ottawa, Canadá, no ano de 1986 (ANDRADE, 2005).

Nesta conferência, que teve como norteador a Declaração de Alma Ata (1978) sobre cuidados primários em saúde, é defendida a necessidade urgente de uma saúde pública universal, em que se reformulem os conceitos de saúde e de promoção de saúde admitindo como central o debate acerca da produção social do binômio saúde-doença. Outros alinhamentos conceituais também são adotados neste encontro, como referências para a elaboração de políticas públicas. Dentre estes, são elencados os valores para a promoção da saúde situados na revalorização ética da vida, na solidariedade, equidade, democracia, cidadania, na participação, desenvolvimento, e justiça social. São ainda e oportunamente citadas as condições e requisitos mínimos para que a saúde possa ser produzida a partir das situações de vida e de desenvolvimento de sujeitos e comunidades, entre estas figuram como imprescindíveis as condições de paz, moradia, alimentação, renda, justiça social e ecossistema saudável (MENDES, 2000; ANDRADE, 2005).

Desta forma, pelos conjuntos de valores, princípios e contextos assumidos como componentes para a saúde, é evidenciado que diferentes dimensões sociais são convocadas a participarem desta dinâmica, na composição das proposições da Primeira Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde. Nas quais os determinantes de saúde

“foram relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. (...) a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, **a saúde não é assegurada apenas pelo setor da saúde**” (ANDRADE, 2005, p.79).

Com relação ao que se produz no Brasil, Andrade (2005) após analisar diferentes experiências municipais com a intersetorialidade, afirma que no campo das políticas públicas imperam diferentes apreensões sobre esta dinâmica. Nos discursos observam-se consensos, enquanto que nas práticas ainda se observam importantes dissensos. Evidencia assim, que embora existam necessidades urgentes de respostas complexas aos emaranhados problemas sociais, o aparato de estado ainda muito fragmentado e setorializado impede operações mais complexas e singulares. Nesse sentido, estas organizações fragmentárias sustentadas em poderes disciplinares determinam e condicionam os poucos avanços na intersetorialidade enquanto prática de gestão.

2 Grifo nosso.

Outras experiências que trataram sobre arranjos intersetoriais, em que se destacam os Projetos *Cidades Saudáveis*³ (JUNQUEIRA, 1997; MENDES, 2000; ANDRADE, 2005) apresentam que são frágeis as organizações entre distintos setores para a articulação sobre problemáticas sociais. Ainda que se reconheça que a descentralização da gestão das políticas e programas sociais favorece localmente o acesso de diferentes grupos sociais à gestão, estes mesmos grupos encontram dificuldades importantes para o pertencimento aos momentos decisórios de tais instâncias. Entre o que se destaca também, as iniciativas de ação intersetoriais deslocam-se, potencializam-se e se enfraquecem de acordo com mudanças em governos locais seguindo centralizadas nas figuras individuais dos trabalhadores/gestores que as compõem.

Mendes (2000) destaca a presença de abordagens distintas relacionadas às políticas de Promoção da Saúde para as quais a intersetorialidade assume a centralidade do planejamento: os projetos nos quais as demandas iniciais são do setor saúde e estes convocam as parcerias estratégicas para sua resolução, especialmente centrados em problemáticas já definidas e com recursos de cada um dos setores; já a outra abordagem, direcionada mais efetivamente para as “políticas públicas saudáveis” que opera a partir das preocupações com a qualidade de vida das populações e equidade social a partir de agenciamentos coletivos advindos da participação de atores de diferentes áreas, na construção e responsabilidade coletivas e compartilhadas sobre os processos de trabalho, gestão e articulação das ações.

Sobre este aspecto, observa-se que no geral a primeira abordagem segue ainda como a mais frequente nas localidades e para as quais o setor saúde, representado por diferentes serviços e atores toma a frente e indica as problemáticas mais urgentes. Em relação aos principais parceiros e agentes em composição, destacam-se junto ao setor saúde os setores da Educação e da Assistência Social (ANDRADE, 2005; MONNERAT; SOUZA, 2009).

A este respeito, a Declaração de Helsinque sobre a Saúde em Todas as Políticas Públicas (2013), decorrente da 8ª. Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reforça que a saúde deve ser a prioridade absoluta de todos os governos assumindo a centralidade das discussões e ações sobre desenvolvimento sustentável das comunidades, defendendo ainda que o acesso e a continuidade do cuidado em saúde são a expressão máxima da justiça social.

3 A partir das considerações acerca das políticas de Promoção de Saúde, especialmente formuladas e estimuladas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a estratégia de *Cidades Saudáveis*, têm como objetivo o fortalecimento do protagonismo local nas considerações e proposições para a qualidade de vida das pessoas e grupos, e melhoria das condições de saúde nos espaços urbanos. Experiências desta modalidade de gestão pública dos recursos sociais já estiveram em curso na Europa, na América Latina e em alguns municípios brasileiros (MENDES, 2000).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2015) é considerada a primeira normativa oficial a indicar a intersetorialidade como estratégia para a produção e promoção de saúde⁴. Indica a necessidade de envolvimento dos trabalhadores, usuários e territórios na produção de subjetividades mais solidárias, corresponsáveis e participativas, por meio da mobilização de recursos humanos, financeiros, territoriais e políticos. A PNPS define ainda que, considerando o processo saúde-doença como decorrente de variados e complexos aspectos, é responsabilidade do setor saúde indicá-los por meio da articulação intersetorial. Fica então este setor como responsável pelo estímulo para que os outros setores considerem estes determinantes e as condições de vulnerabilidade como eixos principais de suas políticas e programas, de modo que a saúde seja prioridade de todas as políticas públicas (BRASIL, 2015a). Para tanto, esta política compreende e define intersetorialidade como,

processo de articulação de saberes, potencialidade e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2015, p. 27).

Embora tenha sido revisada em outra portaria, entende-se que uma definição mais completa e complexa acerca da intersetorialidade e suas dinâmicas estejam incluídas na Portaria MS/GM, de 30 de março de 2006, que inicialmente versa sobre a PNPS. Nesta encontra-se a seguinte definição,

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se pela formulação de intervenções que a propiciem. (...) Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006, p.12-13).

Mesmo que se reconheça que mudanças na condução das políticas públicas do país incidiram sobre a alteração relevante no conteúdo da definição de intersetorialidade presente nas considerações da PNPS, observa-se que as distintas conceituações repercutem nos modos com que se produz o entendimento sobre as abordagens intersetoriais e suas articulações. Certo entendimento de que esta é uma ação que visa sobretudo à saúde e melhora da

⁴ A primeira Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março, data do ano de 2006, sendo revisada e publicada em 2015.

qualidade de vida, pode colocar as perspectivas do setor saúde como centrais na condução dos entendimentos e percepções. A este respeito, mesmo que se entenda a saúde como bem maior, Andrade (2005) aponta que, ainda que se considerem os diferentes condicionantes sociais, segue o setor saúde responsável absoluto por enunciá-los e divulgá-los, o que certamente pode incidir nos formatos e proposições de compromissos coletivos e entre outros setores sobre estes.

A este respeito ainda, Monnerat e Souza (2009), apontam que segue imperando certa visão endógena ao campo da saúde acerca das potências e articulações da gestão intersetorial. No geral, os debates sobre esta temática têm sido disparados pelas áreas científicas da administração pública e pela saúde coletiva, embora os núcleos da educação e da assistência social estejam paulatinamente produzindo comunicações e estudos sobre o tema. Todavia, mesmo com o crescimento das publicações sobre, segue o desafio de realizar em nível prático sua implementação.

Neste caminho, Akerman e colaboradores (2014) apontam então, que uma vez que a intersetorialidade têm cada vez mais sido assumida enquanto uma técnica, da gestão pública geral à gestão em saúde, ela assume um caráter múltiplo e variado podendo ser descrita a partir do vocábulo intersetorialidadeS.

3.1 Sobre o exercício da intersetorialidade

Em termos objetivos, compreende-se que a intersetorialidade se afirma em práticas contextualizadas, apoiada em atores e problemas reais e somente por meio destes pode ser empreendida. O conhecimento e o saber articulados, são produzidos em arenas dialógicas nas quais os diferentes interesses, perspectivas e valores são colocados em jogo, constituindo-se assim como meio e não como fim (MENDES; AKERMAN, 2007).

A finalidade central reside no desenvolvimento social das comunidades e territórios, por meio de uma governança baseada na diversidade e no diálogo. Fóruns, painéis de debate, conselhos municipais e locais, oficinas de trabalho, grupos temáticos e espaços informais de articulação são os dispositivos sociais que favorecem esta modalidade de gestão. Assim, mesmo que conste em decretos e normativas oficiais, é somente na realidade de cada comunidade/território que a intersetorialidade se afirma enquanto prática, outrossim beneficentemente apoiada por dispositivos legais em âmbito municipal que sustentem sua duração (MENDES; AKERMAN, 2007).

Práticas integradas (estabelecimento de fluxos, encaminhamentos, protocolos e rotinas), e outras modalidades de projetos compartilhados não necessariamente figuram como ações intersetoriais. É imprescindível que os atores envolvidos possam, paulatinamente protagonizarem ações horizontalizadas, que sejam mais amplas do que objetivos meramente utilitaristas (MENDES; AKERMAN, 2007; AKERMAN; et al., 2014).

Enquanto principais entraves para a condução de ações intersetoriais, Azevedo, Pelicioni e Westphall (2010) apontam: escasso financiamento, despreparo de gestores e profissionais, dificuldades burocráticas, formação dos profissionais ainda direcionada para os especialismos e pouco focada na interdisciplinaridade, e a centralização das ações dominadas por relações de poder que produzem pouca apropriação sobre os processos de trabalho.

Já para Andrade (2005) um dos principais desafios das práticas e acordos intersetoriais reside na superação do modelo hegemônico de funcionamento do Estado, que esteve presente durante todo o século XX, e para os quais a municipalização dos recursos e serviços ainda se mantém muito atreladas a outras esferas de governo, bem como na composição de projetos que de fato sejam produtos de análise coletiva, e não somente de convocatórias aos outros setores quanto à participação.

Complementarmente, Monnerat e Souza (2009) tratam também sobre a falta de apoio das gestões locais e sobre a dificuldade de acesso e permanência dos diferentes grupos e movimentos sociais na articulação e participação dos conselhos municipais para acompanhamento e ainda sobre a infundável competitividade das políticas partidárias que limam a condução mais longitudinal de ações desta modalidade.

3.2. Intersectorialidade, saúde mental e educação

Monnerat e Souza (2009) asseguram que, ainda que a administração pública seja o campo que mais produz estudos e pesquisas sobre este tema, em âmbito prático os setores da Assistência Social, da Saúde e da Educação são os mais envolvidos na produção de intervenções e projetos comuns nos territórios. Estes setores confirmam no campo de suas prerrogativas, mesmo que pouco concretizadas, o paradigma universalista adotado na Constituição Federal de 1988, para o qual a seguridade social e a equidade são temas centrais.

No âmbito da Assistência Social, a Política Nacional de Assistência Social e o Sistema Único de Assistência Social têm sido apresentados de forma que a intersectorialidade se

constitui na articulação central das estratégias e ações para a garantia da cidadania e dos direitos sociais. Programas como Bolsa Família sustentam em sua elaboração a conformação intersetorial como espinha dorsal de sua realização, considerando para tanto o território e a descentralização da gestão como pressupostos do trabalho (MONNERAT; SOUZA, 2015).

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

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

Cabe ainda salientar o papel transformador da educação na composição de territórios mais saudáveis e participativos. Sob este aspecto, Goes e Machado (2013) apontam a importância da educação, formal e informal para o desenvolvimento local. As autoras destacam o desenvolvimento local como aspectos concernentes às comunidades/localidades que extrapolam as questões econômicas, focalizando os recursos e potenciais nas pessoas e no ambiente, na perspectiva das democracias políticas e econômicas. Neste paradigma, a educação, aliada a outros setores e projetos, têm a capacidade de apoiar a compreensão da realidade local bem como a promoção de mudanças nos territórios, que conduzam à melhor qualidade de vida e de avanço para as comunidades.

No ano de 2004, a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014), como parte integrante da criação de uma agenda de ações para o cuidado e reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos alvo das políticas de saúde mental, estimula e fortalece a problematização das formas de condução das ações supostamente implicadas na proteção a estes grupos, tecendo uma série de proposições para o enfrentamento da exclusão, da marginalização do cuidado bem como da negligência sociopolítica vivida por estas. Entre os principais objetivos deste Fórum, situam-se a discussão e a articulação da intersetorialidade como premissa básica para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes na construção de políticas públicas que de fato sejam eficazes para o acompanhamento, defesa dos direitos e promoção da cidadania para estas.

As publicações relacionadas aos encontros deste Fórum em sua organização em nível nacional, apresentadas no intervalo entre os anos de 2005 e 2012 evidenciam que a atenção neste campo só se produz de fato interessante, integral e emancipadora quando agregada pela composição coletiva entre os diferentes atores sociais. As temáticas discutidas, como desinstitucionalização, atenção às crianças e adolescentes em uso de drogas, e articulação com os sistemas de garantia de direitos e a composição da Rede de Atenção Psicossocial estiveram articulados à possibilidade de elaboração e de defesa de uma Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes, que extrapola saberes e ações totalizantes, na substituição de um controle social de caráter punitivo para a promoção de ações e produção de saberes que estejam de fato imersos na perspectiva da criação de estratégias mais interessantes de cuidado articulado nos territórios de acordo com as singularidades de cada comunidade (BRASIL, 2014).

Na perspectiva do fortalecimento das ações propostas pelo Fórum Nacional depreende-se a necessidade de que os gestores locais de saúde mental bem como os CAPSij sejam os responsáveis por agenciar as ações de integração e promoção da intersetorialidade com o objetivo de fortalecer e ampliar os debates e proposições que se direcionem tanto para cada caso/situação, e que sejam também dimensões mais constantes de um trabalho comum. A instauração de fóruns municipais e regionais de caráter interinstitucional, intersetorial e deliberativo teria então a função de assegurar a constituição de políticas e ações locais de acordo com as realidades de cada território e das demandas e potencialidades assinaladas (BRASIL, 2014).

Sobre a criação e fortalecimento de uma Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes, Couto e Delgado (2016) apontam que esta se situa em dois planos complementares no que tange sua conformação. Um primeiro trata das estruturas nas quais as redes sustentam, a saber os serviços implantados, e outra dimensão, de caráter dinâmico que trata sobre direcionalidade da ação do cuidado. Estas duas dimensões, também mais singelamente apresentadas nos textos sobre os Fóruns de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014) devem figurar como alvos e objetivos de investimento e de desejo por parte de atores e gestores locais, mas também devem estar contempladas articulações macrossociais.

Em âmbito mais geral, articulando as experiências da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes com as políticas mais gerais de saúde mental, em 2011 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, determina e advoga em caráter

absoluto que toda e qualquer atenção às pessoas em sofrimento psíquico, bem como as ações de promoção em saúde mental devem estar articuladas às estratégias intersetoriais reconhecendo que a saúde mental é compromisso de todos. Direitos humanos, cidadania e a participação dos movimentos sociais são assinalados enquanto estratégias imprescindíveis para a garantia do acesso, do cuidado e da promoção da vida dos diferentes grupos e populações(BRASIL,2011b).

Entende-se que, avançar na investigação e discussão sobre os limites, potencialidades e modos com que se produzem as ações intersetoriais entre CAPSij e escola pode contribuir para um melhor delineamento das políticas públicas, de educação e de saúde e para a garantia dos direitos dos sujeitos historicamente alijados da vida comunitária e da participação social. Interessa, portanto, conhecer e aprofundar a discussão sobre como os atores em jogo neste cenário têm pensado suas práticas, identificando suas demandas para o trabalho colaborativo, assim como também evidenciar quais os impasses e desafios para a concretização de projetos coletivos para o cuidado e garantia dos direitos das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar e compreender os desafios e potencialidades do trabalho intersetorial no âmbito da interface dos campos da saúde mental infantojuvenil e da educação.

4.2 Objetivos Específico

- Identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) na região sudeste do Brasil tendo como foco as ações realizadas junto ao setor Educação;
- Identificar as principais necessidades que as escolas que acompanham crianças e adolescentes em sofrimento psíquico encontram na rotina deste trabalho;
- Compreender as principais dificuldades referidas pelos CAPSij e pelas escolas para o desenvolvimento de ações conjuntas;
- Efetivar/mediar uma experiência de promoção de práticas intersetoriais entre educação e saúde mental.

5. DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA

5.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de pesquisa de abordagem quanti e qualitativa que se orienta por meio do desenho de Avaliação por Triangulação de Métodos proposto por Minayo, Assis e Souza (2005).

Historicamente o campo científico operou importante segmentação entre as duas abordagens, quantitativa e qualitativa, como forma de tensionamento das relações a respeito da produção de conhecimento. A abordagem quantitativa esteve atrelada ao paradigma positivista e a qualitativa ao interpretacionista, divisões estas veiculadas essencialmente enquanto matriz explicativa para incontáveis dissenções durante do século XX. Entretanto, este movimento, causa de desavenças no campo científico, pode ser problematizado na medida em que se questiona a ideia “unívoca” de uma relação direta entre teoria e escolha metodológica enquanto condições estanques. Sem um necessário aprofundamento preliminar acerca da relação entre escolha teórica e desenho do método, não como aprisionamentos mas como chances de avanço (KIRSCHBAUM, 2013), destitui-se a possibilidade de um processo de pesquisa fielmente comprometido com a produção de conhecimento científica e socialmente relevantes.

Entende-se assim que a escolha por determinada abordagem, quando comprometida com a ética da produção de conhecimento, como aponta Minayo (2010), está atrelada às perguntas realizadas e às formas concretas de se conduzirem caminhos para a busca de respostas. Desta forma, a combinação entre as abordagens, corresponde inclusive à complexidade dos objetos de estudo, permitindo que análises mais aprofundadas sobre a questão da intersectorialidade, enquanto estratégia sejam devidamente realizadas, bem como de modo que possam oferecer pistas acerca de seu desenvolvimento mais efetivo, ética e socialmente implicado (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Na presente pesquisa, as abordagens combinadas, por meio da Avaliação por Triangulação de Métodos, permitiram um dimensionamento mais efetivo em relação ao tema da Intersectorialidade, uma vez constituída como uma prática ainda pouco sistematizada⁵ no

⁵ Aqui, defende-se a ideia de que ainda que Intersectorialidade figure como importante dimensão no campo da atenção psicossocial, as articulações e negociações necessárias para esta ação são pouco sistematizadas enquanto um campo de conhecimento e de intervenção já estabelecido, mesmo que figurem enquanto dimensões operativas principalmente na área da saúde (AMARAL, 2015).

campo da saúde mental e principalmente na atenção às crianças e adolescentes. Tal dimensionamento foi possibilitado por meio da realização das três etapas descritas nesta modalidade de investigação, a saber: análise diagnóstica situacional; avaliação da implantação e implementação e por fim a apreciação dos resultados (MYNAIO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Com o objetivo de apresentar as três etapas contempladas neste desenho, a pesquisa está subdividida em dois estudos, que ainda que separados, como forma de facilitar a compreensão, encontram-se devidamente relacionados em termos de discussão e de complementaridade em relação à temática.

Entende-se que um enfoque quantitativo, direcionado à identificação das ações intersetoriais realizadas por CAPSij da região Sudeste do Brasil viabilizado no Estudo I, permitiu avaliar a importância, a magnitude e a expansão das ações (MINAYO, 2010), bem como a combinação posterior com a abordagem qualitativa, mediante Estudo II ofereceu a possibilidade do aprofundamento das relações de sentido, intencionalidade e significados (MINAYO, 2010) presentes nas relações entre os trabalhadores da saúde e da educação. Entrever a possibilidade de uma investigação que oferecesse um panorama mais ampliado, bem como um aprofundamento em determinada realidade local, pareceu o caminho mais ético, produtivo e interessante para o desenvolvimento deste trabalho.

Sobre as condutas éticas e de confiabilidade, este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar) com número de parecer 748.766 de 08 de julho de 2014 (ANEXO A), norteando-se pelas orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conselho Nacional de Saúde) por meio da Resolução n. 466 de 2012 que visa garantir a dignidade e integridade dos participantes das pesquisas em seres humanos, bem como aos critérios e indicações realizados pelos Comitês de Ética dos municípios que participaram do estudo. Esclarece-se que para todas as unidades (saúde e educação) bem como para todos os participantes foi entregue cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguido de explanação sobre objetivos, procedimentos e análises deste estudo.

Com a finalidade de facilitar a apresentação dos dois estudos, estes serão apresentados em separado no que concerne aos procedimentos metodológicos empenhados, aos seus resultados e decorrentes discussões.

**ESTUDO I - *Identificando a construção
intersetorial relacionada aos CAPSij da Região Sudeste do Brasil***

*Éramos célebres líricos, éramos sãos
Lúcidos céticos, cínicos não
Músicos práticos, só de canção
Nada didáticos, nem na intenção
Tímidos típicos, sem solução
Davam-nos rótulos, todos em vão
Éramos únicos na geração
Éramos nós dessa vez
Tínhamos dúvidas clássicas, muita aflição
Críticas lógicas, ácidas não
Pérolas ótimas, cartas na mão
Eram recados pra toda a nação
Éramos súditos da rebelião
Símbolos plácidos, cândidos não
Ídolos mínimos, múltipla ação
Sempre tem gente pra chamar de nós
Sejam milhares, centenas ou dois
Ficam no tempo os torneios da voz
Não foi só ontem, é hoje e depois
São momentos lá dentro de nós
São outros ventos que vêm do pulmão
E ganham cores na altura da voz
E os que viverem verão
Fomos serenos num mundo veloz
Nunca entendemos então por que nós
Só mais ou menos*

(Marcelo Geneci/ Luiz Tatit)

I. 1 - MÉTODO

Este estudo ora apresentado teve como objetivo principal identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) na região sudeste do Brasil tendo como foco as ações realizadas junto ao setor Educação. Em relação aos seus objetivos, constitui-se como pesquisa exploratória e quanto aos procedimentos técnicos utilizados caracteriza-se por pesquisa de levantamento, atrelada ao enfoque de Avaliação por Triangulação de Métodos para abordagem de programas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Estudos exploratórios têm como função principal abordar problemas de pesquisa a fim de que estes se tornem mais acessíveis e familiares para as comunidades, favorecendo a elaboração de percepções, observações e entendimentos sobre estes. Já os estudos de levantamento possibilitam o acesso direto às pessoas e atores sociais diretamente relacionados com a temática que se deseja investigar, no geral contando com a abordagem quantitativa de análise (GIL, 2004).

I.1.1 Participantes

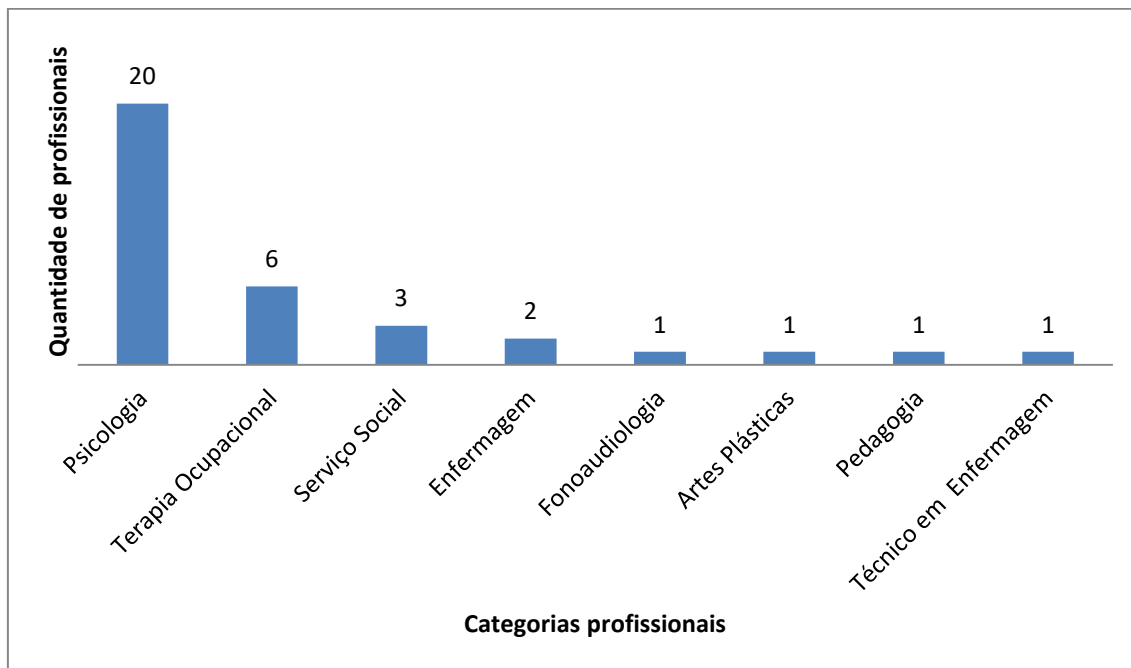
Participaram da pesquisa 35 CAPSij da Região Sudeste do Brasil, distribuídos da seguinte forma: 01 do Espírito Santo, 03 de Minas Gerais, 05 do Estado do Rio de Janeiro e 26 do Estado de São Paulo, representados cada um pelos seus gestores locais/ coordenadores⁶. Foram critérios de inclusão, que os CAPSij estivessem incluídos na listagem oferecida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde obtida em abril de 2015.

Dentre os 36 profissionais participantes do estudo, que trabalhavam em CAPSij da Região Sudeste do Brasil, 35 são mulheres e apenas um homem. Do total de participantes, apenas três não respondiam pela função de coordenação/gerência do serviço no momento da participação, embora tenham sido indicados pela coordenação para o preenchimento do questionário. Para efeitos de apresentação neste estudo, os coordenadores serão citados, quando ilustradas suas falas, por meio da letra C, seguida de uma numeração, exemplo: C22.

⁶ Um dos CAPSij participante, teve como respondente da pesquisa duas psicólogas indicadas pela gerência, uma vez que a coordenadora do serviço estava em situação de afastamento do trabalho e em outro serviço, dada a recente chegada da coordenadora, esta solicitou que a técnica de enfermagem respondesse ao instrumento, em virtude de seu conhecimento sobre o funcionamento do CAPSij e apropriação quanto ao tema central da pesquisa.

Sobre a formação das participantes, a figura 1 apresenta as categorias profissionais presentes no conjunto em estudo.

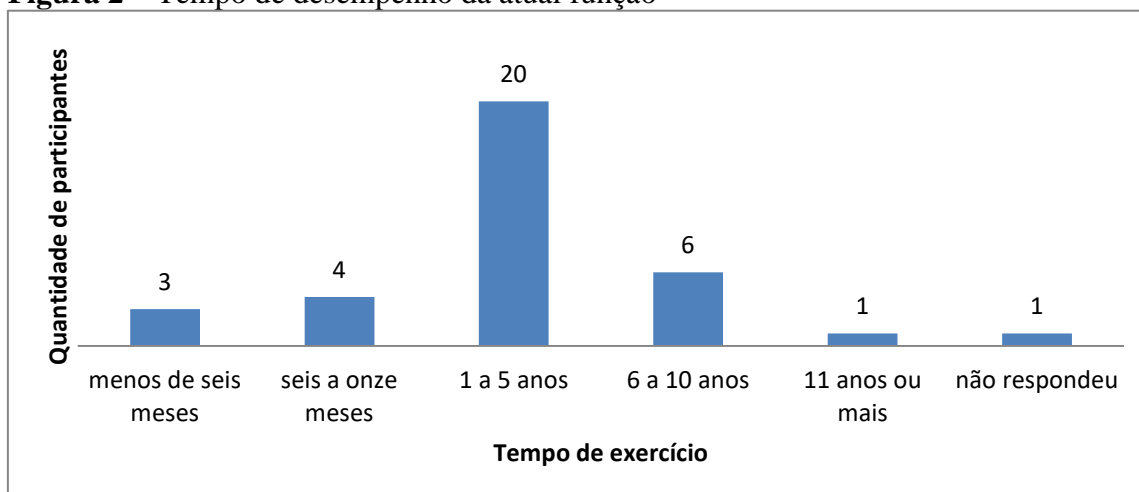
Figura 1 – Formação dos participantes do estudo



Como se observa na figura anterior, a maioria expressiva dos participantes tem formação em psicologia, o que indica a tradição de composição do campo por parte de profissionais de psicologia. Por outro lado, profissões como as de artista plástico e pedagoga, revelam a possibilidade de organização das equipes tal como demandas territoriais em respeito a singularidade dos equipamentos.

Os participantes responderam também sobre o tempo de exercício da atual função desempenhada, com apresentação que variou entre cinco meses até mais de 11 anos, assim como se observa na figura 2 a seguir:

Figura 2 – Tempo de desempenho da atual função



A maior parte dos profissionais está no cargo entre 1 a 5 anos, esse dado permite visualizar que são profissionais que já começam a somar certa experiência no exercício da função de coordenação, permitindo maior interação e conhecimento em relação aos temas competentes à gestão dos serviços, o que certamente contribui para a qualidade e pertinências das informações oferecidas para a composição deste estudo.

I.1.2 Local

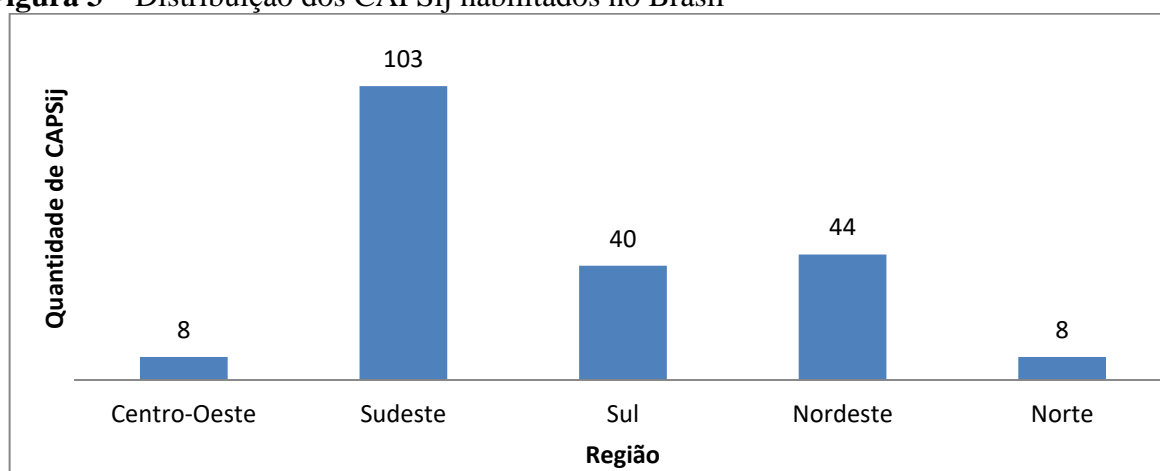
A pesquisa foi desenvolvida junto a 35 CAPSij, do montante de 102 CAPSij localizados nos estados que compõem a região Sudeste do Brasil, sendo 01 no Espírito Santo, 03 em Minas Gerais, 05 no Rio de Janeiro e 26 em São Paulo.

A escolha pelo recorte da Região Sudeste decorreu do fato de que esta é a região com a maior porcentagem de CAPSij habilitados do Brasil, concentrando mais de 50% destes equipamentos disponíveis no país, tal como se observa na Figura 4. Para a região Sudeste do país, segundo dados da Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2015b) o indicador de cobertura de serviços estratégicos que compõem a RAPS é da ordem de 0,79⁷ o que corresponde, em termos epidemiológicos e sanitários à uma *muito boa cobertura populacional* para estas modalidades de equipamentos⁸.

⁷ Referente à proporção de CAPS em todas as suas modalidades (I, II, III, CAPSij, CAPSad e CAPSad III) para cada 100mil habitantes (BRASIL, 2015b).

⁸ Com relação à proporção de cobertura, as regiões Sul e Nordeste figuram como mais bem equipadas em comparação com a região Sudeste, com 1,07 e 1,00 respectivamente (BRASIL, 2015b)

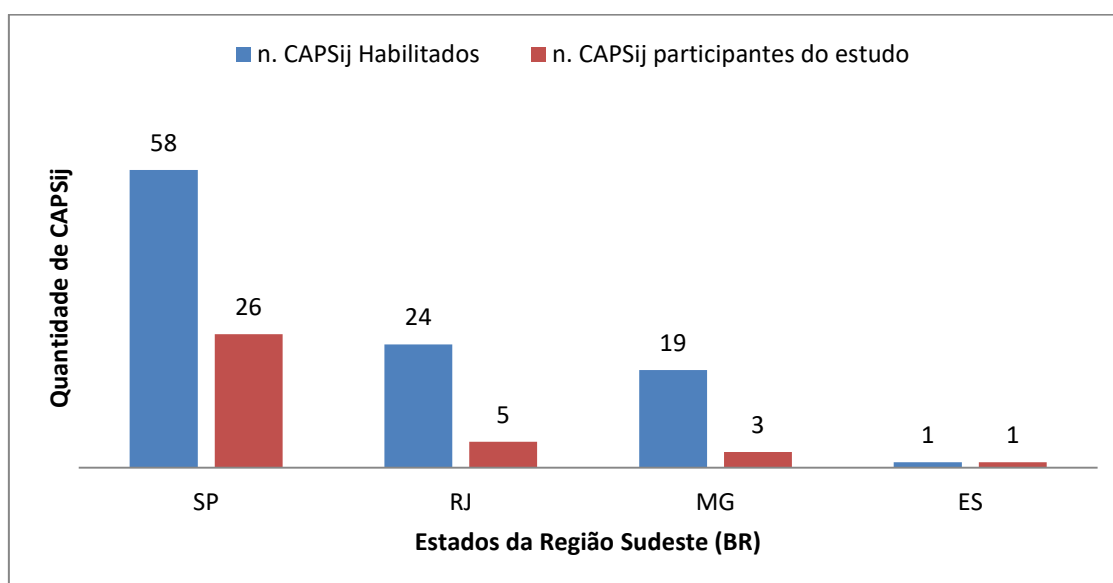
Figura 3 – Distribuição dos CAPSij habilitados no Brasil



Fonte: BRASIL (2015b)

Especificamente com relação à região Sudeste do Brasil, a figura 4 indica a distribuição dos CAPSij habilitados segundo o estado em que estão localizados seguido da proporção de CAPSij participantes do estudo. Observa-se que o estado de São Paulo concentra mais de 50% dos CAPSij da região e cerca de 28% da totalidade destes equipamentos em território nacional.

Figura 4 – Distribuição de CAPSij por Estados da Região Sudeste do Brasil



Para o estado de São Paulo, a participação de CAPSij que compuseram a amostra deste estudo representa 45% da totalidade dos serviços habilitados no estado; no estado do

Rio de Janeiro a participação correspondeu à 21% do total de serviços, em Minas Gerais foi de 16% e no Espírito Santo representou 100%.

Destaca-se que o Estado de São Paulo apresenta a maior quantidade de CAPSij da Região Sudeste e do Brasil como um todo e que neste estudo, em sua representação em torno de 45% garante em certa medida que parte relevante da realidade dos serviços esteja assinalada, ainda que se considere sobremaneira as particularidades e singularidades territoriais e de composição de cada um dos serviços em território nacional. Outros CAPSij, não habilitados, e que por ventura foram identificados ao longo deste estudo, não compuseram amostra inicial de serviços e portanto, não foram convidados a participar.

I. 1. 3 Instrumentos

O instrumento deste estudo consistiu no questionário de pesquisa que foi respondido pelos coordenadores⁹ dos serviços. Este questionário, autoaplicável, contendo questões abertas e fechadas (múltipla escolha) contou com temas referentes à: identificação geral dos CAPSij; modo como os serviços têm mantido contato com outras instituições; principais setores com quem mantém contato; identificação dos setores que demandam mais atividades/orientações; desafios e benefícios das práticas intersetoriais (APÊNDICE A).

I. 1. 4 Procedimentos

1.1.4.1 Elaboração e Validação dos Questionários

Os questionários foram elaborados após criteriosa revisão de estudos sobre a temática da Intersetorialidade e da saúde mental para crianças e adolescentes, identificando os principais desafios assinalados neste campo, relacionando-os com os objetivos da presente pesquisa.

Com a finalidade de garantir maior eficácia e coerência na utilização dos instrumentos, estes foram elaborados com base em estudos sistemáticos sobre o tema. Além disso, procedeu-se a validação dos instrumentos por meio de avaliação externa de juízes quanto à pertinência do documento.

⁹ Ainda que em dois dos serviços outros profissionais tenham participado, a fim de facilitar a leitura, o conjunto de participantes será a partir de então denominado “coordenadores”, “coordenadoras” e/ou “gerentes”.

O processo de validação por juízes com comprovada experiência, tanto assistencial e prática como científica e acadêmica no campo em questão, tem como função fazer uma primeira vinculação do instrumento elaborado pela pesquisadora com a realidade social, numa modalidade de diálogo entre pesquisa e seus interlocutores (MANZINNI, 2003).

Foram convidadas a participarem sete juízas com comprovada experiência no campo da pesquisa e/ou no campo da saúde mental de crianças e adolescentes. O convite foi realizado por meio do envio de um correio eletrônico em que foram apresentados em linhas gerais os objetivos da pesquisa, participantes, desenho metodológico e justificativa. As seis convidadas que aceitaram participar enquanto juízas receberam outro correio eletrônico contendo o modelo de instrumentos e orientações práticas sobre como proceder a avaliação.

Os questionários foram então avaliados segundo sua pertinência com a atualidade das discussões em saúde mental infantojuvenil e as políticas públicas de saúde; alinhamento aos objetivos da pesquisa; forma e conteúdo. Uma vez acatadas as sugestões que não fugiram aos objetivos centrais do estudo, uma nova versão do questionário foi enviada para as juízas. Esta nova versão foi aprovada em sua totalidade, não necessitando de outras adequações, de acordo com o que afirmaram.

Findado este processo, o instrumento foi submetido à aplicação de piloto com duas profissionais da área acadêmica e assistencial. Neste momento foi proposto às participantes que indicassem as possíveis dificuldades para o preenchimento do instrumento e ainda qual o tempo dispendido para a confecção das respostas. Não foram indicadas dificuldades e as participantes relataram tempo médio de preenchimento de 30 minutos.

O instrumento então, encerrado esta aplicação piloto, foi considerado apto para ser utilizado em campo.

1.1.4.2 Identificação Localização dos participantes:

Os participantes foram localizados por processo que consistiu nas seguintes fases a) identificação e localização dos CAPSij; b) estabelecimento de contato e convite; c) envio do projeto de pesquisa para apreciação; d) aprovação do projeto e envio dos questionários. Cada uma das fases descritas foi composta por diferentes procedimentos decorrentes das singularidades e demandas de cada localidade em que estavam inseridos os CAPSij, tal como apresentado à seguir:

a) Identificação e localização dos CAPSij: A listagem com os CAPSij desta região foi obtida junto ao Sistema Eletrônico de Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC), órgão público responsável pelo fornecimento de informações relativos à órgãos e entidades do Executivo Federal, disponível no endereço eletrônico: (www.acessoainformacao.gov.br). Cerca de um mês após a solicitação formal via e-SIC, foi enviado para o email da pesquisadora listagem com os dados dos CAPSij da região solicitada. No documento enviado pela Coordenação de Saúde Mental, em abril de 2015, constavam 103 CAPSij credenciados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e identificados quanto ao estado, município, número do CNES, modalidade do equipamento, identificação do município pelo código do IBGE e endereço.

Uma vez que esta listagem não fornecia o telefone de contato de cada uma das instituições, se fez necessário o acesso ao site eletrônico do CNES (SCNES), em que os contatos telefônicos disponíveis foram identificados. Considerando que muitos dos serviços não tinham a informação do número de telefone ou endereço de email no SCNES, o seguinte passo foi a busca na internet pelo contato telefônico dos serviços. Para aqueles que o número não foi identificado tampouco por busca na internet, foi realizado contato com as Secretarias Municipais de Saúde e solicitado o telefone do CAPSij. Desta amostra, para apenas 02 CAPSij listados não foi possível o acesso a informações de contato (número de telefone e/ou endereço de email).

b) Estabelecimento de contato e convite: Uma vez identificados os telefones de cada um dos CAPSij, seguiu-se o contato via telefone entre pesquisadora e gerência/coordenação dos serviços. Esta primeira aproximação teve como objetivo apresentar a proposta de pesquisa e identificar os percursos a serem trilhados para a obtenção do parecer favorável para a realização da mesma naquela instituição. Foram realizadas no mínimo três tentativas de contato com cada um dos CAPSij presentes na listagem inicial, sendo que em uma das cidades apontadas não havia, segundo a prefeitura, nenhum serviço desta modalidade no município, contando-se então uma amostra de 102 CAPSij. Ao todo, foram realizadas cerca de 600 tentativas de contato com os demais serviços nas formas de ligação, envio de mensagem eletrônica e reunião presencial.

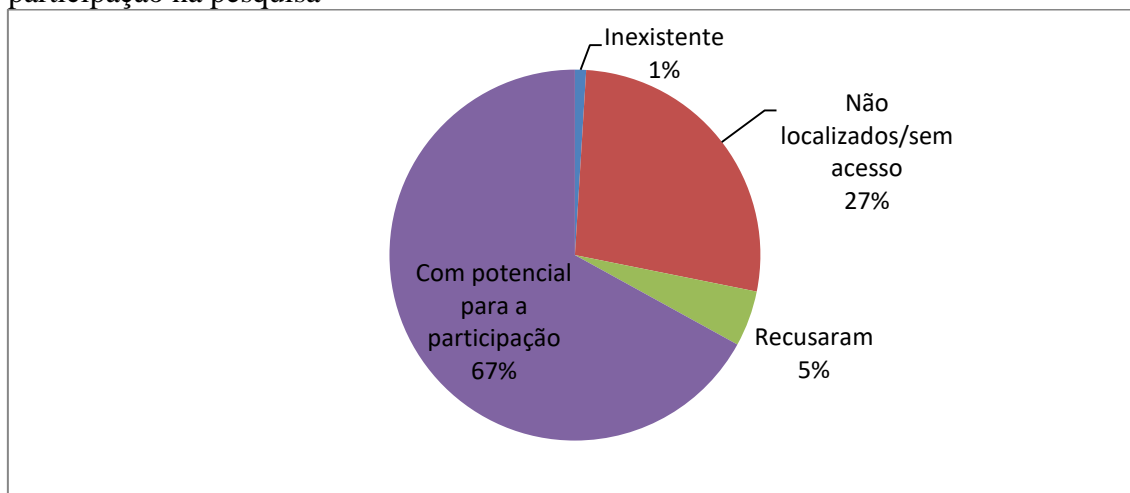
c) Envio do projeto para apreciação: Após o contato inicial com as gerências dos CAPSij, no que se refere ao processo de apreciação da proposta de pesquisa, três percursos de avaliação distintos foram observados entre os diferentes municípios. Em algumas das cidades a aprovação e aceite ficaram restritos ao responsável pela gerência do CAPSij; em outras

idades a aprovação e aceite das instâncias de gestão municipal (Secretarias Municipais de Saúde e/ou Coordenação Municipal de Saúde Mental e/ou Departamentos de Educação Permanente em Saúde) foram necessárias e por fim anteriormente ao aceite da gerência do CAPSij, no último conjunto de cidades foi necessária a submissão do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e/ou Prefeituras seguidos via Plataforma Brasil. Especificamente no caso do município de São Paulo (SP) além do envio ao Comitê de Ética (via protocolo Plataforma Brasil) e da apreciação pela Área Técnica de Saúde Mental do Município, o projeto de pesquisa ainda foi encaminhado a cada uma das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (Norte, Sul, Leste, Centro, Oeste e Sudeste) e então posteriormente disponível para ser encaminhado para as vinte e cinco Supervisões Técnicas de Saúde, que então viabilizaram o contato com os CAPSij de sua região.

d) Devolutiva da análise do projeto (aprovação ou recusa) e envio dos questionários: nesta fase, após apresentação do projeto de pesquisa, que incluiu cópia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, Cópia dos Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa e modelo do questionário, cada instituição que avaliou o projeto (Secretarias Municipais de Saúde; CAPSij; Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) de acordo com as singularidades do município, emitiu um parecer em relação ao convite para participação. Algumas Secretarias de Saúde e outros CAPSij recusaram o convite e não mais foram contatados. Para aqueles que aceitaram a participação foi enviado para cada CAPSij uma Carta de Apresentação do Estudo destinada à toda equipe do serviço (APÊNDICE B), cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), Questionário de Pesquisa (APÊNDICE A) e parecer da SMS quando solicitado. Entendendo que somente o aceite por parte da gestão municipal, não efetivava o contato e aceite por parte do participante principal do estudo (coordenação/gerência dos CAPSij), os questionários foram somente enviados para os serviços nos quais estes profissionais assentiram quanto à participação.

A figura 5 a seguir indica as proporções relativas ao acesso aos CAPSij para convite à composição da amostra do estudo.

Figura 5: Situação Geral dos CAPSij da Região Sudeste (BR) em relação ao contato para participação na pesquisa

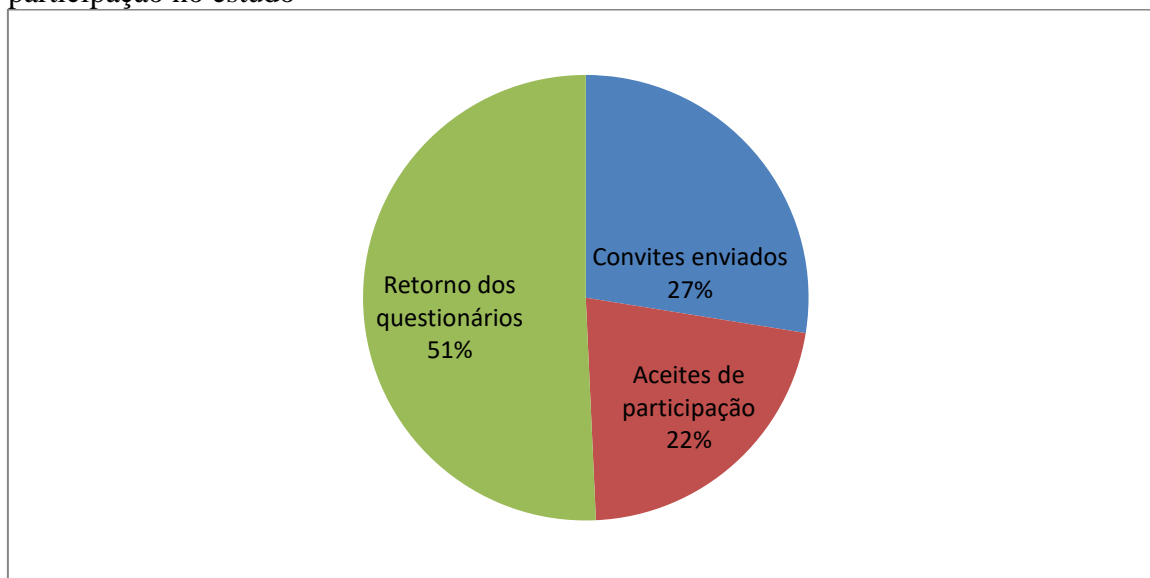


Do total de 102 CAPSij (desconsiderando portanto um dos CAPSij presentes na listagem, por não existir) para 27% (n=28) destes, mesmo após seguidos contatos telefônicos e/ou envio de e-mails, não foi obtida nenhuma resposta ou acesso à gerência/coordenação do serviço, constituindo na categoria *Não localizados/sem acesso*, nesta categoria estão ainda incluídos os serviços nos quais, além daqueles com os quais não foi possível tratar com o gerente, aqueles em que não foi possível nenhuma forma de contato, principalmente via telefone (seja com secretaria municipal de saúde e/ou com o próprio CAPSij). Na categoria *Recusaram* estão presentes os serviços e secretarias municipais de saúde que recusaram a participação no estudo justificando falta de tempo, férias da gerente ou discordância com o delineamento da pesquisa, representando 5% (n=5) dos serviços. Quanto ao conjunto de serviços categorizados por *Com potencial para participação* são constituídos como os serviços disponíveis para o contato inicial, ou seja, aqueles que foram que aceitaram receber o convite formal para a participação na pesquisa, composto de carta-convite para o serviço e cópia do parecer do Comitê de Ética em pesquisa¹⁰, totalizando 67% (n=69) CAPSij.

Quanto aos desdobramentos relacionados à disponibilidade para recebimento do convite para a participação, a figura 6 a seguir indica as proporções relativas ao aceite e à participação no estudo:

¹⁰ Para os serviços e coordenações que solicitaram foi enviado também cópia da íntegra do projeto de pesquisa.

Figura 6: Situação de retorno do convite para participação dos 69 CAPSij com potencial para participação no estudo



Dos 69 convites enviados para a participação no estudo, 27% (n=19) destes não foram respondidos, quanto ao aceite ou recusa, pela gerência/equipe dos serviços enviados, mesmo após contatos frequentes realizados posteriormente, tratando-se assim de equipamentos que se manifestaram disponíveis para o recebimento do convite formal para a participação, mas não o responderam. Entre os serviços que avaliaram o convite e manifestaram disponibilidade para a participação 22% (n=15) não devolveram o questionário enviado pela pesquisadora, mesmo após sucessivos pedidos de devolução; e 51% (n=35) dos CAPSij disponíveis para participação responderam ao questionário, compondo assim o universo do estudo.

1.1.4.3. Coleta de Dados:

Os dados foram coletados por meio de Questionário autoaplicável enviado conforme escolha do participante (endereço eletrônico ou postagem convencional). Considerando que alguns dos CAPSij citados não contavam com acesso direto à internet¹¹, os questionários, visando a facilitação do uso, estavam em formato de documento (.word) para que pudessem ser preenchidos em modo off-line. Somente duas participantes solicitaram o envio do Questionário e do Termo de Consentimento Livre (TCLE) e Esclarecido via Correio. Após o

¹¹ Aproximadamente dez CAPSij entre todos os contatados referiram dificuldades importantes com relação à viabilidade do acesso à internet. Entre os principais motivos destacam-se: inexistência de conexão no serviço; mudança recente de endereço; rede com falhas e lentidão para acesso; problemas com o hardware e também desastres naturais como chuvas que interromperam a oferta da rede.

envio dos dois documentos, foi pactuado um prazo de cerca de três semanas para o reenvio destes.

Somente foram computados neste estudo os Questionários que foram devolvidos conjuntamente com o preenchimento do TCLE. O tempo médio para o preenchimento do Questionário, segundo participantes, levou 40 minutos, entretanto muitos referiram a importância do tempo mais alongado para o preenchimento uma vez que determinados dados precisaram ser resgatados em outros documentos dos serviços.

I.1.5 Análise e tratamento dos dados

Os questionários respondidos foram salvos no computador da pesquisadora e posteriormente os dados fornecidos foram inseridos em planilha de dados do programa Excel®. Os dados, após sistematização e organização foram apresentados descritivamente. Para as questões abertas, procedeu-se a análise categorial, proposta por Bardin (2011).

I. 2 RESULTADOS

Os resultados do Estudo I são apresentados nesta seção, subdivididos em itens que objetivam responder parte dos objetivos gerais desta pesquisa, no que se refere à identificação de como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij) na região sudeste do Brasil tendo como foco as ações realizadas junto ao setor Educação.

I.2.1 Caracterização dos CAPSij participantes

A seguir são apresentados os resultados que objetivam caracterizar os CAPSij participantes do estudo quanto a informações como tempo de funcionamento, população de abrangência, composição da equipe, entre outras, relacionados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1: Caracterização dos CAPSij participantes.

		Quantidade de CAPSij n (%)
Tempo de Funcionamento dos serviços	1 a 4 anos	7 (20%)
	5 a 10 anos	17 (49%)
	11 a 15 anos	9 (26%)
	Mais de 15 anos	2 (6%)
População de abrangência	70mil a 149mil	5 (14%)
	150mil a 250mil	9 (26%)
	251mil a 500 mil	12 (34%)
	501mil a 750	7 (20%)
	750mil a 1.000mil	-
	mais de 1 milhão	1 (3%)
Referência para outros municípios	não	28 (80%)
	sim	7 (20%)
Profissionais com formação em nível superior	5 a 10 profissionais	13 (37%)
	11 a 15 profissionais	17 (49%)
	16 a 20 profissionais	5 (14%)
Profissionais com formação em nível médio	não há	1 (3%)
	1 a 3 profissionais	14 (40%)
	4 a 8 profissionais	16 (46%)
	9 a 12 profissionais	4 (11%)

Profissionais Administrativos	não há	1 (3%)
	1 a 3 profissionais	24 (69%)
	4 a 6 profissionais	10 (29%)
Profissionais de Apoio/Serviços Gerais		
Profissionais de Apoio/Serviços Gerais	1 a 3 profissionais	24 (69%)
	4 a 7 profissionais	11 (31%)
Modalidade de Contratação dos Profissionais		
Modalidade de Contratação dos Profissionais	direta	13 (37%)
	indireta	8 (23%)
	direta e indireta	13 (37%)
	regime jurídico único e extra-quadros	1 (3%)
Usuários em acompanhamento no CAPSij		
Usuários em acompanhamento no CAPSij	menos de 100	1 (3%)
	101 a 200	7 (20%)
	201 a 300	14 (40%)
	301 a 400	3 (9%)
	401 a 500	3 (9%)
	501 a 600	3 (9%)
	mais de 2500	1 (3%)
	não informou	3 (9%)
Acolhimentos realizados nos últimos 12 meses		
Acolhimentos realizados nos últimos 12 meses	100 a 200 acolhimentos	3 (9%)
	201 a 300 acolhimentos	15 (43%)
	301 a 500 acolhimentos	7 (20%)
	501 a 800 acolhimentos	5 (14%)
	801 a 1300 acolhimentos	2 (6%)
	não informou	3 (9%)

Parte considerável, cerca de 80% dos serviços têm mais de 5 anos de funcionamento, o que evidencia que se tratam de serviços que têm uma dinâmica já conhecida e recolhem certa experiência com relação à população e ao projeto de funcionamento. Trata-se, portanto de uma amostra, que independente da avaliação dos resultados, já pôde, de certa forma, compreender e atender às premissas das políticas de saúde mental em voga, mesmo as mais recentes, entre estas, a Portaria 3088, de 2011¹² que institui a Rede de Atenção Psicossocial.

Para os serviços que indicaram tempo de atividade maior que os 14 anos da publicação da data da Portaria 336, de 2002, que instituiu os Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis, estes estiveram anteriormente em funcionamento como ambulatórios de saúde mental e/ou hospitais-dia para crianças e adolescentes, tal como apontaram no questionário.

Os dados referentes à população de abrangência, dimensionam, a demanda estimada de procura pelo serviço. Portarias indicam que o critério populacional para instalação de

¹² E republicada em 21 de maio de 2013.

CAPSij em determinada localidade (município ou região) é de acima de 70mil habitantes (BRASIL, 2011). Do conjunto de serviços presentes nenhum se localiza em municípios com população abaixo do indicado, contudo, expressiva parte, mais de 50% apresenta o triplo da população indicada, valendo revelar ainda que 8 serviços (23%) apresentam mais de 500mil habitantes em sua área de abrangência, o que compromete sobremaneira a capacidade de articulação e a oferta assistencial destes serviços.

Ainda que publicações ministeriais (BRASIL, 2015b) tratem sobre os critérios para coberturas de CAPS nas regiões, considerando a região Sudeste como *muito boa* , esse dado deve ser analisado com criticidade. Mesmo apresentando uma qualidade em cobertura, isto não se verifica em relação à oferta de serviços para crianças e adolescentes, especialmente referidas à implantação de CAPSij. Pesquisa de Garcia, Santos e Machado (2015) apontam que os CAPSij são insuficientes e mal distribuídos geograficamente. Ao tomarem como parâmetro as portarias anteriores que estabeleciam a existência de CAPSij em municípios com mais de 150mil habitantes, evidenciaram que estes estavam presentes em apenas 60,4% numa média nacional. Ao se considerar a portaria 3088, de 2013, que em sua republicação diminui para 70mil o critério populacional, esta cobertura é certamente ainda muito mais insuficiente. Até para o estado de São Paulo, que concentra cerca de 25% de todos os CAPSij do território nacional, este número ainda é muito aquém do necessário, como apontam os autores citados, reforçando os achados do presente estudo, em que CAPSij têm respondido por áreas de abrangência imensas, com serviços inchados e certamente sem a capacidade devida para acompanharem todas as demandas do território.

O que mostra então, é que a atenção a crianças e adolescentes, ainda que um compromisso prioritário pela Constituição Federal e pelo próprio ECA não é traduzido em compromisso político e da gestão. O fato dos serviços serem essencialmente de responsabilidade municipal indica que macropoliticamente e em diferentes territórios, essa constatação é uma realidade em relação ao que tange às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015).

Quanto ao fato de serem referência para outros municípios, entende-se que estes dado podem indicar sobre alguma cobertura existente para cidades menores, bem como algum arranjo estratégico para as localidades que não tem CAPSij. Entretanto, como se observa, apenas 20% dos serviços é referência para outros municípios, o que indica que pequenas cidades ainda seguem descobertas por algum referenciamento, tornando ainda mais imprescindíveis as ações da Atenção Básica e reforçando ainda sobre o inchaço das unidades.

Os serviços que abordaram a temática da referência para outros municípios trataram sobre a dificuldade de acordos que contemplem as questões de mobilidade e transporte das famílias, o que compromete e vinculação e o acompanhamento. Foi apontado pelos gerentes que para algumas destas situações, os ambulatórios municipais de saúde mental infantojuvenil ainda existem funcionando como referência mais próxima e somente os casos de grande complexidade são encaminhados para o CAPSij, ainda que mais especificamente não tenham tratado sobre os acordos e as diferenças de população-alvo referentes à cada um destes serviços.

Alguns municípios apontaram também que ainda que não sejam de abrangência intermunicipal, cidades da região que não contam com CAPSij, pedem ajuda com certa frequência para discussão de casos e articulação da rede de cuidados. Uma das participantes, sobre este tema, apontou também que com certa frequência, por ordem judicial, o CAPSij acaba atendendo crianças e adolescentes que não estão na área de abrangência. Sobre esta última afirmação, faz-se também importante problematizar o fato de que o judiciário, antes de corresponsabilizar o município de residência das crianças e adolescentes, que certamente contam com serviços de atenção básica e outros recursos socioassistenciais de educação e assistência social, centraliza a obrigatoriedade do cuidado para o serviço estratégico, localizado em outro território. Confirma-se com esta situação, que o cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico é cultural e socialmente compreendido como de responsabilidade de serviços de saúde supostamente especializados, e não de responsabilidade de toda a rede.

Com relação aos cargos/profissionais com formação em nível médio, foram descritos os trabalhadores de cada um dos serviços. Alguns dos serviços não indicaram a presença de profissionais de apoio e serviços gerais nessa listagem. Especificamente sobre estes profissionais, o tópico seguinte apresentará com mais detalhamento a inserção destes nos CAPSij.

Já sobre os profissionais que atuam no apoio (serviços gerais, seguranças, motoristas e porteiros), a presença destes variou entre nenhum a 6 trabalhadores no quadro de funcionários do CAPSij. Para estes profissionais a maior parte das contratações segue por empresas terceirizadas que enviam os trabalhadores às unidades de saúde. Mesmo em serviços com administração direta da prefeitura, observou-se a presença desta modalidade de contrato de trabalho para estes funcionários, que sobremaneira conduz para uma precarização das

situações de trabalho e para a descontinuidade das relações, temas tão importantes para o andamento de serviços de base comunitária e para a dignidade dos profissionais envolvidos.

Nas imagens a seguir são apresentadas as distribuições de categorias de acordo com o nível de formação solicitado para o preenchimento do cargo.

Figura 7: Distribuição dos profissionais com formação em nível superior presentes nos CAPSiJ participantes

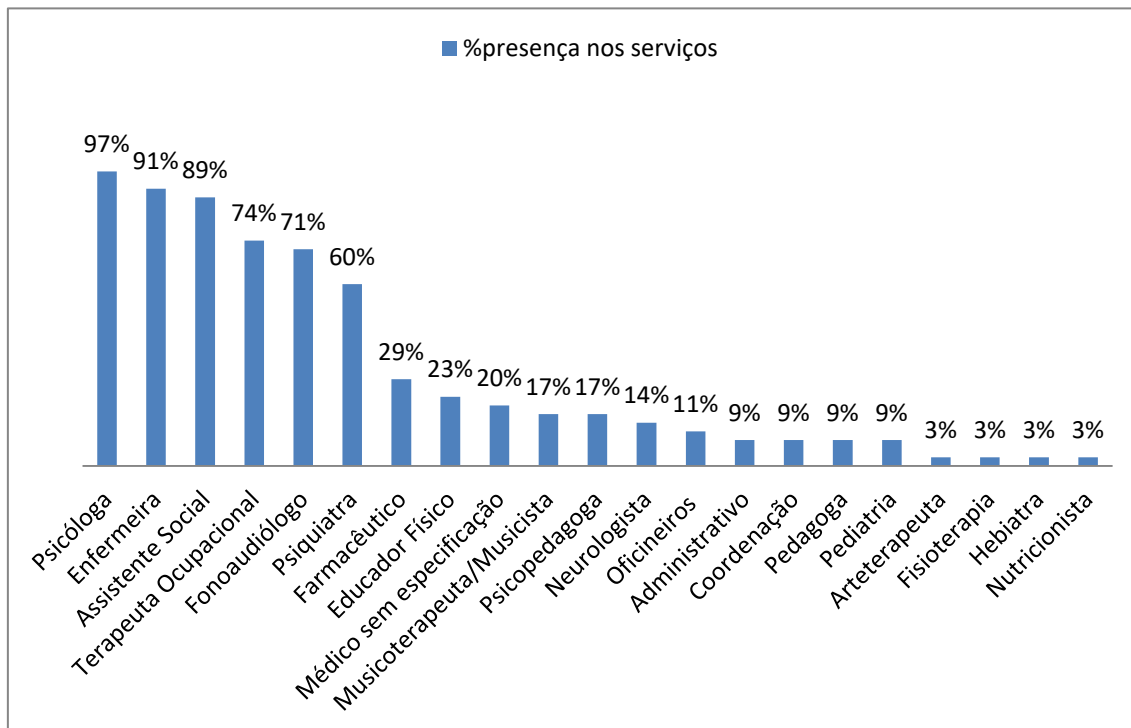
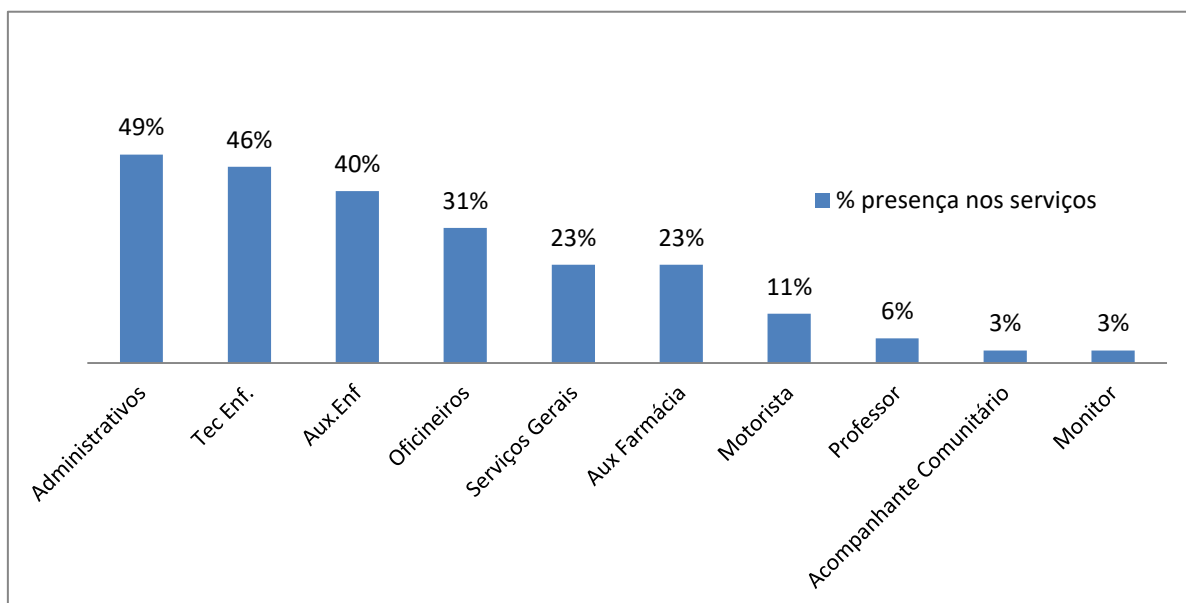


Figura 8: Distribuição dos profissionais com formação em nível médio presentes nos CAPSiJ participantes



Os dados referentes à composição das equipes permitem entrever que muitos dos serviços estão compostos com um número de profissionais maior do que as equipes mínimas descritas das portarias de instalação dos serviços que indicam o mínimo de 6 profissionais com formação em nível superior (incluindo ao menos um médico e 1 enfermeiro) e 5 profissionais de cargo de nível médio, incluindo administrativos e suporte (BRASIL, 2013). Entretanto, como já apontado, estão atendendo a regiões exponencialmente maiores que as indicadas.

Com efeito, nota-se ainda, uma predominância de psicólogos e assistentes sociais nas vagas que exigem formação em nível superior (não especificadas) uma vez que os enfermeiros, que também estão bastante presentes, são cargos obrigatórios nos serviços. Ainda, cabe destacar que cada serviço, ao que apontam as normativas, pode compor seu quadro e trabalhadores de acordo com as necessidades territoriais, o que justifica a presença de outras categorias geralmente menos presentes nos CAPSij de modo geral, como fisioterapeutas, nutricionistas e professores.

Sobre as funções de oficinairo, muitos destes profissionais possuíam formação em graduação (artes plásticas, educação física, música), ainda que não seja exigência para o preenchimento da vaga.

A presença de motorista em 11% dos serviços aponta para a possibilidade de mobilidade maior dos serviços, seja a realização visitas domiciliares como também para acompanhamentos em territórios com maior facilidade. Estes CAPSij possuíam carros próprios e/ou em divisão com outros CAPS da região. Tal oferta se torna imprescindível quando são consideradas as enormes dimensões territoriais a que respondem.

Por fim, a tabela 1 apresentou também os dados referentes à ocupação dos serviços no sentido da indicação da quantidade de crianças e adolescentes acompanhadas e os acolhimentos realizados no último ano. Conforme se nota, 60% dos CAPSij têm entre 100 e 300 usuários em acompanhamento. O CAPSij que indicou ter mais de 2500 usuários em acompanhamento, possivelmente tenha fornecido estes dados com base na listagem relativa aos acolhimentos realizados e não necessariamente aos usuários inseridos em acompanhamento sistemático.

Já os dados sobre acolhimento nos últimos 12 meses indicam o montante de procura dos serviços, ficando mais de 60% dos CAPSij com uma faixa de 200 a 500 acolhimentos/ano. A proporção aproximada deste dado, faz entrever que em média cada

CAPSij recebe cerca de 25 novas demandas de atendimento ao mês, haja vista que 43% dos serviços indicaram acolher em média de 100 a 300 usuários ao ano. Constituindo-se como principal equipamento destinado ao acompanhamento mais sistemático de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e com características territoriais, faz estranhar que este número seja desta ordem. Hipotetiza-se que esta situação indique que os CAPSij ainda não são (re)conhecidos pela comunidade e outros serviços das regiões. Tal quadro se mostra impactante na medida em que se considera o histórico de desassistência a que crianças e adolescentes estiveram submetidos, bem como as enormes dimensões geográficas e populacionais a que grande parte dos CAPSij presentes neste estudo indicaram responder.

I. 2. 2 Dinâmica dos CAPSij

Neste tópico são apresentados os resultados referentes aos processos de trabalho instaurados nos CAPSij no que tange a organização interna de suas reuniões, bem como sobre os processos de trabalho realizados conjuntamente com outros serviços de saúde, em que pesem as ações de apoio matricial realizadas juntamente aos diferentes equipamentos da Atenção Básica.

❖ *Reuniões internas realizadas entre a equipe dos CAPSij*

Foi questionado aos CAPSij a respeito das reuniões internas realizadas periódica e sistematicamente como parte do projeto de trabalho deste serviço. Os resultados evidenciam um número expressivo de momentos de planejamento e de troca de informações entre os participantes. A tabela a seguir apresenta os resultados. Salienta-se que esta resposta permitia mais de uma opção, e, portanto as modalidades de reuniões não eram excludentes entre si para a resposta de cada um dos serviços.

Tabela 2: Reuniões internas realizadas pelos CAPSij

Modalidade de reunião	Porcentagem de CAPSij que indicaram a opção (n)	Periodicidade
Equipe	94% (33)	Semanal (24) 2 a 5/semana (9)
Miniequipe	20% (7)	Diária (2) 2/semana (1) Semanal (4)

Discussão de PTS	14% (5)	Semanal
Geral	14% (5)	Mensais (3) Semanais (2)
Assembleias e Reuniões com usuários/ associações de familiares	9% (3)	Mensal (1) Sem especificação (2)
Equipe Enfermagem	6% (2)	Quinzenal (1) Mensal (1)
Teórica	6% (2)	Semanal (1) Em implantação (1)
Diárias	6% (2)	-
Supervisão Clínica	6% (2)	Semanal (1) Quinzenal (1)
Colegiado Gestor	3% (1)	Quinzenal
Supervisão institucional	3% (1)	Semanal

Pelos resultados é possível notar que todos os serviços promovem momentos de reunião mais coletiva como parte de seus processos de trabalho. Tal como apontado pelos participantes, a reunião de equipe é composta pelos profissionais que atuam na atenção direta, clínica, aos usuários dos serviços. Em relação à sua frequência, os encontros entre equipe são sistemáticos e com intervalo de, no máximo, uma semana.

As reuniões de equipe, em seus variados formatos funcionam, desde que assim imbuídos, como importantes ferramentas para o exercício de um trabalho interdisciplinar, como deve ser qualidade dos CAPS de modo geral (BRASIL, 2004). Ainda que certa “ambulatorização” dos serviços seja apontada como característica de alguns CAPSij, atualmente, centrados nas especialidades e em propostas estritas à cada uma das categorias profissionais envolvidas (TAÑO; MATSUKURA, 2015), defende-se que a existência de processos de coletivização do trabalho possam contribuir para a ampliação das práticas, no fortalecimento da clínica ampliada e na defesa dos princípios da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial, na gestão do cuidado em suas singularidades e demandas, dado que parece se afirmar nos resultados ora apresentados. Contudo, para que este dispositivo se afirma como devidamente transformador da lógica, demanda investimento e compromisso coletivo para sua qualificação.

Como apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, as reuniões e espaços de encontro entre as equipes configuram-se ainda como estratégias de aprendizagem, troca de saberes entre os profissionais, contra a fragmentação disciplinar, reafirmando a lógica da equipe como matriz de interação prioritária dos serviços (BRASIL, 2009).

Os agenciamentos do trabalho no sentido da participação em equipe tanto em momentos de sistematização, gerenciamento e também de ação mais prática, possibilitam que a equipe se corresponsabilize pelos territórios e crie mecanismos próprios para a produção de atenção à comunidade. Como exemplo disso, as reuniões do tipo “miniequipe”, presente em 20% dos serviços, figuraram como a segunda modalidade de reunião mais citada. Estes encontros são caracterizados por um arranjo em que a equipe dos CAPSij se divide em relação ao território de abrangência total do serviço, na composição de territórios menores para os quais grupos de profissionais servem como referência.

Ao que apontam, são estas reuniões que asseguram o andamento do apoio matricial, uma vez que são estas pequenas equipes que prestam atenção, apoio e contato para as equipes da Atenção Básica. Alguns dos CAPSij salientam ainda, que estas reuniões de miniequipe têm funcionado também para discussão de casos em acompanhamento nos serviços e para o encaminhamento destas famílias para os Técnicos de Referência. Deste modo, produzem então um cuidado direto para as crianças, adolescentes e suas famílias do pequeno território e ainda realizam ações de planejamento e articulação da rede local, possuindo assim, uma dupla função estratégica na atenção em saúde mental infantojuvenil.

Por reunião geral, entendem-se as reuniões em que estão presentes não somente os profissionais da atenção direta, mas sim toda a equipe de trabalhadores que ocupam o CAPSij: profissionais da administração e do suporte, incluídos.

Ainda que figure como importante condição para o trabalho em saúde mental, as Supervisões Clínicas e Institucionais tiveram uma presença muito baixa nesse estudo. Revela que ainda que se encontrem semanalmente, as equipes não contam com apoio externo para a construção e problematização de suas condutas no campo da atenção psicossocial. Outros problemas relacionados a pouca oferta deste tipo de dispositivo inclui que mesmo com a certa frequência de editais como aponta o documento Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2015b), diferentes municípios apresentam importantes dificuldades para a execução do financiamento, o que inviabiliza a presença deste apoio.

A quase ausência das ofertas de supervisão clínico-institucional prejudica a efetividade da gestão do cuidado e impedem que as equipes possam articular de modo mais apropriado seus saberes, angústias e desafios no trabalho. Assim como apresenta Delgado (2013), a supervisão é dispositivo estratégico para que se assegurem os princípios da atenção

psicossocial e se produzam ações com criticidade, fundamentadas nas necessidades locais e na articulação dos diferentes saberes para a constituição de uma clínica ampliada e do território.

O fraco investimento neste dispositivo mais uma vez compete para a compreensão de que a atenção psicossocial em termos macropolíticos segue pouco financiada. Orientações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014), seguidas vezes reafirmaram a necessidade urgente de investimento para a existência de supervisões nos CAPSij como primeiras ações e parceiros para a tessitura e sustentação do trabalho intersetorial e em rede.

Já os mecanismos que apoiam e garantem o controle social como, por exemplo, as Assembleias e os Conselhos Gestores das unidades também apresentaram-se em apenas 3 dos 35 CAPSij, que o indica outro desafio importante para o alinhamento dos serviços, que carecem de revisão e de problematização para todos os atores sociais envolvidos. Efetivamente, ainda que as equipes e gestores mantenham as melhores e mais alinhadas ações em relação à atenção psicossocial para crianças, adolescentes e suas famílias no SUS, sem ações desta natureza, os princípios do cuidado para cidadania e ampliação das vidas como premissas da atenção em saúde, não se sustentam.

❖ Contatos mais frequentes: os serviços que mais encaminham e os serviços mais contatados pelas equipes dos CAPSij

Com relação aos serviços que encaminham crianças e adolescentes para os CAPSij em tela, foi solicitado que os participantes indicassem ao menos os três equipamentos que mais realizam encaminhamentos, devendo ser apresentados em ordem decrescente. A tabela 3 a seguir corresponde ainda ao total de citações que cada um dos serviços teve em cada uma destas posições, e em posições subsequentes, bem como em relação ao número total de citações. Destaca-se que alguns serviços possuíam tais dados compilados, fornecendo assim as porcentagens relativas a todas as principais instituições encaminhadoras, entretanto, haja vista que nem todos os serviços puderam apresentar os dados dessa forma, utilizou-se a descrição simples para a apresentação dos dados.

Tabela 3: Serviços/setores que mais encaminham para os CAPSij

Serviços/setores	1º lugar	2º lugar	3º lugar	Outras posições	Total de citações
Escolas (municipais e estaduais) e	13	5	14	3	35

Secretaria Municipal de Educação					
Atenção Básica (USF, UBS, NASF)	13	9	1	11	34
Conselho Tutelar	4	6	5	9	24
Demanda Espontânea/Famílias	3	5	2	5	15
Justiça (Vara Infância, Fórum, Ministério Público)	0	3	2	8	13
Secretaria de Assistência Social e CRAS	-	-	2	11	13
Outros ambulatórios/ Centros de Especialidade	-	2	2	6	10
CREAS	-	1	-	9	10
Hospitais/P.S./UPA	-	1	3	5	9
Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA)	1	-	1	5	7
Ambulatórios de Saúde mental/ Outros serviços de saúde mental	-	3	-	-	3
CER	-	-	1	2	3
Saúde (sem especificação)	1	1	-	-	2
ONG's e Instituições parceiras	-	-	-	2	2
Saúde privada	-	1	-	-	1
CECCO	-	-	-	1	1
APAE	-	-	-	1	1
Fundação CASA	-	-	-	1	1
Polícia Militar	-	-	-	1	1
Hospital Psiquiátrico	-	-	-	1	1

Em composição com os dados apresentados anteriormente, foi questionado também aos coordenadores dos CAPSij a respeito das instituições e serviços que a equipe mais contata a fim de discutir os casos e alinhar ações. A tabela a seguir indica a quantidade de coordenadores que assinalaram determinadas instituições, sendo que cada participante poderia assinalar mais de um equipamento. As porcentagens indicam, portanto, o índice de enunciado em relação ao conjunto total de participantes.

Tabela 4: Serviços e instituições que os CAPSij mais acionam para a discussão de casos/ construção do entendimento

Serviços/ setores/ pontos de atenção	Porcentagem de CAPSij que indicaram a opção (n)
Escolas e Secretaria Municipal de Educação	97% (34)
Atenção Básica (UBS/USF/NASF)	69% (24)
Conselho Tutelar	60% (21)
CREAS	49% (17)
CRAS e Secretaria de Assistência Social	43% (15)

SAICA e Unidade de Acolhimento Transitório	34% (12)
Justiça (Vara da Infância e Juventude, setor técnico do Fórum, Ministério Público)	23% (8)
Atendimento Educacional Especializado	14% (5)
Serviços de Apoio/ Proteção às vítimas de maus tratos na infância	11% (4)
Serviços de Reabilitação/CER	11% (4)
ONG's, Associação Civil e Projetos Sociais	11% (4)
Centro para Crianças e Adolescentes (CCA)	9% (3)
Ambulatórios de Saúde mental Infantojuvenil e outros serviços de saúde mental	9% (3)
Hospital Geral com Leitos saúde mental	6% (2)
Instituições de Arte e Cultura	6% (2)
UPA	3% (1)
Centros de Especialidades/ outras especialidades	3% (1)
CECCO	3% (1)
Outros profissionais	3% (1)
Fundação CASA	3% (1)
Serviço de Medida Socioeducativa	3% (1)
Espaços de Apoio matricial	3% (1)

Como se denota, os dados apresentados sobre os serviços que mais contatam, têm correlação direta com as respostas acerca das instituições que mais encaminham, apresentada anteriormente. Esses resultados correspondem inclusive, ao que tem sido apresentado na literatura acerca da construção de estratégias intersetoriais em que saúde, educação e assistência social têm sido os principais setores a apoiarem ações conjuntas e mais compartilhadas de atenção (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; DUARTE; et al., 2010; MONNERAT; SOUZA, 2009).

Os dados permitem entrever que as hipóteses e a justificativa deste estudo se fundamentam, na medida em que as escolas situam-se tanto como as principais instituições que encaminham crianças e adolescentes para os CAPSij, e também como as mais contatadas pelos CAPSij, seguidos pela Atenção Básica, em seus diferentes pontos de atenção, como NASF, UBS e USF. De tais realidades é possível afirmar com tranquilidade e compromisso que o trabalho com estes dois parceiros é central para o início de uma ação em rede mais orquestrada.

Com relação às escolas, o montante de citações indica a necessidade de aprimoramento das relações com estas, e como também com os níveis de gestão da educação,

em que se consideram as interlocuções com as secretarias municipais e estaduais de educação além dos departamentos/assessorias responsáveis pela pauta de inclusão/educação especial. Aponta-se isso, uma vez que hoje, é a principal instituição social de circulação para as crianças e adolescentes, ainda que pesem as dificuldades (que serão oportunamente apresentadas) para a inclusão e permanência daquelas que estão em trajetos de sofrimento psíquico, no ambiente escolar.

É inegável e pode parecer já explorado à exaustão a necessidade da articulação entre os serviços estratégicos, em que se inclui o CAPSij, e a Atenção Básica, entretanto, sabe-se que os desafios colocados para que essa prática se consolide também têm sido amplamente abordados (BRASIL, 2013b; CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012; COUTO; DELGADO, 2016; DELFINI; et al., 2016; RODRIGUES; RIBEIRO; PACHECO, 2016; LANCETTI; AMARANTE, 2006). Ainda que os dados iniciais apresentados não qualifiquem como têm ocorrido os contatos, sugere-se que o incremento e investimento neste domínio seja realizado. Dados adiante apresentados, que tratarão sobre o apoio matricial e algumas dificuldades para a construção do trabalho em rede buscarão oferecer uma mirada mais complexa sobre o tema.

Alguns CAPSij apontaram ainda, que por estarem articulados de acordo com o que preconiza a RAPS, os encaminhamentos realizados por outros setores são primeiramente referenciados para a Atenção Básica em Saúde, que posteriormente, com as demandas já melhor delineadas, realizam o encaminhamento oportuno para os CAPSij. Estas ações podem seguramente ofertar a possibilidade de que de fato a Atenção Básica assuma a centralidade da gestão do cuidado, entretanto pode também significar uma maior circulação das famílias até a obtenção da atenção devida. Salienta-se que este arranjo deve ser realizado conjuntamente com as ações de apoio matricial que poderão qualificar o entendimento e as ações das equipes da atenção primária. Do contrário, quando estes se concentram somente em estratégias de reorganizações de fluxos (sem a devida qualificação das equipes) incorre-se para a desassistência de crianças, adolescentes e famílias em situações importantes de sofrimento.

Os Conselhos Tutelares e os serviços da Assistência Social (CREAS e CRAS) também têm sido assinalados como serviços que realizam um número expressivo de encaminhamentos para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis os quais também mantêm contato essencial para o seguimento do trabalho. Destaca-se que CRAS e CREAS foram apresentados em separado no estudo tanto por conta das próprias citações dos participantes, bem como pela possibilidade de análises posteriores que possam indicar sobre as singularidades de cada um

destes serviços em relação à atenção para a população em destaque. A relevância destes contatos, ora traduzidos pela quantidade de citações reforça o que se vem afirmando em diferentes estudos sobre as articulações territoriais mais efetivas se delinearem, como já apontado, entre os setores da educação, saúde e assistência social (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012; DUARTE; et al., 2010; KANTORSKI, et.al, 2014; MONNERAT; SOUZA, 2009).

Ressalta-se que a quantidade numérica dos acessos entre setores e serviços não é entendida neste estudo como sinônimo de articulação intersetorial, uma vez que para estes dados decorrentes não foram obtidas outras referências sobre a qualidade dos contatos e suas modalidades de execução das ações.

Sobre os encaminhamentos provenientes da Fundação CASA, dos Serviços de Medida Socioeducativas, bem como de boa parte daqueles provenientes do sistema de Justiça, entende-se que este é um tema que carece de debate constante. Considerando a histórica trajetória de marginalização dos adolescentes e jovens e as atuais proposições de psiquiatrização/patologização (VICENTIN; GRAMKOW, 2010) dos problemas que estes enfrentam com a justiça e com sistemas de ordenamento da cultura vigente, buscar identificar compreensões, objetivos, necessidades e saberes contidos nestes contatos é ação fundamental.

Se historicamente a institucionalização de jovens teve um caráter de correção social (TAÑO; MATSUKURA; 2014), hoje ela segue do mesmo modo, contudo atrelada ainda ao paradigma psiquiátrico, que transforma relevantes problemas de ordem social em patologias reafirmando a carga de marginalização e de exclusão a que estes jovens e adolescentes estão submetidos.

Condutas de controle seguem priorizadas em detrimento de relações mais éticas e implicadas com o cuidado e garantia dos direitos. Ainda que se entenda que os CAPSij podem oferecer um cuidado mais ampliado e a problematização das ações de psiquiatrização da vida destes jovens, sabe-se que o encaminhamento excessivo e constante por parte destas instituições - Justiça, Fundação CASA e Serviços de Medidas Socioeducativas - é resquício e sinal de uma lógica de responsabilização da saúde pelas questões socioculturais, econômicas e políticas a que um grupo está submetido, tornando problemas sociais em patologias.

Para os serviços que trabalham na garantia dos direitos e no entendimento mais heterogêneo e diverso sobre saúde, estes encaminhamentos em larga escala podem configurar uma ameaça. Estudos recentes têm apontado para essa problemática e têm insistido que tais

encaminhamentos para os CAPSij seguem na linha da manutenção da ordem social (BARRETO; 2010; GALHARDI, 2016; JOIA; OLIVEIRA; VICENTIN, 2016).

Não se trata sobremaneira, neste trabalho, de um estímulo a que equipes de CAPSij neguem a aproximação com estes encaminhamentos. Ao contrário, que possam ao produzir estes encontros com jovens e adolescentes nestas situações, abrir espaço para debates e construções que desmoronem com as verdades calcificadas em torno das adolescências e juventudes, sobretudo as pobres, negras e periféricas, em termos coletivos e institucionais. Reconhecer que a reprodução de imaginários sociais em torno destas experiências deve constituir também trabalho político e assistencial das equipes de saúde mental com criticidade e posicionamento ético, no tensionamento implicado com os diferentes setores e dimensões sociais assinaladas.

Ainda que pouco expressivos, mas fornecendo panoramas que carecem de debate nos campos da atenção psicossocial e da garantia de direitos para crianças e adolescentes, verifica-se que Hospitais Psiquiátricos e Polícia Militar tiveram referências em dois CAPSij como instituições expressivas no encaminhamento de crianças e adolescentes. Não se trata, ao que os dados indicam, de instituições que pouco encaminham, mas sim são estas que figuram como os principais encaminhamentos entre dois dos serviços participantes. Esses dados ilustram que as ações de cunho manicomial, de marginalização das experiências de sofrimento psíquico seguem em curso, especialmente vinculadas para as crianças e adolescentes em trajetória de uso de drogas, como graves violações aos direitos e proteção destas.

Com relação aos Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA), dois CAPSij apontaram que estas instituições são convocadas, ora enquanto atores de uma rede de articulação, ora como responsáveis legais por determinadas crianças acompanhadas, sendo assim em número expressivo de contatos realizados com estes.

Em relação aos serviços que os CAPSij mais contatam (apresentados na tabela anterior), foi solicitado que os participantes tratassem sobre os principais benefícios e dificuldades advindas destas ações de aproximação. As respostas foram categorizadas e são apresentadas nos quadros 1 e 2 a seguir

Quadro 1: Benefícios advindos dos contatos com a rede

Categorias	Exemplos dos benefícios	Citações
Corresponsabilização e criação de redes comprometidas	- corresponsabilização (criança não é de um serviço)	21

	<ul style="list-style-type: none"> - construção de parcerias horizontais - potencialização do trabalho em rede - rede de suporte para o território (principalmente para quem mora longe do CAPSij) - articulação do cuidado compartilhado (acolhimento e atendimento) - execução da Intersetorialidade - estabelecimento de fluxos 	
Ampliação do olhar e das ações para sujeitos e territórios	<ul style="list-style-type: none"> - amplia o repertório e os recursos para PTS - amplia olhar, trocas e cuidado - auxilia no entendimento integral da criança - entendimento sobre interação nos diferentes espaços que as crianças vivem - compartilhamento de diferentes visões - produção de novos questionamentos - reconhecimento das demandas - mudança no funcionamento das escolas (equipe mais disponível e questionadora) 	17
Qualificação/efetivação das ações	<ul style="list-style-type: none"> - facilita o cuidado - otimização das ações - alinhamento de conceitos com educação - promoção de entendimento sobre saúde mental de crianças (por parte dos professores) - melhora no manejo de professores em casos complexos - melhor entendimento da dinâmica escolar - melhora na qualidade dos encaminhamentos 	14
Apoia as equipes e o trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - fortalecimento mútuo das equipes - rede fica coesa - potencializa os serviços diante da incompletude institucional - aproximação entre os trabalhadores - Fortalece o CAPSij para fora da casinha - dissipação do sentimento de isolamento das equipes - tomada de condutas congruentes 	12
Apoia a construção de alternativas de cuidado condizentes com a ampliação da vida/respeito ao usuário	<ul style="list-style-type: none"> - aumenta inclusão - diminuição processos de institucionalização - resultados mais positivos para usuário e seu contexto familiar e social - amplia processo de reabilitação social 	7
Melhora no contato/apoio/atenção às famílias	<ul style="list-style-type: none"> - potencialização do cuidado para as famílias 	4
Reconhecimento do território	<ul style="list-style-type: none"> - conhecimento dos equipamentos dos territórios - maior interação com o território para discussão de caso - desenho do território a partir das escolas - acompanhamento das necessidades dos 	4

	territórios	
Sustenta o PTS	- construção conjunta do PTS	2
Produz a integralidade do cuidado	- auxilia construção do cuidado integral	2
Não respondeu	-	2
Promoção da saúde	- promoção da saúde	1
Outros	- realização de avaliações clínicas (descartar problemas orgânicos)	1

No geral houve uma média de quatro benefícios citados em cada uma das respostas. As respostas abarcaram diferentes perspectivas em relação aos benefícios do contato entre diferentes serviços, entre estes relacionados à gestão do cuidado, à efetivação de uma atenção mais organizada e pautada no compromisso com o território bem como a possibilidade de qualificação do trabalho técnico de cada profissional.

Dentre os principais benefícios, destaca-se a corresponsabilização das equipes e setores como um importante estímulo e resultado do trabalho. Nesse momento e considerando que esta foi uma temática que se anunciou em distintas contribuições dos participantes, será necessário fazer uma breve incursão sobre o conceito de corresponsabilização.

Corresponsabilização é termo em destaque principalmente nas publicações ministeriais que tratam sobre a Política Nacional de Humanização – PNH (BRASIL, 2008b), sobre a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2012) e na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2009b).

Termo muito marcado pela relação que se estabelece entre a equipe de ESF e família/comunidade no qual os sujeitos acompanhados passam a fazer parte do processo decisório e de gestão sobre as condutas empreendidas. A ideia central é de que as pessoas participem do processo de cuidado como protagonistas. Não se trata em hipótese alguma de culpabilizar sujeitos pelos seus processos de adoecimento e/ou vulnerabilidade, pelo contrário, é buscado o estabelecimento de um vínculo que permite o compartilhamento das reflexões e ações. Em suma, reside então no conceito de corresponsabilização, a proposição do agenciamento coletivo sobre determinada situação em posição contrária à culpabilização dos sujeitos envolvidos, construindo, portanto exercícios de solidariedade (BRASIL, 2008; 2009b; 2012).

A Política Nacional de Humanização aponta a corresponsabilidade como um valor da ação em saúde, conjuntamente com a autonomia e o protagonismo, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários nas funções de gerir e de cuidar, no reconhecimento de todos os

sujeitos implicados no processo de produção de saúde. O modo prioritário descrito para a produção de corresponsabilização pela política envolve então a realização de encontros sistemáticos, do tipo em roda, em que todos possam pensar, debater e decidir. Essas situações coletivas devem também estar atreladas às produções de sistemas e mecanismos de comunicação e de informação (BRASIL, 2008).

As ações em roda, comumente propostas pela PNH favorecem que todas as pessoas tenham direito e espaço para a fala e seu acolhimento no grupo. Já sistemas de informação e de comunicação, devem, tão logo, ser criados e viabilizados pelo grupo para a sustentação e permanência das decisões e compreensões. Os registros e comunicações confeccionados permitem a consulta posterior, o alinhamento, fornecendo maiores chances de se tornarem ações concretas (BRASIL, 2008).

Como resultado, a corresponsabilização contribui então para o aumento da participação comum, na superação de disputas de poder, dando lugar para relações mais transversalizadas que possam oferecer chances para a produção de reflexões, articulações e estratégias coletivamente pensadas (BRASIL, 2008; 2009b).

Ao que se percebe nas contribuições das participantes, a ideia de corresponsabilização é entendida como a possibilidade deste agenciamento comum entre setores e instituições para o processo de produção de saúde ampliada, em que se afirma a necessidade da garantia de direitos e pactuação. Pelo que apontam a corresponsabilização então efetua a potencialização do trabalho e contribui para a direção para a prática da intersectorialidade.

Ao afirmarem que a corresponsabilização se caracteriza pela compreensão de que a criança/adolescente não é de responsabilidade irrestrita de somente um serviço, evidencia-se o que frequentemente ocorre com as pessoas atendidas nos serviços de saúde mental e para os quais a Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial vêm insistentemente buscando transformar: a relação social com a loucura e a objetificação do sujeito que sofre em seu aprisionamento quase absoluto à identidade de louco/doente mental e para as crianças e adolescentes, sob a pecha de transtornadas (AMARANTE, 2007; FERREIRA, 2008).

Tanto em termos de políticas de saúde como também assinalado nos resultados aqui apontados, a corresponsabilização enquanto valor e processo positivo na construção da relação entre os setores, movimenta os agentes para a ampliação do olhar e do entendimento sobre as situações com as quais se deparam e para as quais devem intervir. A PNH prevê assim que a corresponsabilização encaminha a ação para a efetuação da clínica ampliada

(BRASIL, 2008), afirmada nos resultados daqui como possibilidade de expansão dos recursos, entendimentos, trocas e defesa da integralidade do cuidado.

Esses dados contribuem para um posicionamento cada vez mais efetivo sobre a constituição das redes como elemento prioritário para a consolidação de uma atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, mesmo em territórios nos quais os próprios CAPSij ainda não fazem parte. A rede então assume a centralidade do cuidado, possibilitando que os recursos e dispositivos locais sejam potencializados ainda que um ou outro serviço falte a esse agenciamento. Proposições e orientações dos Fóruns Nacionais de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014) bem como os trabalhos de Couto e Delgado (2016) e de Lourenço (2017) apontam para essa construção como prioritária ao campo da atenção psicossocial infantojuvenil e mesmo indicam que o trabalho que se constitui em rede e em parceria é muito mais potente e efetivo, mesmo em regiões para as quais faltam CAPSij, já que a sua existência, a priori, não indica necessariamente que um trabalho coletivo e territorial é empreendido.

Inquestionavelmente os benefícios apresentados são sensíveis e revelam múltiplos sentidos em relação ao estabelecimento de contatos com outros setores e parceiros. São identificados benefícios tanto para as crianças e adolescentes e famílias que estão envolvidos como também para os próprios trabalhadores que estão imersos nestes contextos. Ao que se enuncia, o trabalho em rede possibilita a qualificação do trabalho de cada um dos profissionais envolvidos, como apresentada a gestora C23:

“Para o atendimento aos casos e encaminhamento de propostas de ações de cuidado, as discussões são fundamentais e só tem auxiliado. O compartilhar das diferentes visões e também dos questionamentos sobre os casos vai promovendo uma aproximação entre os trabalhadores dos diferentes serviços e o sentimento de isolamento que muitas vezes era experimentado pelas equipes tende a se dissipar.”

Assim, na medida em que os contatos se estabelecem, são tecidas redes de suporte não somente para os usuários dos serviços, mas também para os profissionais. As ferramentas que possibilitam a ampliação da comunicação e a troca de saberes, pensamentos e experiências produzem uma sensação de parceria e de contato que alivia a sobrecarga de trabalho e sustenta a duração das intervenções. Especialmente com relação à qualificação das ações, os coordenadores citaram, em grande quantidade os benefícios decorrentes do contato com as

escolas no sentido da melhora da percepção de educadores com relação à saúde mental e as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Além da sustentação do trabalho, a criatividade e imaginação para a criação de outras estratégias de cuidado e de produção de saúde podem ser colocadas em marcha com arranjos mais coletivos de trabalho. Pelo que apontam, os benefícios do contato com a rede não se direcionam apenas para a troca de informações, outrossim para a elaboração conjunta de outras propostas e estratégias de atenção. Alinhamentos em relação ao trabalho com as famílias também foram indicados como importantes ganhos do trabalho conjunto, bem como o melhor reconhecimento do território. Entende-se que este último benefício citado é essencial para o trabalho das equipes de CAPSij que estão localizadas e são de abrangência de territórios muito extensos; o contato com atores mais locais, com serviços como da AB, da educação e da assistência, que estão referenciados a territórios menores, fornecem informações e qualificam o olhar dos profissionais dos CAPSij para as singularidades de cada território ao qual dão cobertura.

Quanto às principais dificuldades assinaladas sobre o contato com os serviços e instituições que os CAPSij mais contam, o Quadro 2 a seguir apresenta as categorias analisadas:

Quadro 2: Dificuldades advindas dos principais contatos com a rede

Categoria	Exemplos das dificuldades	Citações
<p>Coletivizar o compromisso com a atenção (dinâmica, negociação e entendimento)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - desconhecimento dos fluxos por parte da rede - resistência com relação à implantação da RAPS (acolhimento, lógicas de encaminhamento) - envolvimento das equipes (diálogos e ações) <ul style="list-style-type: none"> - sustentação do trabalho em rede - respeito às diferenças de pensamento e de estratégia de ação - integrar diferentes saberes e expectativas <ul style="list-style-type: none"> - diferentes concepções de cuidado - variedade de discursos das instituições - manutenção dos acordos e combinados nas decisões coletivas 	<p>16</p>
<p>Questões relacionadas à Atenção Básica em Saúde (AB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - baixa resolutividade da AB acaba levando a população até o CAPSij (inclusive como porta de entrada) <ul style="list-style-type: none"> - demanda da AB e listas de espera - corresponsabilização com a AB - falta profissionais de saúde mental na AB - pouca troca entre os profissionais (UBS) - AB não reconhece saúde mental como prioridade - pouco lugar para os adolescentes na UBS 	<p>15</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - pouco acompanhamento das famílias na AB - psiquiatras da rede se recusam a atender crianças e adolescentes - apoio matricial com a Atenção Básica (gestão da AB não reconhece) - quebra do paradigma da exclusão na saúde 	
Questões relacionadas à escola	<ul style="list-style-type: none"> - pouca disponibilidade de conversa com as escolas - tempo da escola é diferente do tempo da criança - crianças sem projeto pedagógico e sem material adaptado - falta de preparo dos professores para o trabalho com alunos com necessidades diferentes <ul style="list-style-type: none"> - solicitação de laudos que justifiquem o afastamento da escola/redução do horário - escolas com discurso enrijecido sobre saúde mental <ul style="list-style-type: none"> - discurso medicalização (escola) - demanda escolar: cobrança constante sobre as intervenções - quebra do paradigma da exclusão na escola 	12
Corresponsabilização	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade de compartilhamento no cuidado - presença da lógica do encaminhamento sem implicação 	10
Patologização e medicalização das questões	<ul style="list-style-type: none"> - romper com o olhar patologizante - lógica do diagnóstico (se sobrepõe ao diálogo sobre as demandas e problemas sociais) - produção de escuta para além do sintoma - valorização da cultura da medicalização pela rede intersetorial - medicação para sedação de crianças (evitação de conflitos) <ul style="list-style-type: none"> - cobrança quanto à definição rápida do diagnóstico - solicitações centradas no encaminhamento para atendimento médico 	10
Escassez (recurso e território)	<ul style="list-style-type: none"> - transporte para os encontros <ul style="list-style-type: none"> - falta estrutura - precarização dos serviços (internet, telefone) - dificuldade de acesso (unidades em zona de risco) - acompanhamento no território (para territórios muito distantes) 	7
Desconhecimento da rede sobre a função dos CAPSij	<ul style="list-style-type: none"> - desconhecimento dos serviços sobre a proposta do CAPSij (grande demanda de encaminhamentos desnecessários/equivocados) 	3
Agenda	<ul style="list-style-type: none"> - irregularidade dos encontros 	3
Questões relacionadas ao Conselho Tutelar	<ul style="list-style-type: none"> - Conselho Tutelar: falta de alinhamento, falta de preparo técnico, falta de protocolos, falta de diálogo, dificuldade de contato com a rede, 	2

	encaminhamentos desnecessários	
Relacionados às famílias	- resistência da família - atendimentos para familiares fora do CAPSij	2
Judicialização dos casos/ questões relacionadas ao judiciário	- judicialização dos casos (principalmente pelo CREAS e SAICAS) - contato com a justiça	2
Dinâmica dos encaminhamentos	- encaminhamentos mal preenchidos - encaminhamento equivocados	2
Não respondeu	-	2
Questões relacionadas com a Assistência Social	- contato com a assistência	1
Questões relacionadas às equipes dos CAPSij	- desgaste da equipe do CAPSij	1
Complexidade dos casos acompanhados	- complexidade dos casos	1

As dificuldades relacionadas ao contato com os principais parceiros, referem-se substancialmente à construção de um compromisso comum de cuidado, que esteja de fato pautado nas necessidades das crianças, adolescentes e suas famílias, para além da especificidade de determinado sintoma que estas supostamente possam apresentar.

Tais empecilhos para a realização de um trabalho mais articulado estão certamente localizados nas raízes históricas da consolidação das práticas para atenção às crianças e adolescentes, em que as ações se destinavam ao controle e ordenamento social pautadas na fragmentação da assistência e conseqüentemente no não alinhamento das práticas e entendimentos (COUTO; DELGADO, 2015; REIS; et al., 2010).

As contribuições das participantes que tratam sobre a dificuldade de ordenamento de um projeto comum de cuidado, revelam o quanto isso é reflexo do desconhecimento/resistência acerca das atuais propostas para um cuidado em saúde mental na perspectiva da integralidade e da produção de saúde, vida e cidadania. Em termos gerais é assinalado que a resistência é fruto do não alinhamento, exemplificado pelo não compromisso com as novas lógicas de cuidado que centralizam a atenção no acolhimento, clínica ampliada e desnaturalização/problematização da lógica de encaminhamento. Entretanto, cabe assinalar que, assim como aponta Gelinski (2011), as lógicas de corresponsabilização demandam que os atores envolvidos de fato entendam/tenham conhecimento sobre o ordenamento e o esquema de regras colocado em determinada realidade. Dessa forma, ainda que haja discordâncias explícitas, o desconhecimento sobre as novas lógicas de cuidado implicam nas possibilidades de prosseguimento do trabalho.

Nesse sentido, são recentes as proposições em outras políticas sociais como a da Assistência Social que tratam da importância do trabalho em rede na perspectiva da intersetorialidade e do território. No campo da Educação, esta discussão é ainda mais difícil e têm sido pouco pautada enquanto condução prática do trabalho, geralmente as ações ficam restritas ao espaço escolar. Logo, é importante reconhecer que a saúde, principalmente com relação ao aprimoramento do olhar e da problematização dos determinantes sociais e as lutas sociais empreendidas conjuntamente pôde experienciar movimentos de Reforma e reavaliação de seu estatuto, objetivos, valores e compromissos, movimentos não tão assinalados em relação às outras políticas. Em especial Política de Educação não viveu movimentos de reforma e de contestação por parte da sociedade civil de modo tão contundente como ocorreu na saúde, entendendo-se que essa ausência representa impacto importante na condução das linhas gerais de seus compromissos e objetivos.

Ainda há muito que se avançar na constituição de ações que verdadeiramente defendam e respeitem os direitos das crianças e adolescentes e que possam assegurar suas participações ativas na sociedade. Mesmo com legislações e documentos que deveriam fortalecer estas práticas, como a Constituição Federal (artigo 227) e o Estatuto da Criança e do Adolescente, falta muito para a consolidação das práticas que reconheçam sua cidadania e a necessidade de ações que operem na integralidade. A persistência de olhares de tradição assistencialistas na proteção às crianças e adolescentes determinam então os entendimentos e as condutas técnicas sobre estas, em formas de operacionalização dos recursos e da gestão que seguem perpetuando os modelos fragmentados assinalados (MALFITANO, 2013).

De modo geral, são estas mesmas questões que atravessam tanto as considerações sobre as mazelas do contato com a Atenção Básica, bem como com a Educação, destacados no quadro anterior. Especialmente em relação à Atenção Básica, os dados apresentados reforçam o que a literatura anterior já confirmava sobre os desafios implicados nesta construção. A ampliação do acesso e do acompanhamento da população em experiência de sofrimento psíquico é destacada tanto na Portaria GM 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial como na Política Nacional de Atenção Básica, de 2012, na qual se assegura relevância da gestão do cuidado ocorrer nos serviços de Atenção Básica mediante o compartilhamento das ações, considerando os sujeitos em suas singularidades, complexidade na integralidade do cuidado (BRASIL, 2011; 2012).

Sobre este assunto, as contribuições dos participantes fazem revelar a importância das ações de apoio matricial, que serão discutidas mais à frente, enquanto estratégias de

enfrentamento das realidades marcadas pela fragmentação do trabalho, falta de comunicação e desconhecimento sobre saúde mental. Destaca-se como relevante o fato de que crianças e adolescentes são pouco ou nada contemplados nas ações da Atenção Básica e para os quais os trabalhadores muitas vezes relatam resistências ao contato e à vinculação (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012; DELFINI; REIS, 2012; LOURENÇO, 2017).

O termo *medicalização*, presente neste Quadro e em repetição nos resultados seguintes atesta sobre tema corrente na atualidade acerca dos processos discursivos e interventivos que atravessam crianças, adolescentes e suas formas de se relacionarem com o mundo. Destaca-se que o uso do termo *medicalização* foi apontado pelos próprios participantes, configurando tanto em categoria temática como em marco de análise para a produção de um discurso afirmado nos encontros com a rede. Salienta-se que no campo da saúde e da educação, este termo, assim como desenvolvem Carvalho e colaboradores (2015) têm se referido a uma multiplicidade de sentidos e intenções.

Para critérios de apresentação neste trabalho, e tomando por norte o referencial utilizado por Collares e Moyses (1994) entende-se o uso abrangente do termo *medicalização* como a ocultação dos determinantes sociais, políticos, culturais e históricos na produção ideológica de individualização de problemáticas que são então compreendidas e classificadas segundo normas oriundas da medicina e mais atualmente de outras disciplinas do campo da saúde, correspondendo então a processos de doença/transtornos. Outros autores têm atualmente tratado esta temática em substituição do termo *medicalização* pelos termos *patologização* (COLLARES; MOYSES, 1994), *biomedicalização* (CARVALHO; et al., 2015) e *antibiologização da vida* (COLLARES; MOYSES; RIBEIRO, 2013).

Em relação às crianças e adolescentes esse debate é constante e deve mesmo constituir tomada de posicionamento dos diferentes atores sociais do campo da atenção aos direitos destas, uma vez que se reconhece que para estas os processos de *medicalização* da vida são mais intensos e dominam grande parte do discurso educacional hoje. Estes entendimentos contemplam parte importante das dificuldades assinaladas pelos gestores com relação às escolas, e também estão presentes em outra categoria separada quando tratam mesmo dos processos de *patologização* e *medicalização* à que estão submetidas as populações acompanhadas. Como de modo muito pertinente assinalam Sanches e Amarante (2014), constituindo-se em fenômeno social e não somente restrito ao campo médico, a *medicalização* ao individualizar problemas sociais e políticos, encobre a necessária e urgente discussão sobre

o sistema educacional contemporâneo (LUGON, 2016; MOYSES; RIBEIRO; COLLARES, 2013; SANCHES; AMARANTE, 2014).

É necessário reconhecer que substancialmente crianças e adolescentes, mas também adultos e comunidades, apresentam trajetórias de sofrimento psíquico por conta de processos de exclusão e pela ausência de políticas sociais que garantam direitos, e não por doenças catalogadas (OMS; 2001; MOYSES; RIBEIRO; COLLARES, 2013; SANCHES; AMARANTE, 2014).

É exatamente nesta e em relação a esta problemática que a intersetorialidade como estratégia de intervenção e de gestão se mostra tão potente, na construção de um compromisso compartilhado com a diminuição das desigualdades sociais, como apontam Inojosa (2001) e Nascimento (2010), mas também para o rompimento de certa linearidade biomédica oriunda dos diagnósticos nosológicos e classificatórios que condicionam o entendimento sobre os contextos de vida à *checklists* (LUGON, 2016).

Sobre o estatuto de grande agente da atenção às crianças e adolescentes, e os processos de medicalização e as expectativas dos outros setores e parceiros, a coordenadora C29 traz importante relato, a seguir:

C29: Neste percurso, encontramos dificuldade quanto à expectativa que cada serviço tem um do outro. Muitas vezes o pedido de intervenção do CAPSij, principalmente quando se trata de questões de comportamento agitado, é para darmos uma medicação; ofertar para a criança/adolescente uma consulta com o médico; afastar a criança da escola ou dar um laudo que justifique o horário reduzido; ou mesmo deixá-la mais sedada para evitar conflitos com colegas no SAICA, escola ou outros espaços que frequente. Esses são exemplos no quais verifica-se que a todo momento é necessário o CAPSij apresentar seu trabalho e sua função na RAPS, auxiliando a rede na compreensão desse papel. Mas essencialmente entendemos que a missão do CAPSij também está em facilitar a ampliação da compreensão do sofrimento psíquico de crianças/adolescentes, ajudando a rede a entender a importância em dar voz a esse sofrimento, auxiliando no cuidado com os mesmos, que não se resumem a medicação ou médico. Buscamos auxiliar na ampliação da compreensão daquele comportamento e não só na eliminação de um comportamento não considerado o esperado. Entendemos que essas ações fazem parte da missão do CAPSij e são ações também de apoio matricial.

Por fim, algumas contribuições tratam sobre o desconhecimento que o restante da rede possui sobre os objetivos e formas de atuação dos CAPSij. Destaca-se que esta queixa refere a certa *mea culpa* em relação aos processos de trabalho mais complexos, e para os quais o

excerto anterior ilustra com exatidão e competência. Ponderando que grande parte dos serviços em tela traz mais de cinco anos de exercício, as dificuldades de interlocução se direcionam para os dois vértices da relação, salientando ainda tratem-se dos parceiros mais frequentes, como assinala a questão. É preciso reconhecer que os saberes e as ações que circulam na atenção psicossocial são em certa medida complexos, elaborados e possivelmente de difícil compreensão por outros atores, no sentido de que muitas vezes se colocam em contracorrente à lógica atual de produção de doença e de patologização da vida e do social.

Nesse contexto, o desconhecimento das outras instituições sobre as especificidades do CAPSij pode servir como início de um trabalho que retome a importância da atenção psicossocial para crianças e adolescentes e funde novas relações que garantam a possibilidade de questionamento dos fluxos e limites construídos nas instituições.

❖ *As ações de apoio matricial:*

Com relação aos parceiros com quem desenvolvem os encontros e ações de apoio (apoio matricial) foram indicados nos questionários os serviços da atenção básica, seguidos por outras unidades de saúde. Entretanto como o questionário tratava de pergunta aberta, parte dos coordenadores indicou também ações de apoio, caracterizadas por estes como apoio matricial, com serviços de outros setores que não da saúde. Dos 35 CAPSij participantes, 31 (89%) indicaram fazer parte destas ações.

Observa-se que os participantes reconhecem como ações de apoio matricial não somente as ações destinadas ao apoio das ações com/para a qualificação da Atenção Primária em Saúde, mas sim outros serviços e entidades que também possivelmente demandam esta forma de ação estratégica. Apenas 4 (11%) serviços indicaram não realizar nenhuma ação de apoio matricial. Deste modo, optou-se pela apresentação de todos os dados obtidos junto aos participantes, como mostra a tabela a seguir acerca das parcerias para apoio matricial.

Tabela 5: Serviços que participam das ações de apoio matricial com os CAPSij

Serviços/ setores/ pontos de atenção	Porcentagem de CAPSij que indicaram a opção (n)
UBS	66% (23)
CAPS AD	54% (19)
NASF	51% (18)
CAPS adulto	49% (17)
Educação	26% (9)

Hospital Geral com leito de saúde mental	20% (7)
Serviços de Reabilitação/CER	11% (4)
SAICA	11% (4)
Unidade de Acolhimento (UA) e Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAi)	11% (4)
CREAS	9% (3)
Conselho Tutelar	9% (3)
Hospital Geral sem leito	6% (2)
Ambulatório de saúde mental infantojuvenil	6% (2)
Instituições de Arte e Cultura	6% (2)
Consultório na Rua	3% (1)
CECCO	3% (1)
Hospital Psiquiátrico	3% (1)
UPA	3% (1)
CRAS	3% (1)
Atendimento Educacional Especializado	3% (1)
Universidades	3% (1)
Fundação CASA	3% (1)
Profissionais de outras Especialidades	3% (1)
APAE	3% (1)
Promotoria Pública	3% (1)

Ainda que o apoio matricial seja realizado essencialmente entre as unidades de Atenção Básica e os serviços especializados, tem-se visto com frequência na saúde mental e, por questão das normativas que tratam sobre o trabalho de articulação/apoio a ser desenvolvido pelos CAPS, que outras unidades de saúde (como serviços de reabilitação, hospitais, unidades de Pronto-atendimento) figuram nos cenários de apoio matricial, possivelmente com o objetivo de discussão de casos comuns e da construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de forma mais coletiva e para a consolidação da RAPS. Muitos dos participantes incluíram ainda serviços de outros setores nesta listagem. Em alguns casos disseram que determinados equipamentos são convidados a participarem de acordo com o caso que será discutido. Também outros trataram das experiências anteriores de tentativa de construção de apoio matricial, sem sucesso.

É relevante discutir, portanto, sobre a dimensão pedagógica implicada nas ações de apoio matricial, para as quais os CAPSij, ao que apontam, vão indicando conhecimentos, experiências e reflexões que auxiliam outros serviços e setores na construção de compreensões mais diversas, menos rígidas e mais acolhedoras em relação ao sofrimento psíquico, à dimensão territorial e comunitária da vida e às infinitas formas das infâncias,

adolescências e juventudes na atualidade. Essas aproximações, ao que se afirma, criam um campo necessário para o posterior engajamento em projetos comuns de cuidado.

Contudo, diferentes estudos vêm apontando que a prática solidária do apoio matricial, especialmente no que se refere ao trabalho com crianças e adolescentes não têm se caracterizado como um trabalho fácil e instituído. Delfini e Reis (2012) apontam que dificilmente as ações entre Atenção Básica e CAPSij se direcionam para o trabalho compartilhado, imperando ainda ações de encaminhamentos sem maior responsabilização. Estudo mais recente acerca do tema apoio matricial (SALVADOR; PIO, 2016), com equipe de um CAPSij apresentou que ainda há compreensões bastante difusas sobre no que consiste essa ação, e que possivelmente esta dificuldade em detalhamento resulte em problemas para a viabilização do apoio de fato.

Mesmo que apenas 11% dos serviços em tela tenham referido não realizar nenhuma ação de apoio matricial, questiona-se qual entendimento cada um dos equipamentos nutre a respeito desta prática. Assim como alertam Delfini e colaboradores (2016), Castro e Campos (2016) e Lourenço (2017), é comum um equívoco e desorientação dos diferentes serviços com relação à prática do apoio matricial enquanto ferramenta de trabalho e instrumento pedagógico para a qualificação do trabalho da Atenção Básica e melhor gestão do cuidado, em ações de cogestão e trabalho compartilhado.

O excerto a seguir ilustra esta constatação, em que o contato com a Atenção Básica, entendido como ação apoio matricial está essencialmente focado no contato via telefone e em ações esporádicas,

C16: “Os matriciamentos com as Unidades Básicas acabam ocorrendo mais por telefone e fica uma relação mais distanciada. Normalmente há uma conversa apenas para “passar” o caso não havendo a posteriori a rediscussão do caso ou um compartilhamento. Quando encaminhamos algum familiar, dificilmente esse adere e o Capsij acaba absorvendo também essa demanda.”

Para que os objetivos do apoio matricial, de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes (CASTRO; CAMPOS, 2016) se afirmem é necessário um compromisso da gestão e dos profissionais na criação de agendas de trabalho compartilhadas. Nestas, os profissionais dos serviços estratégicos/especializados não respondem individualmente às demandas mais complexas, outrossim, contróem junto com as equipes referenciadas outros

entendimentos e ações conjuntas que fortaleçam as duas equipes e a perspectiva do trabalho no território.

Alternativas de redimensionamento das práticas podem acarretar em importantes mudanças nos modelos de pactuação entre os serviços. Reestruturação nos processos de trabalho iniciados em oficinas com profissionais da rede de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, como apontado por Teixeira, Couto e Delgado (2015) facilitou o tomada de responsabilidade por diferentes atores da saúde para o tema e na reordenação do fluxo, inclusive diminuindo o número de encaminhamentos via judicialização. Na experiência relatada, após a reordenação compartilhada dos fluxos de trabalho, o grande montante de encaminhamentos para os CAPSij ocorre via Atenção Básica, que na percepção dos autores, qualifica e torna estes ainda mais efetivos.

Encerrando, sobre a participação de outros atores nas ações de apoio matricial apresentadas, principalmente os que não se situam no setor da saúde, em sendo este uma ferramenta pedagógica, já se supunha que outros parceiros estivessem presentes nas ações elencadas. É possível afirmar que as equipes de CAPSij de modo geral apresentam certo caminho acumulado na discussão e prática do campo da atenção à saúde mental infantojuvenil que interessa e apoia o percurso de outros profissionais e instituições.

A participação necessária de outros setores nas práticas nomeadas de apoio matricial reforça também a constatação de que desde sua instauração a saúde mental de crianças e adolescentes é tema transversal que convoca instituições de diferentes campos, que a exemplo da educação, estão cotidianamente presentes nas vidas destas. Aplicar os conhecimentos, ferramentas e estratégias do apoio matricial, enquanto dispositivo de apoio solidário para outros serviços, pode caminhar para a ampliação do olhar sobre a infância e juventudes, na construção do trabalho territorial mais rico e interessante, desde que profissionais de saúde sejam agentes de promoção de trabalhos horizontalizados.

I. 2. 3 Os CAPSij e o trabalho com as escolas

Neste tópico, os coordenadores de CAPSij foram convidados a tecerem comentários, bem como fornecerem informações acerca do trabalho intersetorial estabelecido junto à educação. Diferentes temas foram abordados, desde as narrativas sobre as principais parcerias e projetos comuns, à identificação das crianças e adolescentes que estão fora da escola, bem como aquelas que estão inseridas em escolas especiais. Principais benefícios e dificuldades

para o trabalho com a educação também foram elencados, revelando importantes aspectos do trabalho tão necessário com este setor.

Os resultados a seguir apresentam as proporções relativas à quantidade de crianças/adolescentes que frequentam os CAPSij que estão fora da escola e aquelas que frequentam escolas especiais.

❖ Crianças e adolescentes acompanhadas pelos CAPSij que não frequentam a escola e/ou estão inseridas em escolas especiais

Dos trinta e cinco CAPSij participantes do estudo, em 32 (89%) há crianças e adolescentes que estão fora da escola. Apenas 3 (9%) dos serviços participantes relataram que dentre os grupos acompanhados todas as crianças estão inseridas nas escolas.

Deste conjunto de 32 CAPSij, as proporções aproximadas de crianças/adolescentes fora da escola (referentes a cada um dos serviços) estão representados na figura 9 a seguir. A figura 10, seguinte, apresenta proporções relativas às crianças e adolescentes inseridas em escolas especiais.

Figura9 - Porcentagem de crianças e adolescentes fora da escola acompanhados pelos CAPSij (em relação ao número total de usuários de cada CAPSij)

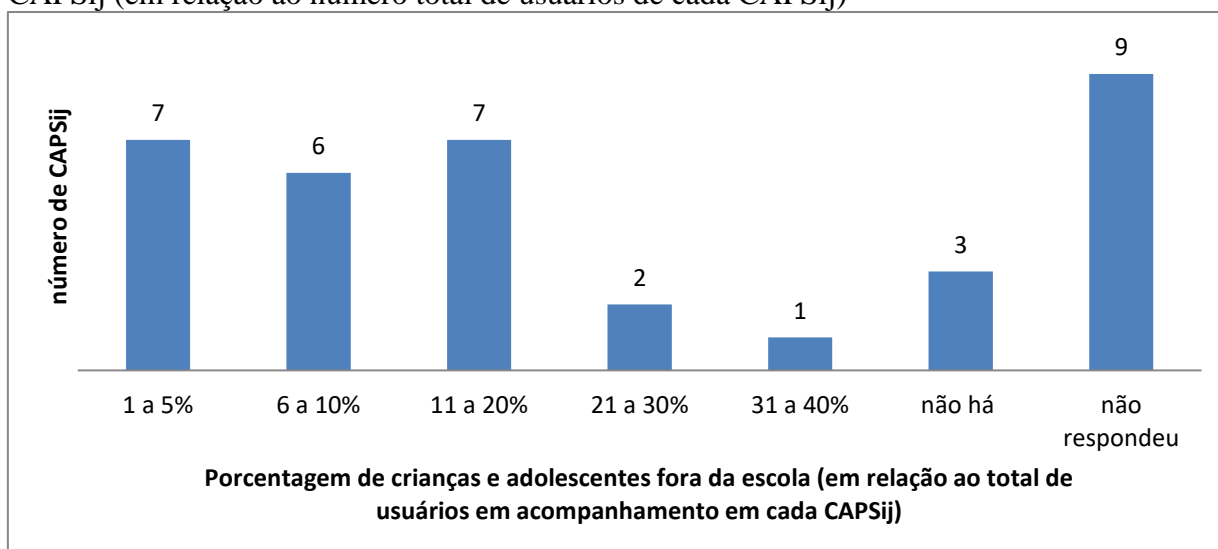
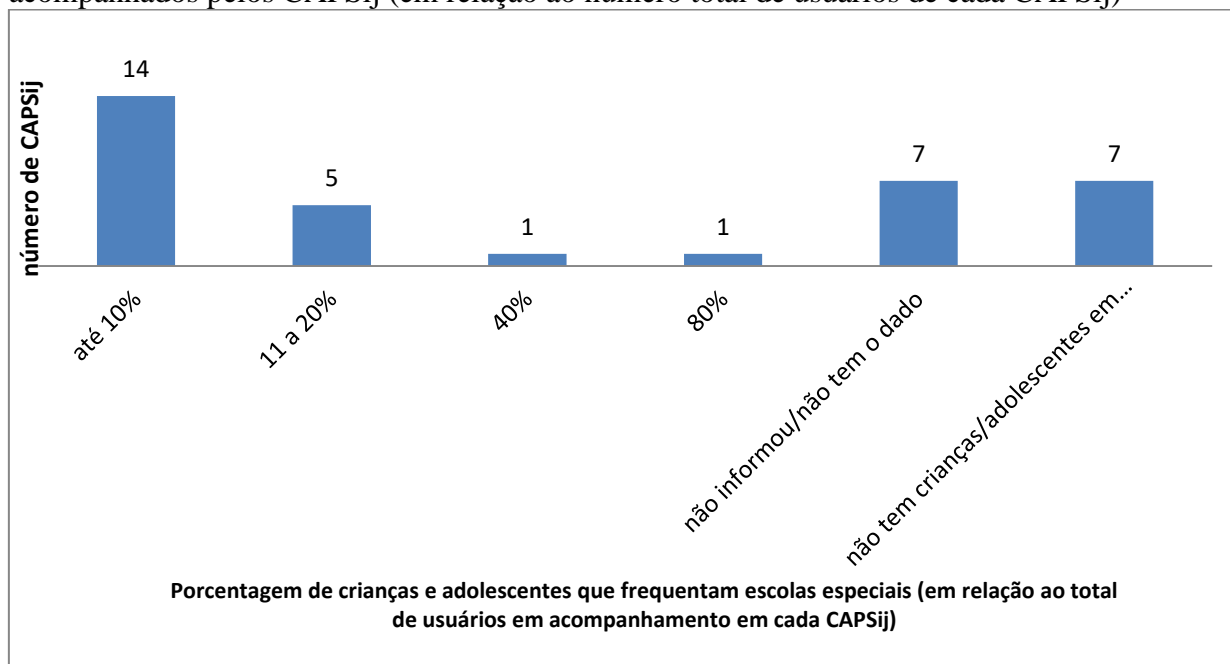


Figura 10: Porcentagem de crianças e adolescentes que frequentam escolas especiais acompanhados pelos CAPSij (em relação ao número total de usuários de cada CAPSij)



Uma vez que o acesso e a permanência na escola constituem direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, qualquer situação que fuja a tais prerrogativas é merecedora de destaque, atenção e ação implicada. Ainda que a política de educação especial na perspectiva inclusiva (BRASIL, 2008) trate de mecanismos para a permanência de crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais no ambiente das escolas regulares, não trata especificamente daqueles que vivenciam sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, tampouco sobre as que estão submetidas a situações de extrema vulnerabilidade. Esta situação compete para o não favorecimento de ações mais amplas para inclusão destes grupos.

Em se tratando de uma temática cara aos direitos das crianças e adolescentes, e a efetivação da cidadania, o número tão expressivo de CAPSij, que não responderam ou não souberam precisar quantos são os usuários que estão fora da escola é situação preocupante e que inspira a discussões mais detalhadas sobre sua causa.

Sobre a inserção em escolas especiais, 28 dos serviços (80%) relataram que há crianças/adolescentes acompanhados nesta modalidade de escola. Parte expressiva das crianças e adolescentes em escola especial está inserida nas APAES. Três dos CAPSij (9%) indicam que as crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento são as que frequentam escolas especiais. Um dos CAPSij disse que a maioria expressiva das crianças acompanhadas

pelo serviço frequenta escola especial, entretanto não soube precisar a proporção. Sete, cerca de 20% dos serviços não contam com nenhuma criança inserida em escola especial. Destaque importante segue para o serviço que citou que cerca de 80% das crianças e adolescentes inseridas no serviço frequentam escola especial.

Considerando a extrema relevância dos dados apresentados nas duas figuras anteriores e a necessidade de aprofundamento nesta temática, os coordenadores participantes apresentaram quais são, nas suas opiniões, os motivos para a exclusão das crianças e adolescentes da cena escolar, bem como para a inserção nas escolas especiais, como mostra o Quadro 3, com síntese e análise das contribuições, seguido por discussão referente.

Quadro 3: Motivos apontados pelas coordenadoras pelos quais as crianças e adolescentes acompanhadas nos CAPSij não estão inseridos nas escolas

Categoria	Exemplos dos motivos	Citações
Agudização e gravidade do caso + Problemas de comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes em surto psicótico (afastado durante a crise) - afastamento médico (gravidade do caso) - transtorno mental (pela patologia) - esquizofrenia paranoide grave - fobia escolar - transtorno de comportamento (e consequente dificuldade da escola em lidar) - desorganização psíquica (crise) - Problemas acentuados de saúde - agravamento do quadro - casos muito graves somado à dificuldade de acesso e receptividade da escola - Agressividade acentuada com dificuldade de manejo familiar e por parte da escola - Dificuldade no comportamento 	17
Dinâmica Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - família não reconhece a escola como espaço de inclusão (tentativa de inclusão frustrada) - falta de compreensão dos familiares - familiares adoecidos - adolescentes que se negam e pais não sustentam a permanência - temor dos familiares (preconceito, violência) - dificuldade familiar - pouco envolvimento dos familiares - contexto familiar conflituoso 	15
Vulnerabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes expostos a riscos sociais (baixa continência familiar associado a envolvimento com a criminalidade) - envolvimento com o tráfico - violência - crianças que não brincam e que ficam sozinhas 	13

	<p>em casa sem suporte familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Graves questões sociais - vulnerabilidade extrema - grande vulnerabilidade social (associado a dificuldade de continência familiar, dificuldade de aprendizagem) - Condições socioeconômicas 	
Relacionados à dinâmica escolar	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade da escola em singularizar a atenção - falta de compreensão da escola - violação dos direitos por parte da escola - falta estrutura escolar (recursos humanos, materiais) para o acolhimento - rigidez na estrutura escolar - escola desconsidera contexto social dos alunos - dificuldade da escola em lidar com o comportamento da criança - passagem para o ciclo II do Ensino Fundamental (rede municipal para estadual) <ul style="list-style-type: none"> - Laudo e CID (AEE) - Distorção idade/série 	13
Uso de Substâncias Psicoativas (SPA)	<ul style="list-style-type: none"> - evasão por uso de SPA 	9
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes que abandonam a escola - adolescentes - adolescentes com mais de 17 anos - Adolescentes que concluíram ensino médio 	6
Dificuldades no processo de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> - evasão pós fracasso escolar - dificuldades na aprendizagem - desinteresse e desmotivação decorrente de dificuldade de aprendizagem - evasão por defasagem (idade/série) 	4
Desinteresse por parte da criança/adolescente e família	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes que abandonam - pais e/ou usuários não desejam 	4
Presença de déficit cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes com déficit cognitivo que abandonam depois do Ensino Fundamental - adolescentes com transtorno mental associado a déficit intelectual - Déficit cognitivo/intelectivo 	4
Crianças que não atingiram a idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> - crianças que não atingiram idade escolar 	2
Acolhimento Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - adolescentes em situação de acolhimento institucional -acolhimento institucional 	2
Inserção na APAE	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças que estiveram na APAE e não se adaptaram à inclusão escolar - Crianças e adolescentes que estão somente na APAE 	2
Não apontou	-	2
Nunca acessaram a escola	-crianças que não nunca frequentaram a escola	1

Assim como se nota, foram variadas as percepções acerca desta temática por parte da coordenação dos CAPSij. Todavia, ainda que diverso, os resultados permitem afirmar que os motivos que justificam o não acesso à escola seguem centrados em questões individuais, num quadro que tangencia a culpabilização de crianças, adolescentes, suas famílias e comunidades pela escassez de recursos sociais que sustentem a permanência escolar. Isso não significa necessariamente que os coordenadores dos CAPSij compactuam com essas percepções, mas por outro lado, indica que são estes motivos que circulam como sentidos entre as redes de proteção e os serviços inseridos nas discussões e na rede socioassistencial, as quais estas crianças e adolescentes estão vinculadas.

Ainda que 9 participantes não tenham apontado a quantidade de crianças e adolescentes fora da escola no Quadro 3 anterior, puderam indicar os motivos pelos quais estas não estão na escola.

Outras situações apontadas como déficit intelectual, distorção série/idade em composição com conflitos familiares e envolvimento com o tráfico de drogas, foram situações que para os coordenadores de CAPSij são vistas pelas escolas como “dificuldades de aprendizagem”. Assim, para além de uma dificuldade do campo cognitivo, contextos de vulnerabilidade, negligência e conflito, figuram como motivos relevantes para a evasão escolar.

Os participantes, por sua vez, destacaram as escolas como produtoras de mecanismos de exclusão (exigência de laudos e diagnósticos, rigidez institucional, entre outros), entretanto, essas avaliações seguiram apartadas de uma reflexão acerca da própria limitação dos serviços de saúde mental em ofertarem espaços de problematização destas situações. Dificuldades relacionadas à organização da rede de proteção como um todo, ou mesmo dos serviços de saúde, não foram destaques das respostas.

É relevante também apontar sobre a experiência de familiares e responsáveis das crianças e adolescentes sobre o ambiente escolar e a necessidade de proteção de seus entes, situações que exigem um compromisso da rede em apoiar e acolher pais e responsáveis em suas angústias e dificuldades.

O medo referido por familiares de que as crianças e adolescentes possam vivenciar situações de preconceito e violência é legítimo e em certo sentido bastante reforçado na medida em que situações de violência escolar e marginalização das experiências de sofrimento psíquico ainda estão em ampla ocorrência na atualidade. Essas cenas pedem que se

estabeleçam parcerias mais íntimas e persistentes com as famílias, que seguem ainda abandonadas e pouco consideradas mesmos nos CAPSij (TAÑO, 2014).

As alterações no sistema educacional que são propositivas em relação à inclusão de crianças e adolescentes com deficiências, em que se incluem, por exemplo, aqueles com autismo, são paradigmáticas no sentido da defesa do convívio com a diversidade, contudo estas discussões em muitos casos não chegaram até as famílias. Não têm sido incomum encontrar relatos de familiares que preferem que seus entes sigam em escolas especiais uma vez que tentativas anteriores de integração social sem inclusão de fato se mostraram muito dolorosas, complicadas e pouco amparadas pela rede de educação e saúde, especialmente (MINATEL, 2013; ROSA 2015).

Possivelmente estas constatações contribuam inclusive para a inserção de algumas crianças nas escolas especiais, como apresentado na Figura 10 anterior, todavia, esta possibilidade, no geral ofertada por instituições particulares e assistenciais não devem silenciar o debate e o apoio constante e firme que a rede deve ofertar aos pais no percurso de escolarização. Tal como apontado por diferentes gestores, a inclusão em APAEs acaba dificultando a manutenção das crianças na escola regular e impede a construção de outras vivências, mais autônomas e menos institucionalizadas para os estudantes.

Ainda, sobre as dificuldades e fragilidades dos contextos familiares, que no geral recaem em culpabilização das famílias, mesmo se constituindo em ações e projetos complexos, a contribuição dos CAPSij na formulação de novos entendimentos sobre as dinâmicas familiares pode ser central para a sustentação das crianças e famílias nas escolas. Compreende-se que situações mais complexas neste eixo sejam de competência dos CAPSij e em certa medida, sejam as populações prioritárias a serem acompanhadas nos serviços, o que pode ser índice para a construção de uma ação orquestrada com as escolas para ressignificação e problematização dos olhares sobre tais contextos.

Sobre os problemas nos processos de aprendizagem, o que se observa é que comumente a criança é responsabilizada pelo fracasso do investimento em sua aprendizagem, quando na verdade pouco se produz singularmente para que crianças e adolescentes possam aprender, quando considerados percursos e necessidades distintas neste trajeto.

Em estudo sobre as principais causas de encaminhamento para serviços de saúde, Sanches e Amarante (2014) retratam que grande parte dos encaminhamentos de crianças e adolescentes decorrentes de não-aprendizagem não estavam precedidos por avaliações

pedagógicas anteriores. Imediatamente da percepção por parte dos professores de um suposto fracasso, as escolas encaminhavam as crianças para os serviços de saúde mental. Como aponta então Merhy (2013), as escolas passam a ser “otimizadas por dentro”, isto é, a instituição ao destacar os fracassados e determinar aqueles que nunca aprenderão se livra de rever suas próprias condutas e práticas institucionais coletivas.

Produz-se então o que já foi assinalado em discussões anteriores sobre a medicalização dos percursos escolares de crianças e adolescentes, como tentativas socioculturais de nublar as problematizações acerca dos fracassos e limitações dos sistemas educacionais que têm funcionado em lógicas muito semelhantes ao que se produziam décadas atrás (COSTA, 2007). A serialização e fragmentação do ensino, com decorrente culpabilização dos estudantes sobre suas dificuldades impedem que os professores e demais educadores exerçam funções de mediação do conhecimento e dos processos afirmados como potências da aprendizagem, restando a reprodução de situações de enrijecimento do cotidiano escolar, como apontaram os participantes (MASINI, 2013).

Por fim, mas não menos relevante, é necessário um destaque fundamental à percepção de que a adolescência por si, constitui elemento que justifica a evasão escolar. Tais dados reforçam a percepção de que adolescentes e jovens seguem marginalizados dos espaços institucionais, principalmente da educação e da saúde. Mais uma vez, se coloca o desafio de coletivizar o compromisso, e reestabelecer normas, funcionamentos, ofertas e dinâmicas que os aproximem, criando um campo de pertencimento efetivo e potencialmente transformador.

A este respeito, diferentes contribuições têm apresentado e denunciado as situações com que os adolescentes seguem sendo compreendidos e violados em seus direitos fundamentais. Entre as recomendações e orientações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil esta temática foi abordada com afinco na segunda reunião de 2005 quando se tratou sobre o grande tema da articulação entre os campos do direito e das políticas na atenção à infância e adolescência. Entre os debates formulou-se a importância de desconstruir a ideia de que adolescentes contribuem para o aumento da violência urbana, bem como se colocaram contrários – os integrantes do fórum - a qualquer tentativa de redução da maioria penal, reconhecendo que as violações aos adolescentes, crianças e jovens já são sérias, profundas (BRASIL, 2014) e se perpetuaram nos anos seguintes, como pode-se observar.

Com força, adolescentes seguem sendo vistos pelas políticas públicas e pela sociedade a partir de marcas que os excluem e marginalizam; a saída da instituição escolar representa

mais um dado cruel sobre a fragilidade da situação. Ser jovem, periférico e negro neste país hoje concorre para a vulnerabilidade e o risco de violação aos direitos mais básicos, em que se inclui o direito à vida (BRASIL, 2015c).

Documento de 2014 derivado de consulta pública “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos” (BRASIL, 2014) retoma parte destes apontamentos e elabora orientações para os operadores de direito. Nesta publicação são novamente retratadas as situações de privação de liberdade, de acolhimento institucional em abrigos, e de trajetória de rua em que adolescentes são a maioria. Estas situações, têm sido atravessadas pela patologização das experiências, e pelo discurso da saúde (VICENTIN; GRAMKOW, 2010) e para os quais este documento objetiva fornecer outra possibilidade de composição via a defesa da proteção integral e de um entendimento ampliado sobre saúde.

Se as unidades de saúde e os serviços de saúde mental são pouco atrativos e não fazem sentido para os adolescentes (VICENTIN; GRAMKOW, 2010), as escolas parecem também possuírem tais características.

Nas experiências de sofrimento psíquico, sabe-se que a adolescência e a juventude trazem situações e momentos que podem sobremaneira contribuir para um percurso mais difícil de vida e de agudização da dor e da vulnerabilidade, especialmente pela carga de desvalorização social que trazem. O que se mostra é que exatamente quando as redes parecem estar mais frágeis e justamente para os sujeitos que mais necessitam, a escola não dá conta de prover a proteção necessária, e a rede ao lado parece questionar pouco.

Neste caso, entende-se como proteção a possibilidade de que o sistema educacional público crie alternativas e possibilidades de sustentação da permanência do adolescente junto à comunidade escolar. Assim como aponta Rocha (2002), não se trata de incidir somente para o professor a responsabilidade por uma participação mais ativa e permanente dos adolescentes na escola, mas sim de questionar e propor alterações fundamentais em todo aparato institucional que se constrói em relação à educação e para o qual os adolescentes, seus desejos e necessidades parecem não caber.

Logo, entende-se também que os serviços de saúde mental, ainda que não pactuem com as formas de tratamento e de relação que se estabelecem entre escola e sua comunidade (adolescentes e famílias) não podem se furtar do compromisso de apoiarem a elaboração e consolidação de outras práticas, sob o risco de serem cúmplices na perpetuação das lógicas de exclusão e controle que as diferentes instituições sociais delegam aos adolescentes e jovens.

Nas palavras de Gramkow (2016) o compromisso desta rede (abordagens entre educação, saúde e assistência social) deve ser então o de

“prosseguir e persistir em um fazer ético-político que problematize a figura do “estranho” estudante forjado como agressivo e descumpridor das normas sociais que escapa das normas escolares e dobra-se nas suas relações sociais a partir de indefinições no mundo contemporâneo da escola e do campo da saúde. Ele opera uma produção híbrida que não se situa nem na lógica compreensiva das práticas escolares, nem na prática discursiva do campo da saúde e demanda uma nova invenção em parceria com a articulação saúde-educação para compreender a complexidade das situações de vulnerabilidade social e as condutas cotidianas dos estudantes indesejáveis no mundo escolar” (GRAMKOW, 2016, p.133-134).

A busca de alternativas e ações para a sustentação na escola de crianças e adolescentes em situações de contextos socioculturais tão desfavoráveis e outros riscos sociais é um desafio complexo e justamente por isso deve constituir em prioridade para a articulação junto a outros atores sociais. Todavia tal como se apresenta agora e também debatido no Estudo II, mais adiante, tais situações de vida de crianças e adolescentes não são entendidas como prioridade para o agenciamento urgente de ações coletivas. É importante então que a rede, imbuída das ideias de proteção integral à infância e adolescência (BRASIL, 2014) possa apoiar a educação na constatação de que se constituem como mecanismos/instituições que podem compor para a proteção e defesa da dignidade.

De modo geral, o que se pode ainda afirmar é que todas estas situações elencadas evidenciam quadros de violação importante dos direitos das crianças e adolescentes.

Se na composição de esforços e lutas empreendidas na superação de modelos manicomiais de tratamento aos adultos em sofrimento psíquico, a defesa da reabilitação psicossocial enquanto estratégia política, ética e técnica de radicalização ao que se produziu social e culturalmente sobre a loucura, se fez necessária e presente. Aqui com as crianças e adolescentes é necessário o mesmo. A escola, ainda que com todas as suas limitações e dificuldades configura-se no lugar social da criança e do adolescente hoje. Algo que para o adulto, na perspectiva da reabilitação psicossocial poderia ser entendido como uma mistura entre o habitat, a rede social e o trabalho. Caberia então a todos os atores sociais implicados na produção da atenção o empenho para o aumento da contratualidade das crianças e adolescentes atravessados pela experiência do sofrimento psíquico e pelas marcas do

estranhamento, nos espaços escolares como fortalecimento de sua valoração, de seus recursos, de suas possibilidades (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JÚNIOR, 2006; SARACENO, 2001). Este possivelmente se constitua como um desafio delicado ao trabalho com a rede de atenção para crianças e adolescentes: não o resgate da autonomia negada, mas o estímulo à cidadania e autonomia a serem experimentadas como novidade.

❖ *O desenvolvimento de parcerias e projetos entre CAPSij e Escolas:*

Foi questionado aos participantes do estudo, se os CAPSij participantes desenvolviam algum programa/projeto/ação específico com as escolas e/ou setor Educação. Considerando o total de participantes, cerca de 57% (n=20) têm desenvolvido parcerias, 37% (n=13) não realizam nenhuma ação, e 6% (n=2) não responderam. Sobre a forma com que ocorrem essas aproximações, o quadro a seguir os apresenta e enumera.

Quadro 4: Parcerias entre CAPSij e a Educação/escolas

Modalidade de parceria	Exemplos	Citações (n)
Visitas e intervenções pontuais	<ul style="list-style-type: none"> - orientação/capacitação professores e comunidade escolar - intervenção na escola situações de crise - atividades pontuais (intervenção e adequação) para TEA e PC 	10
Fóruns intersetoriais	<ul style="list-style-type: none"> - Fórum com educação (coordenação educação especial, escolas, núcleo de apoio à inclusão) - Fórum mensal com a educação com presença da AB, Conselho Tutelar (de acordo com cada território) - apoio matricial específico para as escolas da região - discussão de caso (mensal) - Apoio sistemático às escolas (professores no corpo técnico do CAPSij) 	10
Oferta de grupos nas escolas	<ul style="list-style-type: none"> - festas compartilhadas (alunos do ensino médio) - realização de grupos em escola específica para prevenção ao suicídio e mutilação - oferta de atividades para os usuários dos CAPS nas escolas - reunião com as famílias 	5
Projetos específicos/Ministeriais	<ul style="list-style-type: none"> - TAMO JUNTO - TEIA - PSE 	5

Produção de políticas e linhas de intervenção – gestão	<ul style="list-style-type: none"> - parceria com coordenação responsável pela inclusão na educação - reuniões com gestão - integrando núcleo intersetorial que monta documento sobre educação inclusiva - Projeto intersetorial entre educação-saúde para trabalho em escolas municipais elencadas previamente 	4
Parceria com universidades (estágios, extensão, pesquisas e oferta de atividades)	<ul style="list-style-type: none"> - campo estágios - parceria com universidades e institutos para oferta de atividades para as crianças e adolescentes dos CAPSij - Projetos de extensão - desenvolvimento de pesquisas pós-graduação junto com universidades 	4
Projetos de capacitação	<ul style="list-style-type: none"> - treinamento de cuidadores para as escolas 	1

As respostas ofertadas permitem entrever movimentos distintos na composição de ações com a educação. Duas das ações mais citadas parecem se localizar em momentos distintos em relação ao trabalho intersetorial. Parte dos gestores conta sobre a realização de parcerias esporádicas e pouco sistematizadas como ações pontuais nas escolas, orientações principalmente quando em momentos de crise na instituição escolar. Já outros participantes tratam sobre a participação em Fóruns entre setores.

Destes Fóruns assinalados, observou-se que os participantes referem múltiplas modalidades ao que entendem por este tipo de organização: desde os chamados Fóruns com a Educação, em que CAPSij e escolas encontram-se com frequência para a articulação de ações, discussões de caso, entre outras, até Fóruns mais gerais, que contam, além da participação destes dois serviços/setores, outras instituições relevantes do território. Essas formas de encontro quando bem mediadas e sustentadas permitem que a rede se fortaleça, garantindo além da discussão dos casos, potentes processos educativos e formativos entre os trabalhadores.

Sobre a articulação em Fóruns entre Saúde e Educação, Oliveira e Mendonça (2016) ao apresentarem sobre experiência local na articulação deste espaço entre CAPSij de São Paulo (SP) e as escolas e gestoras da educação do território apontaram sobre a delicadeza do trabalho no qual as diversidades trabalhadas não se restringem somente aos casos discutidos, mas também aos próprios trabalhadores que frequentam estes espaços. Para estas autoras a realização de fóruns com a educação possibilita a organização da demanda, a identificação de crianças e adolescentes com problemáticas mais graves e seus devidos manejos. Segundo as

autoras, a existência do fórum e sua permanência permitiu que quase 40% dos casos discutidos (referentes ao ano de 2009) fossem resolvidos apenas com a discussão e orientação às escolas, não necessitando de avaliações médicas/medicamentosas.

Justamente a existência de espaços instituídos para a troca e o debate, e também para a sustentação das práticas, contribui para que medidas individualizantes não sejam tomadas. Defende-se a ideia de que as articulações do tipo Fórum asseguram a todos os trabalhadores, tanto da saúde como da educação a ampliação dos entendimentos e a complexificação acerca daquilo que percebem nas dinâmicas institucionais que estão cotidianamente inseridos. Outros entendimentos sobre os contextos de vida e sobre o território em que estão imersos são apresentados garantindo que formas mais coletivas de enfrentamento dos problemas sejam propostas. Nesse sentido, a contribuição da coordenadora a seguir apoia e traz mais elementos para o debate:

C34: Com raras exceções, todas as crianças estão dentro das escolas e construir uma parceria com a educação tem contribuído para alinhar conceitos. Promover o entendimento das questões de saúde mental das crianças, reconhecer precocemente por parte dos educadores, as crianças que tem a demanda do cuidado específico, melhorar o manejo dos educadores com casos difíceis, entender a dinâmica da escola, e acompanhar, no âmbito da saúde pública, no campo da saúde mental, a necessidade do território. A mesma lógica acontece com as UBS e Abrigos, mas como a escola detém a maior parcela da população infantil, o desenho do território fica mais evidente através delas.

Outras ações que se conectam ao que apresenta o excerto anterior bem como aos arranjos mais permanentes dos contatos foi a citação de que há articulações para a produção de políticas e linhas de intervenção em nível da gestão. Essas pactuações permitem sobremaneira que as ações agenciadas se sustentem com um pouco mais de força e duração, não ficando tão suscetíveis as mudanças de gestão.

É tocante ainda no relato apresentado de que a escola, e as parcerias daí advindas permitem que se compreenda com mais clareza e agudez aquilo que se passa no território. Essas percepções contribuem para que todas as equipes envolvidas qualifiquem suas ações e se responsabilizem, não apenas no sentido de casos isolados acompanhados, mas também na produção de territórios mais vivos, participativos nos quais as políticas sociais acontecem devidamente.

Outro destaque importante segue para as parcerias entre Universidades e serviços. Tais ações figuraram como investimentos das gestões federais anteriores, entre ações dos

Ministérios da Saúde e da Educação por meio de políticas indutoras para a integração ensino-serviço e formação profissional em equipes mais multidisciplinares (BATISTA; et al, 2015). Tais arranjos permitem uma aprendizagem mais complexa e abrangente aos estudantes de cursos de graduação em saúde, como também ofertam aos serviços a possibilidade de um alinhamento maior com as políticas públicas. Nesse sentido, a participação das Universidades, ao que apontaram alguns gestores permitiu outros arranjos assistenciais, como atividades fora dos CAPSij, a articulação maior com a rede e conseqüentemente com as escolas.

A respeito das parcerias e dos contatos, ainda que esporádicos realizados com o setor da Educação, seja via escolas como com a gestão setorial, os participantes do estudo foram convidados a qualificarem estas aproximações, apontando os principais benefícios e desafios destas. A seguir são apresentados nos quadros 5 e 6 os resultados encontrados, seguidos de discussão sobre.

Quadro 5: Benefícios do contato com a Educação/escolas

Categoria	Exemplo	Citações
Aprimoramento do olhar/manejo/cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - ampliação olhar dos profissionais de saúde mental - ampliação repertório manejo - melhor compreensão demandas - ampliação do entendimento (olhar e escuta) - ampliação do olhar para a criança/situação - melhora no entendimento sobre atenção em saúde mental 	14
Compartilhamento do PTS	<ul style="list-style-type: none"> - construção de soluções mais efetivas - complementação das ações - criação coletiva - Construção conjunta PTS - espaço de troca e compartilhamento - sustentação do trabalho em equipe intersetorial 	10
Não apontou	-	10
Melhora no contato e no diálogo	<ul style="list-style-type: none"> - bom contato - apoio para enfrentamento dificuldades - conhecer os profissionais - diálogo com escolas municipais 	8
Qualifica a percepção/entendimento sobre saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - discussão sobre medicalização e psicologização - promoção e atenção - potencialização da RAPS - melhora no entendimento sobre atenção em saúde mental (tira preconceito e esclarece) 	5
Acesso e permanência das crianças na escola	<ul style="list-style-type: none"> - sustentação da inclusão e permanência na escola 	4

Troca de experiências	- troca experiências, percepções, informações - construção de parcerias sólidas	4
Corresponsabilização	- compartilhamento do cuidado	3
Qualifica o trabalho	- capacitação permanente entre educação e saúde - construção de espaços de apoio matricial - ações mais efetivas	3
Melhora no contato com as famílias	- melhora no contato e compreensão das famílias	2
Melhora na qualidade da atenção aos casos mais graves/complexos	- identificação mais rápida e precoce dos transtornos graves - apoio para discussão de casos complexos	2
Transforma o olhar sobre a escola e qualifica a intervenção em saúde	- reconhecimento da escola como espaço potente - apoio para construção projeto pedagógico	2
Singulariza o cuidado	- considerar a singularidade de cada criança (melhora no desenvolvimento e interação) - compreensão dos contextos de vida	2
Organiza a demanda	-acompanhamento dos casos	2

Quadro 6: Dificuldades no contato com a Educação/Escolas

Categoria	Exemplo	Citações (n)
Medicalização	- discurso medicalização - centralidade do diagnóstico - patologização e medicalização dos casos - olhar restrito e individualizado em relação aos problemas - pedido de medicalização - escola desconsidera singularidade - solicitações excessivas de medicação e consulta médica	12
Corresponsabilização	- solicitam respostas muito rápidas - expectativa da escola de que o CAPSij resolva tudo - encaminhamento desresponsabilizado - dificuldade no estabelecimento de projeto comum de cuidado (principalmente para situações difíceis) - trabalho pouco colaborativo	8
Pedidos de laudos/diagnóstico	- exigência de laudos médicos para a garantia de direitos - pedidos de relatórios médicos para redução da jornada escolar - solicitação maciça de diagnóstico	6
Acesso/comunicação/troca entre atores	- resistência da equipe escolar - diálogo - Secretaria de Educação distante (sem contato)	6

	<ul style="list-style-type: none"> - contato com escolas estaduais - estabelecimento da rede intersetorial 	
Dificuldade da escola em reconhecer a saúde mental infantojuvenil	<ul style="list-style-type: none"> - orientações equivocadas que escola fornece aos familiares (relacionar comportamento à patologia) - entendimento de que crianças com transtorno mental devem acessar somente o CAPSij - foco excessivo às questões comportamentais - pouca compreensão das demandas de saúde mental infantojuvenil - expectativa das equipes escolares centrada na “cura” 	5
Dificuldade da educação em compreender sobre os serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade na compreensão da função do CAPSij - escola não acessa a AB - encaminhamentos desnecessários - visões equivocada sobre saúde e promoção 	5
Não apontou	-	4
Agenda	<ul style="list-style-type: none"> - rotatividade das escolas participantes - acerto de um calendário conjunto para as atividades - pouca assiduidade dos encontros 	3
Apoio estrutural	- dificuldades estruturais (carro, RH, orçamento para formação)	2
Dificuldades dos CAPSij	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade com articulação de ações extramuro - aumento excessivo da demanda 	2
Resistências	- não aceitação das orientações	1

Os benefícios atrelados ao contato dirigem-se a todos os atores envolvidos no processo do cuidado: crianças e adolescentes, familiares, trabalhadores da saúde e trabalhadores da educação. Pelo exposto, a possibilidade de um contato mais efetivo qualifica o trabalho, alivia a sobrecarga, contextualiza a atenção e melhora a qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Parte considerável dos apontamentos sobre os principais benefícios decorrentes no contato com as escolas se assemelha ao que de modo geral pareceu ofertado nas discussões anteriores sobre os benefícios do contato com os principais parceiros. Sem dúvidas o incremento na percepção e a qualificação das práticas são assinalados como potencialidades do trabalho. Os benefícios enunciados se referem nesse quesito não somente a qualificação da atenção da escola, mas também dos próprios trabalhadores da saúde.

Vê-se por este resultado que há confirmação da ideia de que no plano prático a intersetorialidade assume as características e benefícios da interdisciplinaridade. Assim, a

primeira possibilita que a segunda se efetue. Por meio do contato entre os setores, os saberes disciplinares podem então ser complexificados, recheados por outros referenciais, aportes e discussões, o que certamente implica na melhora da qualidade da atenção e das intervenções consequentes (MENDES; AKERMAN, 2007).

No caminho da descoberta de novas compreensões sobre a saúde mental, sobre as condições de vida de crianças e adolescentes, como apontado pelos participantes, rompe-se com um quadro de referências que simplificam os entendimentos e superespecializam as ações (MORIN, 2015). Admite-se então a complexidade e multidimensionalidade dos fenômenos, em especial a situação do sofrimento psíquico, revelando a chance de que seja entendido para muito além das classificações diagnósticas. Sabe-se que se trata de exercício árduo, entretanto a possibilidade de encontro entre diferentes atores, em especial aqueles que estão mais cotidianamente envolvidos com as crianças e adolescentes pode acarretar em outras respostas mais interessantes e variadas.

Em seguida no número de citações destaca-se o compartilhamento do Projeto Terapêutico Singular – PTS – como importante benefício do contato com as escolas. O que se mostra é que este compartilhamento, quando atravessado por considerações mais contextuais de modo que tratem inclusive das potências e fortalezas das crianças e sua comunidade, transformam este mesmo PTS em projetos de vida e cidadania.

Estas considerações reforçam mesmo o entendimento sobre a centralidade da escola na construção de políticas sociais e práticas que ampliem e dignifiquem a vida de crianças e adolescentes, mais ainda, de todo território. A instituição escolar, pelo que reúne e também pelo que a cerca, têm lugar central no desenvolvimento local de modo mais justo e de acordo com necessidades de sua comunidade, como tem sido apresentado neste e em outros estudos (GOES; MACHADO, 2013).

Outras categorias citadas evidenciam que a articulação destes setores qualifica e potencializa de modo bastante efetivo diferentes aspectos do trabalho na atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, entre estes a atenção aos casos mais complexos, e o contato com as famílias. Esse último dado aliás, também foi apontado no Estudo II, neste apontado pelas escolas, quando afirmam que o contato com a saúde auxilia no contato com as famílias, ao que se pode concluir então, que o trabalho em parceria aproxima inclusive as famílias e facilita a tomada de discursos e posturas que estejam mais conectadas a realidade destas.

Outro dado necessário de discussão, seja pela pouca incidência em citações como por sua importância é a percepção de que o contato com as escolas favorece a sustentação e permanência das crianças e adolescentes na escola. Hipotetizava-se que este dado fosse ser citado mais vezes, uma vez que o trabalho em rede tem como um de seus principais objetivos garantir direitos e ampliar acesso às políticas sociais, em que se destaca o direito à educação. Em certo sentido esse resultados encontra ressonância com outras discussões já assinaladas neste trabalho sobre a necessidade de que a saúde bem como outras instâncias sociais possam tomar para si também o compromisso com a mudança nas lógicas do sistema educacional (GRAMKOW, 2016; MACHADO, 2007; ROCHA; 2002). O que se verifica é que os CAPSij solicitam um compromisso por parte da rede quanto ao cuidado com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, e é relevante que este mesmo compromisso seja assumido pelos CAPSij na oferta de possibilidades de acompanhamento e fortalecimento das ações com a escola sistematicamente.

Sobre as dificuldades assinaladas, os resultados evidenciam e reforçam a preocupante realidade também discutida anteriormente acerca dos processos de medicalização e patologização das crianças e adolescentes que apresentam dificuldades em seus processos de inclusão escolar, em que se somam aquelas com trajetória de sofrimento psíquico.

A medicalização, traduzida em discursos que tomam como centrais a oferta de diagnósticos por parte do CAPSij, bem como a individualização dos problemas de ordem social sob causas supostamente patológicas e os suportes para essas condutas como emissão de laudos, pedidos de medicação para contenção das crianças figuraram entre as principais queixas em relação ao trabalho com as escolas.

Ainda que este assunto tenha ocupado parte importante das discussões acadêmicas sobre as infâncias nos últimos anos (BRAGHINI, 2016), o que se observa é que imperam práticas de fragmentação do olhar para os problemas sociais que levam a individualização dos problemas e a recortes nos contextos que culpabilizam crianças e suas famílias pelos processos que vivenciam. Em relação aos pedidos de laudo, Nota Técnica do Ministério da Educação (MEC-SECADI) de 2014 reforça a não obrigatoriedade de laudos médicos/clínicos para a inserção na escola e tampouco para as entrada no Atendimento Educacional Especializado. O que se solicita é que sejam realizados por parte da equipe pedagógica da escola os Planos de Atendimento Educacional Especializado - PAEE, mediante avaliações que deem conta de apresentar os processos de atenção à que as crianças estarão submetidas no AEE. Todavia, o que se reconhece é que se mantém presente e forte a tradição histórica e com

raiz bastante higienista, de se legar ao aparato médico e da saúde a outorga para os processos de inclusão escolar das crianças e adolescentes. Assim como confirmam Collares, Moyses e Ribeiro (2013), na medida em que se “naturalizam todos os processos e relações socialmente constituídos, a medicalização desconstrói direitos humanos” (ibid, p.16).

Para as crianças e adolescentes a patologização da vida as submete, segundo as mesmas autoras, aos problemas do “não-aprender” e do “não se comportar”, em substituição a outros estigmas que anteriormente circulavam pelas instituições escolares. O que se observa então é que hoje, os problemas supostamente neurológicos/psiquiátricos respondem às necessidades de manutenção da ordem escolar que outrora recebiam outras nomeações e/ou estavam direcionados para outros conjuntos de “estranhos” como os negros, os desnutridos e aqueles com QI baixo (COLLARES; MOYSES; RIBEIRO, 2013).

As intervenções sobre a vida, no formato de poderes que vigiam, acoossam e punem, seguem atualizadas, via mecanismos que se integram à patologização da vida, entre estes a judicialização das relações e a criminalização das diferenças, situações estas também destacadas em outros momentos deste estudo (COLLARES; MOYSES; RIBEIRO, 2013). Para as crianças e adolescentes que se encontram em situações de maior fragilidade, seja pela trajetória de sofrimento psíquico ou ainda por certa fragilidade nas relações sociais e ao acesso de seus direitos, essas formas de punição e controle social são ainda mais cruéis e deletérios. Nesse rol, práticas que por exemplo parecem preservar e salvaguardar famílias e crianças, como a diminuição da jornada escolar, na verdade adquirem um caráter muito mais de punição e negligência (SANCHES; AMARANTE, 2014).

Diferentes autores têm sublinhado, então, que as práticas de inserção de outros atores e agentes nas discussões e formulações de ações para as crianças e adolescentes podem ajudar a responder aos problemas que se colocam, constituindo modos menos segregadores e patologizantes (LUGON, 2016; MALFITANO, 2013; MACHADO, 2007).

Essa defesa consiste inclusive na constatação de que uma escola que patologiza/diferencia não é produto somente da ação de educadores e gestores, mas também e principalmente de todo um contexto social que pede por estes tipos de resposta às problemáticas complexas que se colocam nas instituições, evidenciando as dificuldades profundas de convívio com a diversidade psíquica.

Outras dificuldades relatadas são tomadas como obstáculos para construção do compartilhamento do cuidado, exatamente a categoria prioritária entendida como benefício do

trabalho com escola. Nestes são citadas a expectativa de que os CAPSij resolvam todos os problemas, a exigência para respostas rápidas, a dificuldade da escola em reconhecer as demandas das crianças e adolescentes, as expectativas centradas somente na cura e dificuldade na compreensão do papel dos serviços de atenção psicossocial. Evidencia-se que o trabalho comprometido e colaborativo é desafio importante para a relação entre os setores.

Estes resultados tratam sobre a importância de que sejam investidos recursos formativos para o trabalho. Em tempos de superespecialização dos saberes e fragmentação das práticas, a articulação conjunta e o trabalho horizontalizado constituem movimentos de transformação paradigmáticos na atenção à proteção integral de crianças e adolescentes. Recomendações do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil tratam sobre a necessidade de que haja investimentos para formação das equipes de educação sobre o tema da saúde mental, reconhecendo a centralidade desta na conformação de redes fortes e atuantes (BRASIL, 2014).

Couto e Delgado (2016) colocam que a saúde mental é transversal às diferentes políticas públicas para infância, adolescência e juventude, sendo, contudo também objeto específico do setor saúde, pelo qual os CAPSij assumem o mandato social de promover articulações em rede, ativando processos de corresponsabilização e compartilhamento de compromissos. Reconhecer a importância de tal mandato social é inclusive então, ao que se afirma, poder entender que inicialmente as ações precisarão obrigatoriamente contar com maior investimento (de desejo, de tempo, etc...) das próprias equipes dos CAPSij, da mesma forma em que paciência e generosidade precisarão ser combustíveis constantes, até que de fato a rede ampliada possa estar imbuída das novas compreensões e ações sobre o sofrimento psíquico e os sujeitos que o vivenciam.

I. 2.4 O CAPSij e a interlocução com outros parceiros

Nesta dimensão, em relação ao contato intersetorial, foram enfocados os trabalhos, projetos e ações realizadas com os demais setores, em amplo aspecto. Também se buscou identificar se os serviços contemplam famílias e comunidade nas ações intersetoriais, e sob quais formatos. Trata, portanto, não somente das principais parcerias, mas também aqueles com quem os contatos são mais esporádicos e efêmeros.

Em relação ao contato com os outros serviços, todos os CAPSij afirmaram realizar alguma forma de contato intersetorial. A tabela 6, a seguir apresenta com quais serviços os

CAPSij desenvolvem ações conjuntas. As porcentagens indicam a proporção de CAPSij que citaram determinado equipamento.

Tabela 6: Serviços/instituições com os quais os CAPSij participam de ações conjuntas

Serviços/instituições parceiras	Porcentagem de CAPSij que indicaram a opção (n)
CREAS	97% (34)
SAICA	94% (33)
Vara da Infância e Adolescência	91% (32)
CRAS	89% (31)
Educação	86% (30)
Defensoria Pública	66% (23)
Promotoria Pública	63% (22)
Inst. Cultura	54% (13)
Universidades	54% (19)
Inst. Lazer	46% (16)
Inst. Esporte	46% (16)
Conselho Tutelar	20% (7)
Projetos sociais do território	9% (3)
Outros	49% (17)

As principais categorias indicam parcerias e contatos com a Assistência Social, nesse sentido, vale apontar que a competência de trabalho dos CREAS está direcionada para a atenção assistencial as situações de importante vulnerabilidade e risco de famílias e pessoas, o que têm impacto direto na saúde mental.

Na categoria “Outros” estão incluídos serviços que foram citados mais pontualmente e incluem os seguintes equipamentos/instituições: Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes, Núcleo de Atenção ao Estudante, Fundação CASA, SESC, Serviços de Medidas-Socioeducativas.

Pesquisas que trataram sobre as ações em rede constituídas entre CAPSij e outros serviços e setores apresentam certa similaridade com o destacado na tabela, em que serviços da Assistência Social e ao Sistema de Justiça/Direitos também estão relacionados (DUARTE; et al., 2010; KANTORSKI; et al., 2014) como mais expressivos.

O presente estudo soma, portanto, ao indicar que substancialmente os serviços apresentados referem-se principalmente à atenção a situações de violações de direitos, como as citações aos CREAS; SAICAS e Varas da Infância e Juventude.

Sobre a realização destas práticas foi solicitado aos participantes que fizessem o destaque para alguma das atividades que desempenham.

Os participantes apresentaram, ao todo, 30 relatos. Ao serem analisados, evidenciou-se que parte destes tratavam sobre os aspectos positivos e/ou negativos das experiências, enquanto outros narravam sobre a organização e articulação deste trabalho, gerando assim duas grandes categorias distintas: a primeira “percepções em relação às experiências de articulação intersetorial”, subdividida em aspectos positivos e negativos; e a segunda “relatos de práticas interssetoriais” que contempla relatos de ações realizadas com diferentes setores.

A respeito da primeira categoria “Percepções em relação às experiências de articulação intersetorial”, o quadro abaixo apresenta a síntese dos principais enunciados.

Quadro 7: Percepções em relação às experiências de articulação intersetorial

Aspectos	Exemplos
Aspectos positivos	<ul style="list-style-type: none"> - aproximação entre equipes - possibilidade de construção de redes - estabelecimento de linhas integrais de cuidado - melhora no prognóstico e nas ações - garantia de direitos
Aspectos negativos/desafios	<ul style="list-style-type: none"> - outros setores delegam toda responsabilidade para a saúde - dificuldade em aceitar, acompanhar, entender e participar das ações conjuntas - imaginário manicomial - patologização dos problemas

Ainda nesta categoria, o trecho da participante C2 ilustra a presença destas duas formas de percepção sobre a interssetorialidade, ocorrendo mutuamente durante os trabalhos empreitados:

C2: O Capsi vem participando de várias ações e projetos com o objetivo de ampliar o cuidado e promover a reabilitação. São vários os espaços onde a rede socioassistencial se faz presente com os diversos atores para a discussão e promoção dos casos. Encontramos desafios, divergências, mas também avançamos, potencializando e empoderando os usuários e/ou seus familiares e responsáveis. A escola ora é grande aliada outras é passiva ou intolerante diante às demandas apresentadas. São longas as discussões onde envolvem solicitações de "laudos, pareceres, CIDs, medicação".

Assim como já debatido em outros diferentes momentos desta pesquisa, a intersectorialidade se coloca mesmo como um desafio na medida em que solicita a criação de um campo discursivo comum que dê conta de elucidar e tratar sobre aspectos que tocam os atores envolvidos no processo de modo a oportunizar parcerias e contatos, estabelecendo uma agenda de ações (COUTO; DELGADO, 2016; GELINSKI, 2011).

Para a criação deste campo é necessário tempo e investimento, tal como indica a narrativa anterior, que inclusive trata sobre as dificuldades e embates oriundos do contato com a educação que já foram também anteriormente sinalizados. A realização de parcerias em diferentes graus e com diferentes possibilidades de articulação, parece trazer mais obstáculos para a ação em rede, entretanto pode ser entendida justamente como condição de um trabalho que se tece a partir da complexidade das situações colocadas no campo da atenção psicossocial.

Especificamente sobre a segunda categoria sistematizada “Relatos de práticas intersectoriais” ao relatarem sobre as experiências, os participantes contaram sucintamente sobre as parcerias relacionadas com diferentes setores, em que se observou uma recorrência pela participação dos CREAS, Instituições de Cultura, Esporte e Lazer, Judiciário, SAICAS, Educação, Universidades e Defensoria Pública. Esta categoria, em decorrência da análise empreendida não resultou em tabela-síntese, outrossim, na oferta dos excertos a seguir apresentados.

Entre as parcerias mais interessantes e potentes, segundo narrado pelos participantes, destaca-se o trabalho conjunto com o CREAS. Foram descritas atividades desde discussão de casos até o compartilhamento de estratégia de atenção grupal. O relato a seguir ilustra:

C21: A parceria com CREAS tem sido bastante positiva quando o cuidado realmente ocorre de maneira compartilhada e as reuniões terminam com condutas conjuntas pactuadas e não somente “prestação de contas”.

Quanto ao apoio, parceria com a educação, de modo geral as narrativas indicaram dificuldades no estabelecimento de projetos comuns, um tanto semelhantes aos dados apresentados em tópicos anteriores que apresentaram sobre a educação.

C20: Falta ainda a compreensão do trabalho intersectorial, sendo que é comum a patologização da infância e da adolescência, sem investimento de cuidado e

responsabilização dos adultos, familiares e educadores, na compreensão dos determinantes do processo saúde/doença.

Nesse mesmo sentido, foram descritas experiências desafiantes para o trabalho com os Conselhos Tutelares, no que tange à culpabilização da infância e adolescência, dificuldade de articulação dada a impermanência dos cargos, ainda que se apontem possibilidades de início de trabalhos mais sistematizados. O trecho a seguir ilustra estes dois aspectos relacionados à parceria com o Conselho Tutelar:

C29: Temos desenvolvido reuniões com os Conselhos Tutelares da região, mas encontramos dificuldades por parte deles no acompanhamento dos casos. Muitas vezes verificamos que esse órgão se torna responsável por encaminhar demandas para a saúde, mas não se responsabiliza pelo acompanhamento da família naquilo que compete a ele. Temos buscado uma aproximação com esse órgão, mas não está sendo muito fácil. Além disso, a cada dois anos tem a troca de parte dos conselheiros e a impressão é que temos que iniciar o trabalho todo pelo começo novamente.

Outro tópico de destaque foram os relatos sobre as ações com o sistema Judiciário, em que se notou uma diversidade de considerações sobre estas instituições. Alguns participantes trataram sobre a questão da judicialização do cuidado e dos encaminhamentos em saúde mental, enquanto outros apontaram para o surgimento de propostas mais colaborativas como, por exemplo, a prática das Audiências Concentradas¹³, promovidas pelas Varas da Infância e Adolescência. O excerto a seguir apresenta o que e discute:

C24: Tínhamos uma relação tensa com o judiciário e técnicos da Vara da Infância, até 2014. Depois houve mudança de promotor e em 2015 houve mudança do Juiz da Vara da Infância. Percebemos mudança positiva na relação com os outros setores, com mais diálogo e menos ofícios.

Outras ações em parceria como as realizadas junto às Universidades emergiram como importantes apoios na construção do cuidado nos serviços e no estabelecimento de programas e projetos em comum, em que se desenvolvem projetos de extensão, uso de espaço das

¹³ Audiências Concentradas, - segundo Conselho Nacional de Justiça- Corregedoria Nacional de Justiça por meio do Provimento n.32 de 24 de junho de 2013 -, são audiências que visam estabelecer de forma mais oportuna a avaliação das situações de acolhimento institucional de crianças e adolescentes. Essas audiências ocorrem preferencialmente no interior das instituições de acolhimento institucional, buscando unir os esforços de diferentes setores envolvidos nos casos.

universidades pelos usuários dos CAPSij, e produção de pesquisas. O trecho da participante C15 enumera algumas destas ações:

Considero todas as parcerias muito importantes, mas gostaria de destacar a parceria no processo de formação de residentes de pediatria, de profissionais do serviço social e a parceria com a Universidade, sendo este último, capacitação, monitoramento e intervenção conjunta de casos de crianças com risco no desenvolvimento psíquico, com profissionais da saúde e educação.

O relato da participante C20 apresenta ainda as considerações e experiências positivas com os setores da cultura e da geração de renda que têm funcionado como parceiros essenciais para o desenho de novos projetos de promoção da saúde e da vida para as pessoas acompanhadas nos CAPSij, como se observa a seguir:

A secretaria da Cultura e Trabalho e Renda compõem com o CAPSij parcerias bastante produtivas na direção do cuidado em rede, da ênfase no protagonismo do usuário e da inclusão social. A parceria com a Secretaria de Cultura que promove oficinas culturais no CAPSij (Circo, Graffiti e Dança Break). Através delas são percebidos e desenvolvidos potenciais e habilidades nos usuários. Por outro lado, os usuários são estimulados e aceitos ao se inserirem em oficinas existentes na comunidade, a partir da descoberta de tendências e habilidades. Parceria com a Secretaria de Trabalho e Geração de Renda: ainda incipiente, e mais voltado para os familiares. Há um projeto em início de implantação da Economia Solidária, com a oferta de cursos e feira de trocas.

Como se pode notar, são diferentes os setores citados pelas coordenadoras dos CAPSij, embora sejam todos aqueles que de alguma forma estão diretamente implicados na atenção às crianças e adolescentes, já tradicionalmente (BRASIL, 2005; DUARTE; et al.; 2010; KANTORSKI; et al., 2014).

A possibilidade de contato com mais setores, assim como apontam Couto e Delgado (2016) oportuniza que a visão naturalista e fragmentada em relação ao cuidado para crianças e adolescentes possa ser superada, ofertando outras propostas cuidadoras que ultrapassam uma ideia de tratamento e intervenção estritamente biologicizada. Outras demandas e também outros recursos são disparados, na perspectiva de ações de cuidado que possam estar relacionadas a integralidade da vida.

Destaca-se a necessidade relevante ainda de aproximação com sistema de Direitos, que possa, em tempos de ameaça a direitos sociais ainda tão pouco encaminhados, assegurar a proteção integral das crianças e adolescentes.

Sobre a participação/coordenação em fóruns intersetoriais de saúde mental, 71% (n=25) dos participantes afirmaram participar de alguma modalidade de arranjo, enquanto que 29% (n=10) alegaram não participar em nenhum momento. Quanto à frequência destes encontros 34% (n=12) dos serviços indicaram que as reuniões ocorrem mensalmente, 6% (n=2) quinzenalmente, 3% (n=1) bimestralmente, 3% (n=1) trimestralmente, 3% (n=1) semestralmente, 9% (n=3) anualmente, 6% (n=2) eventualmente e outros 9% (n=3) não responderam. Entre as modalidades de encontros, foram citados os Fóruns Intersetoriais de Saúde Mental, Fóruns da Rede de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes (REDECA/PROTECA), Fóruns de Saúde Mental de Macrorregiões e Fórum Intersetorial de Defesa da Vida (que também debate temas sobre saúde mental). Quanto às formas de participação, 31% (n=11) afirmaram que são responsáveis, junto com outros serviços pela coordenação e organização dos encontros, revelando assim suas participações ativas na proposição dos momentos de coletivização/planejamento do cuidado. Outro serviço apontou ainda, que estas ações estão em fase de planejamento e alinhamento e que, portanto a periodicidade não foi ainda definida.

Excluindo os serviços que não participam de fóruns, apenas um serviço (3%) não respondeu a esta questão.

A participação e execução de Fóruns de Saúde Mental de crianças e adolescentes é prerrogativa das Recomendações do Fórum Nacional, que indica a realização de Fóruns locais, intersetoriais e deliberativos que possam avaliar e formular proposições para o melhor cuidado em saúde mental para esta população, em que devem ser incluídas e estimuladas a participação das famílias, comunidade, crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

O número expressivo de CAPSij envolvidos com estas ações indicam a oportunidade de formulação de alianças intersetoriais para a atenção e proteção integral de crianças e adolescentes.

Considerando as ações citadas e os parceiros elencados, os participantes apontaram, então, quais os benefícios que tem observado em relação às ações conjuntas com os outros setores. Logo, o quadro com as análises.

Quadro 8: A importância da intersetorialidade na percepção dos coordenadores dos CAPSij

Categoria	Exemplos	Citações
Complexificação/contextualização do olhar e do cuidado sob o ponto de vista da equipe	<ul style="list-style-type: none"> - possibilita melhor entendimento do caso (contextos socioeconômicos e culturais) - promove questionamentos conjuntos - amplia entendimento sobre processo saúde-doença - construção ampliada e coerente do cuidado - potencializa o cuidado/tratamento do usuário e de seu entorno 	11
Melhora aspectos dos sujeitos em acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> - promove socialização - promove recreação - promove interação familiar - possibilita circulação no território - benefícios para as famílias - promove bem-estar - promove inserção social - possibilita atendimento de todo núcleo familiar 	11
Promove a integralidade do cuidado e da clínica ampliada	<ul style="list-style-type: none"> - garante a integralidade do cuidado em saúde na infância - garante a linha de cuidado - cuidado que ultrapassa o transtorno mental - fundamental para acompanhamento longitudinal 	9
É condição do trabalho na saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> - trabalho em saúde mental depende da articulação intersetorial - saúde só se faz em rede - garante o acompanhamento das linhas de cuidado - constitui a prática cotidiana do serviço - parte fundamental da atenção psicossocial - ativa a RAPS - permite que o CAPSij tenha “porta de saída” - rompe com cultura manicomial - fundamental para o trabalho 	9
Responde às necessidades/ é mais efetivo	<ul style="list-style-type: none"> - mais potente quando trata de casos concretos - permite enfrentamento de problemas complexos - acolhe melhor as demandas das pessoas - garante efetividade da intervenção - torna mais efetivas as ações - promove melhor cuidado - importante para casos extremos - responde as necessidades da população 	8
Condição do trabalho com a infância	<ul style="list-style-type: none"> - essencial para trabalho com infância e 	6

e adolescência	<p>adolescência</p> <ul style="list-style-type: none"> - fundamental para cuidado com a infância - parte do cuidado com infância e adolescência (clínica da infância e adolescência) - clínica da infância é intersetorial (condição da clínica da infância) - é de grande importância para serviços e assistência à criança e ao adolescente - Fortalecimento da rede de cuidados para crianças e adolescentes 	
Promove a garantia de direitos	- garante direitos sociais	3
Favorece a inclusão	<ul style="list-style-type: none"> - trabalha preconceitos, medos, mitos - favorece a inclusão 	2
Sustenta o PTS e o PIA	<ul style="list-style-type: none"> - efetiva projeto (PIA e PTS) - Fortalece o PTS 	2
Promove a prevenção e a promoção	<ul style="list-style-type: none"> - permite ações coletivas de promoção e prevenção - promoção do cuidado 	2
Responde à incompletude institucional	- responde à incompletude institucional	1
Não respondeu	-	1

A intersectorialidade, assim como pontuam, efetiva parte importante dos princípios do SUS, entre estes a integralidade do cuidado, promovida entre outras situações pela clínica ampliada. De acordo com a opinião dos participantes, é relevante constatar que sem o exercício da intersectorialidade, as ações mesmo do campo da saúde ficam sob ameaça, o cuidado é cindido e pouco resolutivo. Tais contribuições também são evidenciadas pelos discursos que apontam a intersectorialidade como parte imprescindível tanto do trabalho na atenção à saúde mental como na clínica e atenção às crianças e adolescentes.

O que se denota é que os gestores parecem muito apropriados das noções, conceitos e proposições que são tecidas em relação aos benefícios da intersectorialidade, no qual estão relacionados apontamentos que inclusive são pauta e tom de diferentes comunicações científicas e normativas sobre a temática (ANDRADE; 2005; BRASIL, 2005; 2014; COUTO; DELGADO, 2016; MENDES; AKERMAN, 2007).

Desta forma, o que se anuncia é que realmente o desafio colocado se estabelece, para a saúde mental, não na compreensão acerca da necessidade da articulação intersectorial como condição para um trabalho em defesa da vida, da integralidade do cuidado e do respeito à diversidade humana, outrossim esta colocado na possibilidade/capacidade de fazerem este agenciamento na prática. Tal situação já tem sido descrita por diferentes autores como a

questão central para o desenvolvimento da intersectorialidade: a necessidade de que os ditos consensos teóricos possam de fato tornarem-se consensos práticos na execução das ações intersectoriais (MENDES, 2000; ANDRADE, 2005; MONNERAT; SOUZA, 2009).

❖ *A participação da família e da comunidade nas ações intersectoriais*

Com relação à participação das famílias nas ações intersectoriais, 69% (n=24) dos participantes afirmaram que nos serviços que coordenam as famílias são incluídas, 23% (n=8) alegaram que as famílias não estão incluídas, 6% (n=2) não responderam e 3% (n=1) afirmou que estas participam eventualmente. Sobre as formas de participação, o quadro abaixo as apresenta.

Quadro 9: Modalidades de participação das famílias nas ações intersectoriais

Categoria	Exemplo	Citações
Grupos/atividades/atendimentos em outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> - outras crianças das famílias são inseridas em atividades culturais e esportivas - atividades no campo da cultura, lazer e esporte - atendimento no CREAS para familiares de crianças em acolhimento institucional - articulação com a rede para abordagem terapêutica de suporte - Acompanhamento conjunto com CRAS e CREAS - consultas médicas na UBS - inclusão escolar - participação em projetos de esporte - outras propostas da comunidade - referenciamento para ESF - grupo de família nas escolas e na UBS - Familiares frequentam curso da Escola Técnica de Saúde - programas - palestras - rua da saúde 	26
Grupos que ocorrem com a proposição dos CAPSij	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de geração de renda - Ações coletivas em Grupo sobre cidadania - participação na construção dos eventos comemorativos - grupos com os familiares - Grupo Gestão Autônoma da Medicação (GAM) -atendimento às famílias de pacientes em crise/transtornos mentais 	8

Espaços coletivos de gestão	- assembleias - associação de usuários de saúde mental - Participação no Conselho Gestor	4
Planejamento do PTS	- Família e outros setores são incluídos na discussão do PTS - participação de formal pontual quando são chamadas para a deliberação do projeto de cuidado - entendimento de que o PTS não se restringe ao serviço: são projetos de vida	4
Reuniões de Rede	- reuniões de rede para pactuações do PTS - convidada a participar das reuniões de rede - convocadas a participar em reuniões conjuntas com o Conselho Tutelar	4
Passeios e atividades pela comunidade	- atividades promovidas no território	3
Fóruns intersetoriais	- fóruns intersetoriais	1

Substancialmente as famílias estão inseridas nas ações intersetoriais como receptoras do cuidado, em que se verifica por meio das citações expressivas em relação à inserção das destas em grupos, oficinas e atividades, situações descritas nas duas primeiras categorias apresentadas “*Grupos/atividades/atendimentos em outras instituições*” e “*Grupos que ocorrem com a proposição dos CAPSij*”.

Espaços de gestão do cuidado, participação ativa nas decisões estratégicas dos serviços e conformação da rede foram pouco citados e seguem como importante desafio das práticas na atenção psicossocial para que possam de fato estar atreladas à emancipação e produção de mais autonomia para todos os sujeitos e grupos envolvidos.

Um dos participantes destacou também que a formulação dos Fóruns de Saúde Mental conta com a participação das crianças e das famílias, situação que inclusive é destacada e estimulada nas próprias normativas que tratam sobre os Fóruns Interseoriais de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014).

Muitos dos participantes indicaram ainda que as famílias participam das ações interseoriais ao serem encaminhadas para outros serviços como Unidades Básicas de Saúde e CRAS, CREAS, indicando possivelmente que ainda não se estabeleceram contratos de cuidado mais horizontalizados entre equipes e familiares.

Nesse tema, outros coordenadores apontaram sobre a dificuldade de articulação mais participativa das famílias, seja por dificuldades da própria equipe, como também dadas as condições das famílias atualmente.

Sobre este tema, os trechos das contribuições das participantes complementam as informações e resultados:

C29: Compreendemos que os projetos terapêuticos singulares não são projetos que se restringem às atividades desenvolvidas no CAPSij e sim são projetos de vida. Portanto buscamos, a cada caso, compreender as necessidades de crianças, adolescentes e suas famílias e a partir de um movimento de envolvimento e corresponsabilização de todos os envolvidos para alcançar os objetivos traçados, que envolvem diferentes setores como saúde, educação, assistência social, cultural, entre outros. Temos ações mais coletivas, como o Grupo Cidadania. Esse grupo busca favorecer a (re)inserção social dos usuários, bem como identificar/fortalecer sua rede de suporte social, além de promover a integração do indivíduo na comunidade, exercendo direitos civis e autonomia. Por meio da exploração dos espaços públicos, busca estimular os participantes a ocupar os espaços sociais, exercendo a cidadania.

C31: Realizamos a tentativas quase diárias para fortalecer o protagonismo dos usuários e familiares, e inseri-los nas ações Intersetoriais. Na maior parte das vezes essa tentativa é falha, já que é difícil fazer com que eles se apropriem do território como espaço de circulação e construção. No mês de abril/16 realizamos o encontro municipal de CAPSij e acredito que esse foi um marco para trabalharmos o protagonismo dos usuários, já que os mesmos participaram ativamente do evento. Estamos organizando agora um fórum intersetorial do município onde os adolescentes e familiares serão convidados e mobilizados para participar

C35: Grande parte das ações é realizada sem a participação da família. Porém ao construirmos PTS compartilhados com outros serviços incluímos a família e o adolescente nessa construção. É bem comum realizarmos reuniões de rede para um caso específico e contarmos com a presença na família e do adolescente nas pactuações.

Tal como se observa, a participação das famílias na construção da intersectorialidade e de uma participação mais ativa na condução do cuidado é bastante incipiente e repleta de atravessamentos, entre estes: dificuldades estruturais que otimizem a participação, bem como confusões conceituais sobre o que seja a inclusão de fato das famílias enquanto protagonistas de cuidados de si. Nesse sentido, Trad e Esperidião (2009) apontam que ainda é incipiente uma gestão participativa de modo geral no SUS, e a participação das famílias se situa atualmente mais no sentido da gratidão pelo serviço ofertado do que na composição de seus manejos organizacionais.

Já em estudo com familiares de usuários de 19 CAPS (adulto, ad e infantojuvenil) do estado do Rio de Janeiro (REIS, *et al.*, 2016), verificou-se que, de modo geral, estes não apresentam preocupações com a qualidade dos serviços, entretanto referem que a participação mais horizontal nos CAPS ainda é incipiente. Valorização do familiar em seu papel de cuidador e ações de educação em saúde e grupos comunitários para estes são ações relevantes segundo os autores para a devida consideração e apoio aos familiares.

Sobre a participação da comunidade em geral em ações intersetoriais, 51% (n=18) afirmaram que a comunidade é inserida em atividades, projetos e ações de planejamento, enquanto que 49% (n=17) apontaram não realizar. Sobre as formas de participação, o quadro seguinte indica as modalidades de participação comunitária.

Quadro 10: Modalidades de participação da comunidade nas ações intersetoriais

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Oferta de grupos com proposição dos CAPSij ou em parceria	<ul style="list-style-type: none"> - oficinas abertas - CAPS na rua - Grupo de intervenção precoce nos SAICAS - Grupos na casa de cultura - projeto de ações preventivas ao uso de álcool e outras drogas na escola - campanhas promovidas pelo Conselho Gestor 	10
Eventos comemorativos	<ul style="list-style-type: none"> - Bloco de carnaval - Eventos e festas comemorativas - Eventos da luta antimanicomial 	10
Parcerias com outras instituições	<ul style="list-style-type: none"> - projetos em parques - PSE - Parceria com o SESC e SESI - participação em projetos e campeonatos de esporte 	8
Espaços de gestão	<ul style="list-style-type: none"> - assembleia - conselho gestor - encontros com outros equipamentos de saúde mental 	4
Atividades e passeios	<ul style="list-style-type: none"> - passeios com os usuários do CAPSij 	4

Para muitos dos participantes do estudo, a ação de circular com as crianças e adolescentes atendidos pelos CAPSij pelo território já constitui uma ação intersetorial de inclusão da comunidade. Merece destaque nesse sentido, as referências feitas em relação às atividades propostas pelos serviços de saúde mental que congregam as comunidades locais,

como por exemplos os Blocos de Carnaval de Rua e as festas comunitárias, que reforçam laços sociais, criam histórias locais e ressaltam as características culturais de cada localidade.

Na perspectiva do desenvolvimento local, as ações coletivas de articulação entre os diferentes setores sociais devem promover a intersetorialidade como forma de articular demandas da população em situação de maior vulnerabilidade ao mesmo tempo em que promove o fortalecimento do poder popular, ao que parece ainda não se destacar nos resultados ora apresentados, mas já com nuances de que podem se tornar expressivas. Na perspectiva apontada por Góes e Machado (2013) a intersetorialidade deve poder ofertar o estímulo para que as comunidades possam buscar novos saberes e alternativas para as problemáticas que compreendem como mais relevantes, em composição com a implicação direta e engajada dos setores públicos e sociais.

Akerman e colaboradores (2014) apontam que a intersetorialidade enquanto ferramenta técnica melhora a eficiência, a efetividade e a eficácia da gestão pública, entretanto, questionam em que medida essa perspectiva mais tecnicista da intersetorialidade tem dado conta de responder a necessidade de que as pessoas sejam incluídas, de que se incluam “quem está de fora”, promovendo a equidade? Tal como se denota nos resultados que trataram sobre a participação dos familiares e comunidade em geral na articulação, de fato está ainda tem sido usada pela maioria dos serviços e setores como ferramenta técnica. Deve ser pauta cada vez mais constante a necessidade de articulação de propostas territoriais e de direitos, em que se incluam a saúde mental e a atenção às crianças e adolescentes de modo que comunidades e famílias sejam mesmo as protagonistas do processo; de seus processos. Considerar o desenvolvimento local de territórios enquanto formas de combate à miséria, à exclusão, e a fragilidade, pede que a comunidade seja agente principal desta tomada de ação. Nesta direção, é urgente que maiores investimentos e apoios para a articulação e consolidação de estratégias associativas em relação aos familiares e usuários do serviço de saúde sejam prontamente realizados.

1.2.5 Sobre Intersetorialidade: o que pensam os coordenadores dos CAPSij

Ao final do questionário foi solicitado aos participantes que pudessem apresentar outras observações sobre o tema da Intersetorialidade bem como sobre a participação nesta pesquisa.

Sobre o tema da Intersetorialidade, 58% (n=20) dos participantes teceram suas considerações sobre o assunto, as narrativas também foram categorizadas e são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 11: Outros apontamentos sobre o tema da intersectorialidade

Categorias	Exemplos	Citações
Problemas e dificuldades para a implantação de ações intersectoriais	<ul style="list-style-type: none"> - exige alto nível de investimento e negociação - desafio permanente e diário na sensibilização dos atores <ul style="list-style-type: none"> - necessário, mas ainda distante - está na política de todos os setores, mas é difícil de ser realizada - outros atores apresentam resistência e rigidez para a ampliação do olhar - RAPS não articulada no município, ainda em construção - processos centrados em amizades e no fato de estarem lidando com pessoas conhecidas <ul style="list-style-type: none"> - dificuldade em sustentar na prática essa proposição (diferenças discursivas, mas também estruturais – territórios extensos) - diferentes instituições realizam ações que se superpõe ou mesmo contrapõe <ul style="list-style-type: none"> - depende de rh suficiente e com perfil - Construção da rede deve ser pautada na Intersetorialidade e corresponsabilidade <ul style="list-style-type: none"> - negociação, investimento e luta são componentes constantes da intervenção técnica - importância de que a rede (principalmente as professoras) fossem menos resistentes 	22
Efetiva ética e política de cuidado em saúde mental no SUS	<ul style="list-style-type: none"> - grande desafio da Atenção Psicossocial <ul style="list-style-type: none"> - fortalecem o PTS em comum - parte relevante do processo de luta antimanicomial <ul style="list-style-type: none"> - rede propicia cuidado holístico - constrói novas possibilidades de vida e de <ul style="list-style-type: none"> - objetivo principal é o bem-estar do individuo - intersectorialidade melhora desempenho das atividades na comunidade - concretiza a dinâmica da interdisciplinaridade do cuidado no CAPSij 	11
Condição para o trabalho com a infância e adolescência	<ul style="list-style-type: none"> - condição da clínica da infância e adolescência <ul style="list-style-type: none"> - efetiva a política pública para a infância e adolescência - crianças e adolescentes podem percorrer o território - trabalho em rede é estratégia para consolidação da política pública municipal <ul style="list-style-type: none"> - tarefa do CAPSij 	7

As contribuições apontam, sobretudo que a intersetorialidade não é ainda uma realidade totalmente estabelecida nos serviços e territórios, mas que deve ser o horizonte das ações cotidianas, uma vez que se apresenta enquanto condição para o trabalho em saúde mental e com crianças e adolescentes.

Entre as dificuldades para estas práticas, sinalizam sobre os recursos institucionais, mas também e principalmente divergências discursivas importantes que se traduzem em um conjunto de ações que trabalham hegemonicamente em desfavor da construção da cidadania e da participação social. Nesse sentido, a intersetorialidade, segundo o que apresentam é, portanto, um elemento central para a articulação e consolidação da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Os relatos a seguir ilustram as contribuições:

C30: A construção da rede intersetorial é um desafio permanente e diário na sensibilização dos atores da rede quanto à importância da soma de esforços para a integralidade do cuidado aos usuários que estão em sofrimento psíquico. O CAPS Infantil é apenas uma das possibilidades de assistência a este usuário, tendo em vista que suas necessidades são biopsicossociais. Porém, os atores da rede muitas vezes apresentam resistências e certa rigidez na ampliação do olhar sobre as necessidades dos usuários que tem algum transtorno psicopatológico na infância. A mudança de paradigma consiste em deixar de tratar o transtorno mental apenas com a saúde e estabelecer as parcerias com a rede, compartilhando ações na diversidade do território.

C34: O trabalho dos últimos anos dos Centros de Atenção Psicossocial infantil(CAPSi) pode evidenciar a parcela considerável da população que apresenta transtornos emocionais graves. Chegam também aos CAPSi crianças e adolescentes que não podem ser caracterizados como portadores de transtorno mental grave, contudo, apresentam sofrimento psíquico, e isto deve ser considerado. Podemos pensar que o trabalho em saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente nas UBSs e nas unidades escolares, onde estão todas as crianças e adolescentes, deva oferecer atenção priorizando a existência de um grau importante de sofrimento e não somente na presença do transtorno mental diagnosticado, o que inclui os trabalhos destinados à prevenção e promoção à saúde . É possível que essa necessidade de crianças e adolescentes só se tornou evidente justamente pelo fato dos CAPSi(s) acolherem todas as crianças, em um contexto diferenciado, quando até então , as políticas públicas não respondiam a essas necessidades, e o atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes estava a cargo das instituições filantrópicas e particulares, o que impossibilitava evidenciar a magnitude desse problema. (...). Considera-se, portanto, que os serviços públicos destinados a oferecer atenção em saúde mental para infância e adolescência, na atenção primária ou em serviços especializados, devam se apropriar inicialmente da compreensão das necessidades de saúde dessa população que procura o serviço, bem como dos processos de trabalho para a organização da atenção e do cuidado.

Tal como foi assinalado em outros momentos desta pesquisa, o que evidenciam os gestores por meio das narrativas e contribuições é que o campo da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, e ainda mais, o campo da proteção integral para crianças e adolescentes ainda não está alinhado. Entende-se que o alinhamento esperado, as articulações mais oportunas e o desenvolvimento de parcerias mais interessantes são resultados e processos da articulação intersetorial e do desenvolvimento de redes mais atuantes, e não condições anteriores para que o trabalho ocorra, sob o risco de se perder sua potência. Assim como apontam Couto e Delgado (2010; 2015, 2016) é parte do trabalho especialmente dos CAPSij e de seu mandato social e político a oferta desse tipo de alinhamento a ser tecido, paulatinamente com outros setores e agentes sociais, em que se inclui fundamentalmente a apresentação das problemáticas que concernem ao campo a partir de outros referenciais discursivos, teóricos e práticos.

Esperar que a rede se constitua, para que a rede possa funcionar parece uma problemática que pode afastar/diminuir as capacidades analíticas e de engajamento de trabalhadores para esta empreitada. Salienta-se que não se trata de não reconhecer as dificuldades, embates e obstáculos colocados na constituição das redes, outrossim de assinalar que estas são mesmo constitutivas ao processos de gestão mais compartilhada e horizontalizada de cuidado aos quais as crianças, adolescentes, famílias e suas comunidades têm o direito de acessarem.

No que concerne aos procedimentos envolvidos para a avaliação da intersetorialidade enquanto estratégia por meio da avaliação por triangulação de métodos, entende-se que esta etapa quantitativa/exploratória evidenciou aspectos mais gerais sobre este exercício, bem como destacou as percepções dos gestores acerca desta. Impasses, mas, sobretudo as potências desta estratégia foram reveladas por meio das contribuições, no desenho concreto da condução da atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Destaca-se ainda que esta etapa da pesquisa esteve atrelada ao compromisso de evidenciar aspectos concernentes a parte das recomendações das reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que tratam sobre a necessidade de aprofundamento científico que revelem os determinantes sociais, bem como que apoiem a qualificação das ações intersetoriais e da lógica da rede ampliada (BRASIL, 2014). Elencando também parte das fragilidades destacadas por Delgado (2015) como temáticas centrais para as pesquisas sobre a

atenção psicossocial hoje, a saber os laços com a Atenção Básica e as estratégias intersetoriais.

Salienta-se, portanto, o desafio e a necessidade de aprimoramento das estratégias de apoio matricial que possam horizontalmente e de modo colaborativo fortalecer trabalhadores dos serviços territoriais para encontro com infâncias e juventudes por meio de novas e mais inclusivas estratégias. Da mesma maneira, a necessidade também urgente de criação de campos mais dialogados e sensíveis com a Educação, que possam dar conta de responder aos desafios colocados, essencialmente ao que concernem às situações de crianças e adolescentes que não estão inseridos no espaço escolar.

Por fim, reitera-se a necessidade de um compromisso com as comunidades, incluídas famílias, crianças e adolescentes que possa mesmo promover a equidade. Espera-se então que os serviços adotem as práticas territoriais e comunitárias como norte principal, singularizando estratégias efetivas para a participação engajada e empenhada de todos, e principalmente daqueles a quem o cuidado é demandado. De outras formas e sem estas prerrogativas, qualquer ação intersetorial não é emancipatória e tampouco integral.

**ESTUDO II – *A construção da intersetorialidade
entre saúde mental infantojuvenil e educação: a pesquisa-ação na
composição de movimentos compartilhados***

Gostaria que um livro, pelo menos da parte de quem o escreveu, nada fosse além das frases de que é feito; que ele não se desdobrasse nesse primeiro simulacro de si mesmo (...) Gostaria que esse objeto-evento, quase imperceptível entre tantos outros, se recopiasse, se fragmentasse, se repetisse, se simulasse, se desdobrasse, desaparecesse, enfim sem que aquele a quem aconteceu escrevê-lo pudesse alguma vez reivindicar o direito de ser o seu senhor, de impor o que queria dizer, ou dizer o que o livro deveria dizer. Em suma, gostaria que um livro não se atribuísse a si mesmo essa condição de texto ao qual a pedagogia ou a crítica saberão reduzi-lo, mas que tivesse a desenvoltura de apresentar-se como discurso: simultaneamente batalha e arma, conjuntura e vestígios, encontro regular e cena repetível.

(FOUCAULT, 2012)

II. 1 MÉTODO

Em prosseguimento e complementação com as prerrogativas das pesquisas de Avaliação por Triangulação de Métodos para avaliação de programas sociais (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), este estudo que se apresenta, buscou aproximar das experiências de articulação intersetorial por meio do acompanhamento de um processo de formulação, execução e avaliação de proposta de trabalho conjunto entre os setores da saúde mental e da educação, caracterizando assim a etapa qualitativa desta pesquisa. Entende-se sua pertinência principalmente quando considerado o pano de fundo ofertado pela produção do Estudo I.

Trata-se então de investigação que buscou avançar na compreensão sobre os desafios e potencialidades relativas ao trabalho intersetorial na atenção em saúde mental infantojuvenil tendo como foco equipes de saúde e profissionais da educação vinculados a um município do estado de São Paulo, bem como efetivar/mediar uma experiência de promoção das práticas interssetoriais entre estes dois setores.

Para tanto, fez uso do método da pesquisa-ação tal como proposta por Michel Thiollent (2011) como forma de desenho para o contato, interlocução e parceria com a rede intersetorial de saúde mental para crianças e adolescentes do município de Rio Claro/SP, para a compreensão das relações entre os serviços de saúde mental de atenção às crianças e adolescentes (CAPSij e Ambulatório) e o setor da Educação (Secretaria Municipal de Educação e escolas municipais).

Direcionada para o estudo acerca das instituições e das coletividades, a pesquisa-ação é método de pesquisa social que busca agregar ativamente a participação de pesquisadores e atores sociais na construção do conhecimento e da resposta a problemáticas sociais relevantes para aquela comunidade. Esta modalidade metodológica se insere, portanto, no interstício entre as práticas de pesquisa de cunho psicológico mais individual e as de cunho macrossocial, buscando uma relação participativa, colaborativa e atuante entre os pesquisadores e o grupo de atores sociais envolvido (THIOLLENT, 2011).

Inicialmente utilizada em situações de caráter militante, para o engajamento em questões sócio-políticas, na atualidade a pesquisa-ação tem contribuído também para o desenvolvimento de ações e recursos técnico-organizativos de instituições e entidades. Todavia, o destaque e a condição para que se caracterize enquanto pesquisa deste cunho é de que a ação engendrada esteja relacionada ao âmbito do não trivial representando uma conduta

em relação à determinada problemática reconhecida e legitimada pela coletividade enquanto problematizadora, reflexiva e/ou transformadora (THIOLLENT, 2011).

Em relação à sua utilização nas pesquisas do tipo Avaliação por Triangulação de Métodos, a pesquisa-ação está contemplada (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Entende-se que a oportunidade de consecução mais adequada para a conjunção destes dois desenhos ocorra prioritariamente em investigações que buscam intervir em contextos institucionais, tal como relatado neste estudo.

Entre os principais objetivos de pesquisa-ação destacam-se os objetivos de cunho prático – em relação à contribuição no campo da ação e os objetivos da ordem da contribuição ao conhecimento científico. Os objetivos práticos podem variar, mas incluem essencialmente a resolução de uma problemática coletivamente elencada, - ou quando esta transformação não se torna possível -, a garantia de certa reflexividade do grupo envolvido em relação a esta problemática, que nas palavras de Thiollent (2011, p.24) se caracteriza por uma “tomada de consciência”. Esta “tomada de consciência” para a pesquisa que se apresenta, representou mais do que uma revelação sobre determinado tema, outrossim constitui-se na possibilidade concreta do engajamento de atores locais em sustentarem a realização de momentos dialógicos e participativos para a complexificação e ampliação das bases conceituais e experienciais sob as quais o tema em questão tratava.

Quanto aos objetivos de conhecimento científico, espera que possa contribuir com o aumento da compreensão de determinada realidade, que não seriam assinaladas por meio do uso de outras metodologias de pesquisa que evidenciam geralmente aspectos opinativos ou de representação mais individual (THIOLLENT, 2011).

O compromisso com o arcabouço teórico e com seus quadros de referência assumem então, para o pesquisador, a sua maior forma de contribuição com o campo de estudo e com os agentes sociais/colaboradores (THIOLLENT, 2011). Desta forma, tomou-se por arcabouço e contribuição para o campo, o enfoque na Reabilitação Psicossocial, na Atenção Psicossocial e nas publicações Ministeriais que já configuram como importantes aportes teóricos para o delineamento de estratégias de cuidado e gestão na saúde mental infantojuvenil, bem como outros estudos e materiais de áreas correlatas.

Com relação aos princípios norteadores da pesquisa-ação, Toledo, Giatti e Jacobi (2014) citam a participação, a reflexão, a ação e a produção de saberes enquanto vértices de construção e andamento dos projetos. Estes elementos devem constituir todas as etapas da

pesquisa, e são estas, que garantem o compromisso do pesquisador com os atores envolvidos bem como com a ciência e produção de conhecimento a ser veiculada durante e posteriormente ao processo de coleta de dados e de intervenção.

Assim, os elementos relevantes de sua organização da ação de pesquisa, incluem o dinamismo metodológico, a utilização de diferentes instrumentos de pesquisa e a participação ativa dos sujeitos envolvidos no sentido da garantia do desenvolvimento e qualidade dos resultados obtidos que se constituem na elaboração coletiva de uma proposta de intervenção e no detalhamento de seus procedimentos (TOLEDO; GIATTI; JACOBI, 2014).

Entende-se, que o estudo da composição de redes intersetoriais para atenção em saúde mental infanto-juvenil destaca-se como objeto oportuno a ser estudado sob estas perspectivas metodológicas, pois que se configura enquanto novo arranjo organizativo das ações locais em saúde (BRASIL, 2011) e apresenta questões que acenam para a complexidade do cenário em pauta e a implicação ética e engajada dos pesquisadores de seu campo, carecendo de avaliação, acompanhamento e diálogo para sua efetuação.

No caminho da construção coletiva em relação aos temas pertinentes às práticas cotidianas de atenção em saúde mental sob o viés da atenção psicossocial, importa poder afirmar, juntamente com os sujeitos e atores desta pesquisa, que as práticas realizadas não buscaram identificar ou produzir um estado fixado de subjetividade ou de consciência, como se estas não existissem anteriormente; mas sim afirmar as direções e os movimentos que podem constituir as práticas de cuidado e de gestão que mais se acoplem às premissas de cuidado territorializado, singular e emancipatório para todos os envolvidos. Vale acentuar ainda, que os agentes de mudança e os índices de reflexão estão espalhados pela dinâmica dos encontros que se produziram e durante o desenvolvimento do estudo, e muito para além disso, sendo reforçados em outros momentos da dinâmica institucional, inclusive aqueles em que a pesquisadora não esteve presente. O papel da pesquisadora seguiu então a fazer agenciar os encontros, levantar questões já assinaladas, na direção da defesa da autonomia do pensamento enquanto exercício cotidiano a ser articulado coletivamente (ROCHA; AGUIAR, 2003).

II. 1.1 Parceiras e Colaboradores

Dada a escolha pela estratégia de pesquisa já assinalada, a presente pesquisa contou com diferentes modalidades de colaboração. Inicialmente foi constituído grupo de trabalho permanente que contou com trabalhadoras da saúde mental infantojuvenil de dois serviços do município, sendo o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) e o ambulatório de saúde mental para crianças e adolescentes – Centro de Referência da Infância e Adolescência - (CRIARI), que representavam tanto a assistência como a gestão destes equipamentos num total de cerca de 16 colaboradoras. Somou-se a este grupo também, e com frequência menos rotineira a coordenadora da saúde mental do município e a representante da Coordenadoria de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Rio Claro.

A relação entre este grupo e a pesquisadora foi determinante para o andamento do estudo, no que tange tanto ao delineamento dos procedimentos, bem como quanto à participação nos processos decisórios sobre o andamento do apoio, em que se constitui um “vínculo intelectual” (THIOLENT, 2011, p. 38), traduzida por uma comunidade que partilhou considerações sobre o tema e a problemática em questão, a saber, a construção de um projeto coletivo de trabalho intersetorial entre saúde mental infantojuvenil e educação, e por isso denominada esta modalidade de participação enquanto *parceiras*.

Outras participações incluíram diretoras, vice-diretoras, coordenadoras e professoras das salas de recursos de 16 escolas de ensino regular (Educação Infantil e Ensino Fundamental I) e três representantes das Coordenadorias de Educação (Educação Especial, Educação Infantil e Ensino Fundamental).

Os critérios de inclusão consistiram na condição de que cada colaborador fosse trabalhador da escola em estudo e que estivesse conivente com a modalidade de participação necessária.

II.1.2 Local

Esta etapa da pesquisa foi realizada no município de Rio Claro. Considerando escolha por conveniência em relação ao recorte territorial, circunscrito às regiões componentes dos DRS III Araraquara; DRS X de Piracicaba e DRS XIII de Ribeirão Preto, o município de Rio Claro foi aquele que, após avaliação de instalação de componentes da Rede de Atenção Psicossocial (considerada entre os meses de fevereiro a abril de 2015), principalmente no que

tange a existência de CAPSij¹⁴ e de outros CAPS, foi o que mais prontamente respondeu aos contatos realizados pela pesquisadora, especialmente relacionada à facilidade de localização, comunicação e disponibilidade da gestão municipal de saúde mental.

Localizado no centro-leste do Estado de São Paulo, abrange os distritos de Ajapi, Assistência, Batovi, Ferraz e Itapé, com população 199.961 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da ordem de 0,806 (IBGE, 2016).

Ainda que se observe a diminuição da faixa populacional com idade entre 0 e 19 anos, com tendência ao envelhecimento populacional, as crianças, adolescentes e jovens somam cerca de 19% da população municipal, tal como apresenta o Plano Municipal de Saúde (RIO CLARO, 2014).

Quanto à organização do setor da saúde, integra o Colegiado de Gestão Regional (CGR) Região de Rio Claro, colegiado este que ainda é composto pelos municípios de Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, estando agregados à Rede Regional de Assistência à Saúde (RAAS) 14 e ao Departamento Regional de Saúde de Piracicaba – DRS X, da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

Em relação ao modelo de atenção à saúde, Rio Claro possui 69 unidades de saúde, sendo 66 de administração municipal e 3 de administração estadual (Ambulatório Médico de Especialidades, Ambulatório Adolfo Lutz e Casa de Saúde Bezerra de Menezes). Entre as unidades de administração municipal as unidades dividem-se entre gestão municipal (65,15%), gestão privada (34,85%) e gestão estadual (3,03%) (RIO CLARO, 2014).

A atenção básica tem funcionado de forma mista, em que se verificam Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF), são 6 UBS's e 11 USF com 13 Equipes de Saúde da Família. A cobertura de Estratégia de Saúde da Família é de cerca de 28% enquanto que a cobertura populacional de Atenção Básica (UBS e USF) atinge 50% apenas da população do município.

Entre a atenção especializada (alta e média complexidade), em que se inserem os pontos da Atenção Estratégica para a Rede Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) o município conta com 1 CAPS III Adulto, 1 CAPS ad, 1 CAPSij, além Centro de Especialidades em Saúde Mental (adultos) e 1 Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIARI). Outros serviços da atenção especializada incluem Centro de

¹⁴ À época da seleção do local de pesquisa, as regiões mencionadas, descritas pelos 3 DRS's contavam com CAPSij instalados, e credenciados, em apenas 4 municípios.

Habilitação Infantil Princesa Vitória (CHI), Centro de Especialidades e Diagnóstico (CEAD), Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência do Trabalhador (CEREST) e Serviço Especializado de Prevenção e Assistência DST/AIDS/Hepatites Virais (SEPA).

Especificamente sobre os equipamentos de saúde mental para atenção de crianças e adolescentes, o CAPSij, inaugurado em 2012 contava ao início da pesquisa com um quadro de 14 trabalhadores, entre equipe “clínica”, profissionais da administração, coordenação, estagiários e equipe de manutenção. Importante destacar que neste serviço, cotidianamente, tal como apontavam, todos os funcionários estavam dedicados ao trabalho de aproximação com as crianças e adolescentes atendidos. O horário de funcionamento, inicialmente das 08h às 18h, foi diminuído (em relação às atividades de atendimentos, principalmente grupais) durante o desenvolvimento da pesquisa, em decorrência de problemas financeiros da gestão municipal. Em sua área de abrangência para referência localiza-se o município de Rio Claro, apenas. Já o CRIARI, contava à época com cerca de 10 funcionárias no total. Situa-se como referência para outros municípios da região de saúde e tem um funcionamento estabelecido via encaminhamentos realizados pelo CAPSij, sendo sua recepção dos usuários condicionada ao fluxo encaminhado por este outro equipamento¹⁵.

Além dos serviços Estratégicos propostos pelas atuais normativas de saúde enquanto componentes da Atenção Psicossocial nos territórios, o município de Rio Claro possui um serviço de internação, de trajetória manicomial, que atualmente disponibiliza internação para pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais, funcionando também como espaço de educação permanente para os trabalhadores da região, além de um serviço ambulatorial de atendimento, estes últimos denominados de Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CINAPSI). A Casa Bezerra de Menezes, de gestão estadual e natureza filantrópica além de outra instituição localizada no município de Araras, compõem o conjunto de Hospitais Psiquiátricos localizados na região do DRS X de Piracicaba (FUNDAP/SES-SP, 2008; 2015).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de 2014 (RIO CLARO, 2014) indica que há em hospitais gerais dois leitos para internação em saúde mental, entretanto durante a realização desta pesquisa, o CINAPSI seguiu concentrando as ações de internação em saúde mental. Para as crianças e adolescentes em situações de crise, a pactuação descrita pelas gestoras, mas não apresentada no PMS trata da hospitalidade noturna destas no CAPS III adulto da cidade, que

¹⁵ Outras características sobre estes dois equipamentos serão apresentadas ao longo da narrativa.

também está caracterizado como serviço de urgência e emergência em saúde mental, e dos quais os leitos utilizados compreendem. O que se observou com certa frequência é que este combinado estava também condicionado às realidades dos plantões e das equipes que os compunham.

Outras situações mais esporádicas de internação de crianças e adolescentes seguiram em curso no CINAPSI, entretanto com conflitos e embates relevantes em relação a esta situação estiveram presentes durante o tempo compartilhado, embora a situação não tenha sido alterada. Essa situação se confirma inclusive quando analisado o Plano Plurianual de Saúde (PPA) construído pela Secretaria Municipal de Saúde, em que não se observa nenhuma ação que contemple a qualificação/atenção para crianças e adolescentes no campo da saúde mental, seja no domínio da atenção psicossocial bem como no domínio da saúde infantil. Já o tema da intersetorialidade é destacado somente no domínio da Promoção da Saúde, no eixo da Vigilância em Saúde, e no domínio do plano de carreira dos profissionais em que trata da articulação intersetorial necessária à problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas (RIO CLARO, 2014).

É relevante assinalar sobre as implicações que a existência de um hospital psiquiátrico com tamanha influência na região produz em relação às possibilidades efetivas de sustentação de estratégias psicossociais. Ainda que se considere o relevante empenho de parte das equipes de gestão e de assistência na transformação da lógica de cuidado em saúde mental, a inexpressiva oferta de retaguarda em hospitais gerais para a população adulta e infantojuvenil, e as práticas de educação permanente, localizadas no interior da instituição asilar, reforçam a primazia de dinâmicas que parecem tensionar e mesmo enfraquecer as lutas e resultados da Reforma Psiquiátrica. Tal contexto, foi então, considerado como elemento para a análise das situações experimentadas ao longo do desenvolvimento deste Estudo.

Quanto à oferta educacional pública de gestão municipal, conta atualmente com 56 unidades educacionais, distribuídas entre creches, escolas municipais de Educação Infantil e/ou Ensino Fundamental I. A Secretaria Municipal de Educação responde ainda pela Educação de Jovens e Adultos (EJA) e pela Educação Especial, no que tange o acompanhamento de crianças, adolescentes e adultos que estão inseridos nas escolas municipais regulares. Já a oferta de escolas sob gestão estadual está direcionada para o ciclo II do Ensino Fundamental e para o Ensino Médio com 22 unidades ao todo (SÃO PAULO, 2016).

II. 1. 3 Instrumentos e Materiais

Caraterizada por um estudo de caso do tipo pesquisa-ação, esta etapa lançou mão de diferentes instrumentos para o registro acompanhamento e identificação (THIOLLENT, 2011) da realidade local sob estudo e intervenção. Uma das possíveis características da pesquisa-ação enquanto método é a possibilidade de que se congreguem num mesmo estudo, variadas estratégias de pesquisa, que possam sustentar qualitativamente a articulação entre ação e produção do conhecimento na obtenção das informações (THIOLLENT, 2011). Compõe esta pesquisa, formas de instrumentos e técnicas de abordagens grupais (seminários e reuniões de planejamento); instrumentos associados aos delineamentos antropológicos (observação e diário de campo) e instrumentos de cunho individual (entrevistas), além de técnicas de “processamento e exposição dos resultados” (THIOLLENT, 2011, p. 33). Desta forma, buscou-se abranger a maior especificidade de cada instrumento, garantindo que as diversas formas apoiassem a composição de um espectro mais amplo de interpretações e análises.

a) Diário de campo: elaborado e apresentado sempre em primeira pessoa, objetivou apresentar de modo mais aprofundado as percepções, entendimentos e experiências da pesquisadora em imersão no campo em foco, este tipo de material permitiu a elaboração de linhas de sentido entre a experiência empírica e o arcabouço teórico em tela e serviu também para registrar as reuniões com as coordenações nos diferentes momentos da pesquisa;

b) Questionários: instrumentos autoaplicáveis que foram utilizados em três ocasiões distintas: i) para levantamento da situação local junto às trabalhadoras da saúde mental infantojuvenil quando da chegada da pesquisadora com o objetivo de nortear as ações seguintes, ii) para avaliação do percurso de ação, junto às trabalhadoras da saúde mental infantojuvenil, iii) junto ao setor da educação para avaliação de percurso em relação ao trabalho coletivo. Destaca-se que para cada um destes momentos foram elaborados diferentes questionários.

c) Relatorias dos Seminários de Alinhamento: dispositivo de registro das ações de planejamento coletivo (Seminário de Alinhamento) elaboradas pela pesquisadora e posteriormente validadas pelas colaboradoras.

d) Entrevistas: foram utilizados roteiros de entrevista semiestruturado aplicado às instituições escolares do município. Neste instrumento constaram perguntas sobre o entendimento acerca do tema da saúde mental nas escolas: mecanismos de inserção das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, articulação com outras redes, ações de

encaminhamento e avaliação destas intervenções. Entrevistas do tipo semiestruturada também foram utilizadas enquanto instrumentos de coleta de dados para o encontro individual com as representantes das Coordenadorias de Educação Especial, Coordenadoria de Educação Infantil, Coordenadoria de Ensino Fundamental como também com as Coordenadoras do CAPSij e do Ambulatório CRIARI; nestas oportunidades os roteiros tinham como objetivo retratar as opiniões e experiências de cada uma das coordenadoras na articulação intersetorial e na avaliação das possibilidades de ações coletivas com suas respectivas equipes.

Para a realização da pesquisa foram utilizados ainda, enquanto materiais de apoio à pesquisa: computador, gravador de áudio, e planilha Excel ®.

II.1.4. Procedimentos

II.1.4.1 Localização dos participantes e coleta de dados:

Uma vez que esta etapa contou com diferentes procedimentos para localização dos colaboradores e para a coleta de dados, serão apresentados tópicos em separado com o intuito de facilitar o acompanhamento das ações realizadas.

a) Convite e Pactuação: Após um contato oficial via email com a coordenadora de saúde mental de Rio Claro, em que foram apresentados os objetivos gerais do estudo, foi agendada reunião para apresentação do projeto de pesquisa. A reunião de apresentação contou com a presença das coordenadoras dos serviços de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e com a coordenadora municipal de saúde mental. Foram apresentados os objetivos iniciais do projeto em princípio delineado enquanto um estudo de caso das ações intersetoriais estabelecidas entre pontos de atenção em saúde mental infantojuvenil e a educação e também a justificativa para seu andamento.

Em seguida as coordenadoras apresentaram um breve histórico da constituição das ações e do campo de cuidado da atenção psicossocial para crianças e adolescentes no município, bem como também fizeram um importante resgate sobre as frequentes estratégias de aproximação com a educação realizadas ao longo dos anos.

Em seguida apresentaram sobre o início do delineamento de um trabalho intersetorial de articulação entre educação e saúde mental com o objetivo de favorecer a troca de informações e otimizar o fluxo de encaminhamentos entre os setores bem como produzir um

alinhamento nas considerações sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. Foi então feito um convite por parte das coordenadoras para que a pesquisadora pudesse integrar a equipe de trabalho deste projeto, ofertando com isso campo de aprofundamento para a pesquisa e em contrapartida o apoio ao projeto no sentido do alinhamento às premissas do Sistema Único de Saúde e à Atenção Psicossocial, constituindo-se então um *Projeto-Piloto Intersetorial*¹⁶.

Paralelamente a este momento, e também como indicação do próprio grupo da saúde mental, a pesquisadora entrou em contato com Coordenadoria de Educação Especial para aproximação. Em reunião realizada com esta secretaria em agosto de 2015 apresentou o projeto de pesquisa e a possibilidade de trabalho conjunto no *Projeto Piloto Intersetorial*. O contato com a coordenadoria de Educação Especial se deu por conta da participação efetiva desta coordenadora na construção do *Projeto Piloto Intersetorial* conjuntamente com a equipe de coordenação da saúde mental de crianças e adolescentes. Neste município, a Coordenadoria de Educação Especial tem se ocupado de participar das discussões acerca da saúde mental de crianças e adolescentes na escola e do fluxo e compartilhamento de ações com o CAPSij e o ambulatório.

Ainda que idealmente a pesquisa-ação pudesse implicar em uma construção inicial de uma proposta de ação, e de participação, no caso deste estudo, quando do convite do município para a participação da pesquisadora, já havia sido iniciado o desenho de uma proposta intersetorial. Foi a partir desta proposta inicial que se produziram todas as ações, dados, reflexões e pactuações pertinentes à pesquisa-ação, aqui denominada de *Projeto-Piloto Intersetorial*, das quais a pesquisadora teve a função de mediar, facilitar, oferecer recursos e instrumentos, fomentar debates e convidar para o exercício reflexivo das trabalhadoras engajadas nesse processo.

Nesta oportunidade foi também delineada coletivamente entre pesquisadora e coordenadora da Educação Especial a proposição de contato com as escolas municipais da cidade e a composição do universo de pesquisa para a coleta de dados com o setor da Educação, uma vez que o fluxo de encaminhamentos e de contato entre escolas e serviços de saúde mental tem sido mediado por essa coordenadoria. A composição do grupo de escolas

¹⁶ Ainda que este nome tenha sido cunhado pelas coordenadoras dos serviços de saúde mental, neste estudo, denominação *Projeto-Piloto Intersetorial* será utilizada para nomear as ações relativas ao projeto que estava em curso no município, como também sobre as ações compreendidas a partir do convite para a composição do projeto e execução do estudo. O Projeto-Piloto Intersetorial foi então durante o curso da pesquisa-ação incrementado com outras ações que sustentaram a viabilidade e a problematização das ações específicas de ida às escolas por parte das trabalhadoras da saúde mental.

para as entrevistas representou uma indicação por parte desta coordenação no sentido de que fossem contempladas escolas que mantêm diferentes intensidades de contato com os serviços de saúde mental infanto-juvenis.

b) Contato inicial com equipes/dimensionamento da problemática: Após o momento do convite inicial, foi agendada reunião com todas as trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI para apresentação da pesquisadora e início do projeto de pesquisa. Nesta reunião estiveram presentes também trabalhadores de todos os diferentes equipamentos estratégicos de saúde mental do município (CAPS ad; CAPS III, Ambulatório de Saúde mental Adulto). Para o encontro a pesquisadora propôs uma apresentação dialogada sobre Saúde Mental e Intersetorialidade. Posteriormente neste mesmo encontro a pesquisadora convidou as trabalhadoras da saúde mental a preencherem um questionário auto-aplicável que objetivava conhecer as percepções acerca da Intersetorialidade no que se refere à identificação dos desafios, potencialidades e situações que mais demandam esse tipo de ação. Participaram 14 trabalhadoras, sendo 8 do CRIARI e 6 do CAPSij. Na oportunidade foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os colaboradores, incluindo as trabalhadoras da atenção à infância e adolescência, que seriam acompanhadas durante todo o desenvolvimento do projeto.

c) Acesso às escolas: tal como pactuado com a Secretaria Municipal de Educação, a Coordenadoria de Educação Especial ofertou para a pesquisadora uma listagem com as 15 escolas que deveriam participar do estudo por meio de entrevistas a serem realizadas com os diretores e/ou coordenadoras pedagógicas das unidades educacionais. De acordo com o proposto, esse grupo selecionado incluía as 05 escolas que mais encaminhavam crianças para os serviços de saúde mental, as 05 que menos encaminhavam e as 05 escolas que já estavam selecionadas para participarem do *Projeto Piloto Intersetorial*. Segundo a coordenadoria, esta indicação visaria abranger as diferentes modalidades de relação que as escolas do município mantêm com os serviços estratégicos de saúde mental, de acordo com um levantamento feito por esta gestão em relação ao fluxo de encaminhamento para o CAPSij e CRIARI. Ainda, a amostra assim constituída com os colaboradores do *Projeto Piloto Intersetorial* poderia também indicar como estas unidades educacionais têm percebido o início das ações intersetoriais.

De posse da listagem contendo o contato telefônico das escolas e as informações sobre a equipe de direção, procedeu-se o contato e o convite para as escolas. O contato com as escolas foi primeiramente realizado via telefone, no qual a pesquisadora apresentava a proposta do estudo e esclarecia que o contato decorria também de indicação da Secretaria Municipal de Educação. Após este contato uma reunião de apresentação do projeto e de concessão da entrevista era agendada. Embora 15 escolas tenham sido selecionadas previamente, a amostra foi concluída com a participação de 16 escolas, uma vez que uma das equipes de direção entrevistadas respondia por dois estabelecimentos escolares em um distrito do município. As entrevistas ocorreram durante o segundo semestre de 2015. Apenas uma escola preferiu responder textualmente a entrevista, não permitindo a gravação e nem o encontro com a pesquisadora para a coleta presencial dos dados. As entrevistas com as escolas contempladas pelo projeto-piloto ocorreram primeiramente, no mês de setembro, e foram realizadas antes da ida dos trabalhadores da saúde mental para o espaço escolar.

d) Seminários de Alinhamento: encontros que tiveram como objetivo fazer um alinhamento prático, programático e teórico (THIOLLENT, 2011) acerca das demandas decorrentes do projeto-piloto, ocorreu mensalmente entre os meses de agosto de 2015 e junho de 2016. Assim como descreve Thiollent (2011) as tarefas principais dos seminários consistem em:

- “1. Definir o tema e equacionar os problemas para os quais a pesquisa foi solicitada
2. Elaborar a problemática na qual serão tratados os problemas e as correspondentes hipóteses de pesquisa
3. Constituir os grupos de estudos e equipes de pesquisa. Coordenar as atividades
4. Centralizar as informações provenientes das diversas fontes e grupos
5. Elaborar interpretações
6. Buscar soluções e definir diretrizes de ação
7. Acompanhar e avaliar ações
8. Divulgar os resultados para os canais apropriados.” (THIOLLENT, 2011, p. 68).

Nos sete encontros de seminário estiveram presentes cerca de quinze trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI, em reuniões que tinham duração média de duas horas¹⁷. Todo o conteúdo destes momentos foi gravado, transcrito e como atribuição da pesquisa, atas foram

¹⁷ Ao longo das atividades e dos meses, a presença das trabalhadoras foi frequente, à exceção de duas destas, nas quais uma esteve de licença maternidade e outra de licença médica. Como os encontros ocorreram ao longo de um ano, férias anuais e atendimentos de urgência também impediram em singulares momentos a participação.

construídas que revelavam o conteúdo das discussões disparadas. A cada novo encontro a ata relativa ao seminário anterior era lida e as colaboradoras validavam o conteúdo apresentado. Outras atribuições da pesquisadora nestes eventos incluíam a oferta de conhecimentos de ordem teórica em relação à temática (THIOLLENT, 2011), discussão sobre as experiências de forma mais articulada com as políticas e normativas ministeriais, além da construção de estratégias, produção de ferramentas, instrumentos e recursos para o trabalho, especificamente sobre as modalidades de articulação com a Educação.

e) Reuniões de coordenação: em momentos distintos da ação foram necessárias reuniões com as coordenadoras do CAPSij e do CRIARI conjuntamente com a coordenação municipal de saúde mental. Outras reuniões também incluíam as Coordenadorias de Educação Especial, de Educação Infantil e de Ensino Fundamental. Objetivaram estas reuniões o planejamento, problematização e reordenação das atividades realizadas decorrentes dos momentos institucionais vividos na realidade da gestão municipal. O conteúdo destas reuniões foi gravado, posteriormente transcrito gerando um relatório da pesquisadora que compõem o Diário de Campo. As contribuições desta modalidade são apresentadas ao longo do texto, favorecendo outras interpretações e sustentações para o que é apresentado.

f) Processos de avaliação: ainda que avaliações tenham sido efetivadas após cada encontro; com o objetivo de convidar as colaboradoras a realizarem reflexões que pudessem apoiar a avaliação do andamento das atividades do *Projeto Piloto Intersetorial*, foram utilizados próximo ao encerramento da coleta de dados, questionários de avaliação do processo. Os questionários foram respondidos pelas profissionais da saúde mental bem como pelas da educação. Os questionários para as trabalhadoras de saúde mental foram preenchidos durante o seminário de alinhamento do mês de março de 2016, em decorrência da necessidade, apontada pela equipe, de reavaliação das condutas exercidas até o momento. Participaram 14 trabalhadoras dos dois serviços, bem como as coordenadoras de cada um destes. Para o setor da educação, foi pactuado com a gestão municipal de que este questionário, elaborado pela pesquisadora, seria enviado para avaliação da gestão municipal de educação. Após parecer positivo em relação a este instrumento, as unidades escolares e as coordenadoras da Secretaria municipal de Educação - SME (Educação Infantil, Educação Especial e Ensino Fundamental) foram contatadas e convidadas a participar. Os questionários foram enviados por email,

conjuntamente com cópia do parecer da SME, e versavam sobre a percepção das colaboradoras em relação ao desenvolvimento das ações entre os dois setores no período destacado.

II.1.5 Análise e tratamento dos dados

Para os resultados advindos dos Diários de Campo, das Relatorias dos Seminários de Alinhamento e das Entrevistas, após a leitura exaustiva desses conteúdos, foi realizada análise temática (BARDIN, 2011). O objetivo é que das leituras em intensidade sejam revelados blocos de sentido que figurem como elementos importantes à análise conjuntural do objeto de estudo e das ações decorrentes, no que se denominam unidades de sentido. Do conjunto de análise posterior das unidades de sentido, conjuntos que as aglutinam são definidos por categorias temáticas, que se inter-relacionam com os objetivos da pesquisa bem como com as propostas metodológicas adotadas, todavia tendo como foco principal as ideias, conceitos, perspectivas e sentidos formulados pelos participantes.

Os referenciais utilizados para tanto, versam principalmente a respeito das políticas públicas de saúde mental para infância e adolescência; educação especial na perspectiva da educação inclusiva; bem como acerca da atual discussão a respeito das políticas públicas intersetoriais como forma de administração e gestão das políticas e dos problemas sociais presentes nos territórios. Outros aportes para a discussão dos resultados referem-se também às contribuições relacionadas ao conjunto teórico que compõem os desenhos de pesquisa do tipo pesquisa-ação.

Quanto aos dados provenientes dos diferentes Questionários, foram analisados por meio de análise categorial (BARDIN, 2011). A análise categorial é também uma modalidade de procedimento analítico e de reflexão frente aos dados obtidos, descrito por Bardin (2011) em sua obra. Com formato menos elaborado que os processos que constituem a análise temática, a análise categorial é realizada mediante o tratamento em razões de “unidades de codificação/registo” (ibid, p.42) que em virtude do trabalho apresentado situaram também “unidades de contexto” das narrativas apresentadas pelos trabalhadores colaboradores, que visam descrever as situações e opiniões emitidas para além dos recursos linguísticos empregados.

II. 2 RESULTADOS

II. 2. 1 Sobre a organização do estudo e a sistematização dos dados

Com o intuito de contemplar parte dos objetivos da presente pesquisa, este estudo foi viabilizado por meio do método da pesquisa-ação, tendo como finalidade, efetivar e mediar uma experiência de promoção de práticas intersetoriais entre educação e saúde mental, na qual pudessem ser abarcadas a identificação das principais necessidades que as escolas que acompanham crianças e adolescentes em sofrimento psíquico encontram na rotina deste trabalho bem como compreender as principais dificuldades referidas pelos serviços de saúde mental que atendem crianças e adolescentes e pelas escolas para o desenvolvimento de ações conjuntas.

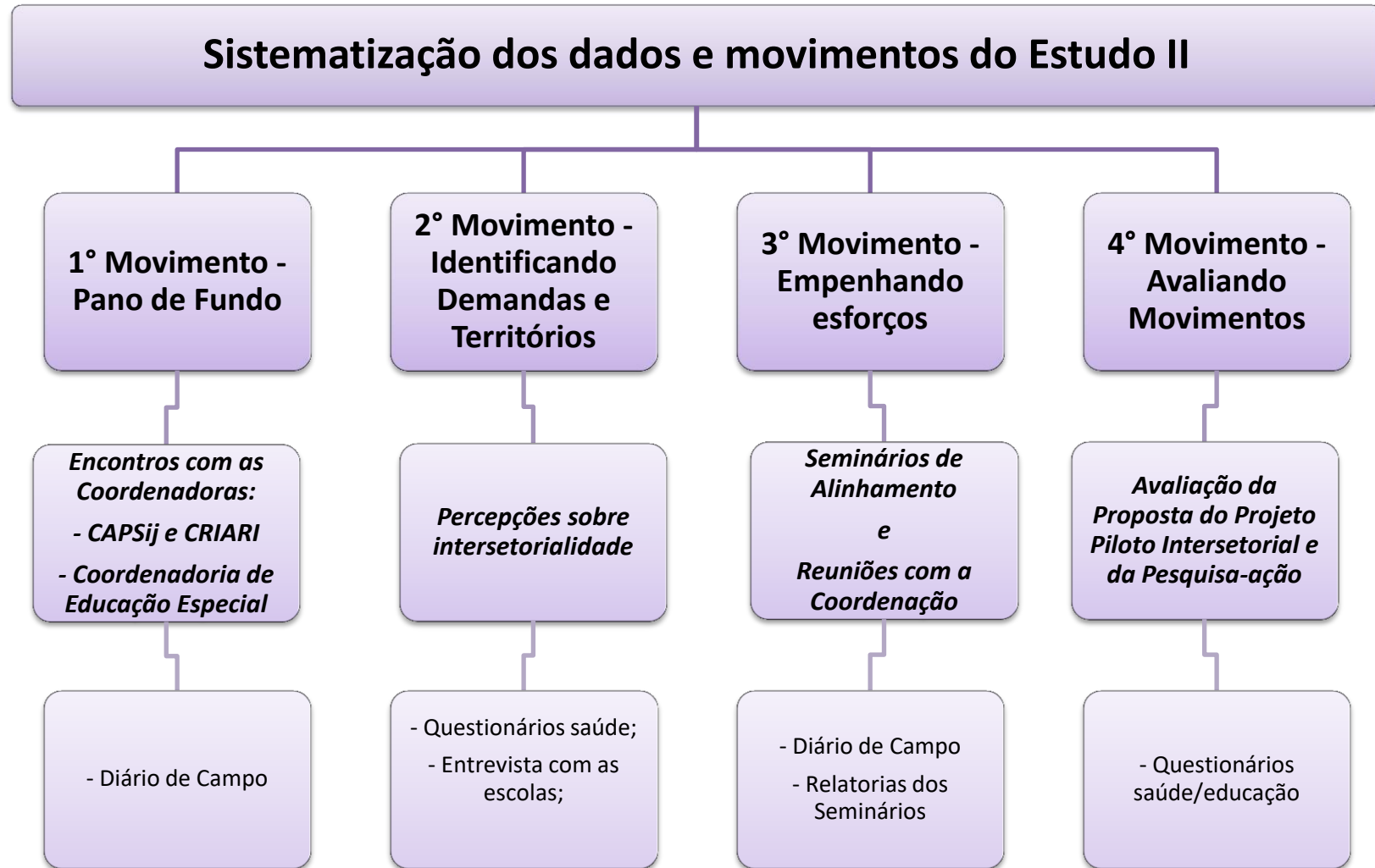
O contato inicial com o município ocorreu com a coordenadora municipal de saúde mental. Na oportunidade foi apresentada a ela a proposta de pesquisa do tipo estudo de caso, a qual tinha como objetivo inicial compreender sobre a articulação intersetorial na localidade. Tão logo a coordenadora sugeriu uma conversa entre as coordenadoras dos serviços e saúde mental infantojuvenil do município: o Centro de Atenção Psicossocial de Rio Claro e o Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro (CRIARI).

Neste primeiro encontro, as coordenadoras dos dois serviços apresentaram a atual conformação da Rede de Atenção Psicossocial do município, e a pesquisadora apresentou os objetivos e desenho do projeto de pesquisa, finalizando com o convite para a participação dos serviços no estudo¹⁸.

Objetivando sistematizar as informações e apresentar de maneira palpável o percurso de pesquisa empenhado neste estudo, a imersão em campo delineada pela pesquisa-ação será apresentada subdivida em “Movimentos” que buscam sintetizar o que se passou, utilizando para tanto a apresentação dos resultados de forma mais articulada. A figura a seguir apresenta esta sistematização e indica ainda quais as ações, instrumentos e resultados relativos em cada um dos tempos.

¹⁸ Considerando a implicação direta e intensiva da pesquisadora e dos atores sociais das instituições na condução deste estudo, apresentaremos os dados, as discussões e os apontamentos fazendo uso da personalidade no texto, garantido pelo uso do pronome em 1ª. Pessoa no plural. Essa escolha discursiva tem como função não separar texto e resultados daquilo que se produziu enquanto ação coletiva de sujeitos reais participantes do processo.

Figura 11: Organização do Estudo II



II. 2. 2 - O 1º Movimento - Pano de Fundo

O 1º Movimento: *Pano de Fundo* corresponde ao início do estudo, etapa em que a movimentação pelo campo de investigação possibilitou o conhecimento dos atores sociais e o desenho do estudo junto às coordenações dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes e das coordenadorias da educação. Assim como aponta Thiollent (2011, p.58), essa etapa pode ser entendida como a *fase exploratória* da pesquisa-ação, na qual é identificado o campo de pesquisa, seus principais atores, suas demandas e perspectivas de modo que seja possível a reflexão pelo grupo de pesquisa acerca da exequibilidade de uma investigação com este delineamento na realidade em tela, possibilitando que sejam levantados posteriormente e com a participação dos atores locais, os objetivos da ação a ser empreendida.

Após os primeiros contatos realizados com a gestora de saúde mental do município, agendamos uma reunião com esta e com as coordenadoras do CAPSij e do CRIARI.

Ocorrido em julho de 2015, este encontro teve como principal função elucidar brevemente sobre o campo de pesquisa, bem como sobre os objetivos, percepções, demandas e singularidades do processo de trabalho dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes em Rio Claro.

A reunião ocorreu no espaço de educação permanente do município, Centro Integrado de Atenção Psicossocial - CINAPSI, localizado no interior do edifício que abriga o histórico e ainda em funcionamento, Hospital Psiquiátrico Casa Bezerra de Menezes. Estiveram presentes as coordenadoras dos dois serviços e a pesquisadora e ao final do encontro a gestora municipal de saúde mental veio compor o grupo e apoiar que fossem alinhavados os primeiros pactos sobre o trabalho a ser realizado.

Para apoiar a explanação sobre este encontro, oferecendo outros dados que complementam este tópico, apresentaremos recortes significativos do diário de campo da pesquisadora elaborados à época do encontro. Considerando que já de imediato apresentamos como problema central de pesquisa as articulações entre saúde mental e educação. O discurso das coordenadoras esteve também direcionado para a apresentação de aspectos da constituição e organização dos serviços que tangenciam esta temática.

Atualmente o CRIARI é retaguarda para outros municípios que integram o CGR Rio Claro, enquanto que o CAPSij é referência somente para os municípes.

Para as coordenadoras, a criação do CAPSij esteve justificada como um importante passo para a organização da oferta assistencial em saúde mental para crianças e adolescentes, em relação principalmente à expectativa de que a fila de espera para o atendimento no CRIARI fosse resolvida em pouco tempo. Para esta iniciativa de construção do serviço, estiveram empenhados diferentes atores sociais do município como pessoas públicas, vereadores, outros políticos e gestores dos serviços de saúde e de educação. Entretanto, pelo que expõem, é possível depreender que a expectativa de resolução de parte considerável dos problemas sociais de crianças e adolescentes estaria supostamente equacionada em razão da criação de um espaço de atendimento no campo da saúde mental com funcionamento do tipo porta-aberta.

Essa constatação fica ainda mais concreta na medida em que as coordenadoras contam sobre os novos fluxos instituídos e o lugar que o CAPSij ocupa na cena da atenção à crianças e adolescentes na região. Em relação a isso, um excerto do Diário de Campo apresenta essa problemática:

O CAPSij existe desde 2012 e ficou a princípio alocado no espaço do CRIARI, nessa época puderam se apresentar para o território e identificar suas questões principais, parceiros e apoios. Atualmente o CAPSij é a principal porta de entrada das crianças e adolescentes para o SUS. O CAPSij inclusive é o serviço responsável por acolher a demanda e encaminhá-la para o CRIARI. Após uma pactuação entre saúde mental e educação, as escolas não podem mais encaminhar crianças e adolescentes para o CRIARI, o CAPSij é o primeiro a receber essa demanda e depois do acolhimento (e avaliação sobre necessidade de acompanhamento), os casos são discutidos conjuntamente com a equipe do CRIARI para avaliação sobre a conduta. Atualmente só o CAPSij é porta-aberta e fica claro pela fala da coordenadora do CAPSij que há o desejo que as ações de matriciamento e de contato com as escolas possam assegurar outros tipo de encaminhamento. Atualmente fazem contrarreferência e explicita que eles enviam mesmo um papel contrarreferenciando. Penso que este pode ser um ponto de discussão com essa equipe...de que nessa modalidade mais burocrática de contato outros arranjos mais criativos e de fato cuidadores ficam difíceis.

Ao tratarem sobre a constituição dos serviços e os processos de trabalho, evidencia-se que a articulação com a educação foi pauta constante dos equipamentos, e que diferentes estratégias de aproximação já tinham sido colocadas em prática em diferentes momentos do percurso das instituições. O excerto a seguir do Diário de Campo apresenta elementos que historicizam as ações já realizadas.

As coordenadoras falam sobre os primórdios da relação com a educação. A coordenadora do CRIARI (que à época trabalhava no serviço de Reabilitação) conta que em 1987 iniciou um contato com educação para inserir uma garota com síndrome de Down na escola. A partir disso começaram a pensar no caso-a-caso e as parcerias foram acontecendo de forma bem satisfatória, segundo ela. Assim, pelo que percebi, essa ação mais satisfatória estava direcionada para casos pontuais, estratégias específicas e não necessariamente envolveram o estabelecimento de fluxos ou processos de trabalho mais pactuados.

Entretanto elas contam que isso dava bem quando quem encaminhava eram os serviços de reabilitação. Quando as questões com o ambulatório de saúde mental chegavam, aí sim começam importantes e duras críticas. Segundo a coordenadora do CRIARI, a resistência ocorria dos dois lados, entre educação e saúde mental, principalmente porque as equipes das escolas entendiam que o ambulatório oferecia muito pouco às crianças que estavam em sofrimento. Por outro lado conta que para as escolas também era muito difícil lidar com estes problemas das crianças...pouco visível, muita demanda. Logo depois disso, a coordenadora foi compor a equipe do CRIARI e lá percebeu mais questões, foram feitas iniciativas de contato com as escolas, todas muito difíceis e truncadas, em sua opinião.

No final de 2013 e começo de 2014, por pouco menos de 1 ano o CAPSij e o CRIARI fizeram uma ação conjunta, que chamaram de matriciamento, para as escolas. Na percepção das duas coordenadoras isso foi muito ruim. A coordenadora do CRIARI conta que na oportunidade nem sabia o que era matriciamento, e que no final das contas acabaram realizando palestras para os professores. Acontecia no momento do HTPC (hora de trabalho pedagógico coletivo), nas escolas e em horários para além do turno de trabalho dos profissionais da saúde. Desta forma, participavam os profissionais que tinham interesse, sem nada em troca, já que a gestão municipal não permitia a realização de banco de horas e tampouco pagava as horas extras. As coordenadoras pediam que os professores elencassem temas importantes para o cotidiano das escolas e no geral as queixas se centravam em duas questões: regras e limites e pais que não cumprem os encaminhamentos. Vale dizer que estavam envolvidos professores apenas da educação infantil!

Essa participação exclusiva da Educação Infantil me intrigou bastante: como essas podem ser as principais questões em relação à saúde mental de crianças em pleno desenvolvimento? Nesse aspecto a coordenadora do CAPSij completa ainda que tem chegado atualmente muitos encaminhamentos de escola que falam sobre indisciplina de crianças com 3 anos!

Após essa iniciativa, a coordenadora do CAPSij fez uma conversa com a gestão da educação para mudarem horário da iniciativa, para que pudesse ocorrer contemplando horário de trabalho CAPSij, com a dificuldade da gestão municipal em sustentar esse pedido, o projeto foi encerrado.

Atualmente a equipe do CRIARI está envolvida no desenho de um novo trabalho direcionado para as escolas, inspirado em um projeto que conheceram de um CAPSij na cidade de São Paulo. O projeto consiste em uma porta aberta para as escolas participarem de um plantão do ambulatório para discutirem sobre saúde mental... A equipe ainda resiste um pouco a esse desenho, como apontam, mas os encontros ocorrerão na última sexta do mês de agosto, última quinta-feira de setembro, última quarta de outubro e assim por diante. A ideia era de que fossem os professores, mas a educação disse que não seria possível esse deslocamento e que portanto participarão somente os coordenadores das escolas. Por outro lado, segundo apresentam, os coordenadores das escolas mostram uma rigidez para o encontro: demandam que se levantem os prontuários das crianças previamente para as discussões e

solicitavam que os temas a serem debatidos antes dos encontros sejam sempre noticiados nos noticiados anteriormente, e solicitam em demasia a intervenção dos profissionais da saúde mental no ambiente escolar.

Essa situação apresentada me fez refletir sobre o quanto exigimos em relação à educação, em pedidos de abertura e certa flexibilidade no contato com as crianças e adolescentes, quando na verdade toda a organização do trabalho escolar, seus processos e movimentos parecem enrijecidos e pouco flexíveis para um certo inesperado que a composição coletiva apresenta durante os encontros.

Por outro lado, a coordenadora do CRIARI entende que, pelo fato de ser pedagoga e conhecer há muito tempo as escolas, a possibilidade de diálogo e de trocas com a educação é mais efetivo e sensível, ainda que grande parte dos coordenadores das escolas alegue não compreender o sentido dos fóruns. Para tanto, ela sugere que mesmo que as escolas não tenham crianças e adolescentes no ambulatório, possam participar com o objetivo de discutirem promoção de saúde mental e saúde mental na escola.

No decorrer desta reunião, ao fazerem uma retomada do histórico dos dois serviços e dos desafios implicados na construção da intersetorialidade, compartilharam a iniciativa do esboço de um projeto-piloto de construção de trabalho intersetorial em parceria com a educação municipal. A escolha por este recorte, segundo as coordenadoras, decorreu do fato de que a educação municipal (Educação Infantil e Ensino Fundamental I) correspondem a cerca de 40% do total de encaminhamentos que o CAPSij recebe mensalmente e que tem, portanto impacto significativo também para o CRIARI. A seguir apresentamos outro trecho do Diário de Campo que descreve em linhas gerais sobre o projeto-piloto e a proposta de nossa participação nessa iniciativa

Com relação às parcerias ainda com a educação, contam que percebem que a coordenadora de educação especial consegue entender o que trata a saúde mental infantojuvenil e quais as particularidades dos serviços CAPSij e CRIARI. Segundo elas, sempre que precisam de uma pactuação mais fortalecida, acessam esta profissional para compor as discussões.

Em decorrência desta aproximação e da disponibilidade os dois serviços estão pensando em estratégias conjuntas com a educação. A coordenadora do CAPSij diz que montou um projeto, a partir do levantamento das principais escolas que encaminham para o CAPSij. A ideia é poder fazer um trabalho piloto com estas escolas, no qual serão propostos encontros sistemáticos entre uma dupla de profissionais saúde mental (composta por uma pessoa do CAPSij e uma do ambulatório) e os coordenadores/diretores das escolas. Foram elencadas cinco escolas a princípio para este trabalho, com encontros a ocorrerem nas escolas.

Pensamos que eu poderia estar inserida no acompanhamento deste projeto, em sua fase embrionária e apoiar estas questões. Percebem que a educação ainda tem muito preconceito com a população que o CAPSij atende. Contam de um caso em que a menina acolhida institucionalmente por ter agredido a avó em uma situação de crise. Durante uma reunião de rede uma das escolas afirma que

a escola não era lugar para a garota, alegando que nenhum espaço público deveria receber essa população.

Durante a explanação deste projeto-piloto, - uma articulação entre a Educação (Coordenadoria de Educação Especial, com posterior participação das Coordenadorias de Educação Infantil e Coordenadoria de Ensino Fundamental) e da Saúde (Gestão municipal de saúde mental, CAPSij e CRIARI) -, é que se delineia entre as presentes a possibilidade de que a pesquisa a ser realizada no município não apenas descrevesse como se dá a articulação intersetorial, mas que sobretudo pudesse realizar um apoio efetivo à construção e ao acompanhamento desta proposta apresentada pelas coordenadoras. Desta forma é que o estudo toma a forma de uma pesquisa-ação a ser realizado no sentido do apoio aos trabalhadores da saúde mental infantojuvenil para a construção conjunta de ações com a educação de forma mais dinâmica e realmente compartilhada, vislumbrando uma articulação em nível territorial mais complexa e interessante, que possa inclusive incluir outros setores como assistência social, principalmente, além da Atenção Básica que tradicionalmente está, no município, afastada das ações em saúde mental.

Os passos seguintes realizados consistiram então no envio de cópia do *Projeto-Piloto Intersetorial* para a pesquisadora e no agendamento de uma roda de conversa a ser conduzida por essa acerca do tema Intersetorialidade para todos os trabalhadores dos serviços de saúde mental do território.

Nesta reunião tratamos ainda sobre a forma de acesso e contato com a Educação na composição do estudo. As coordenadoras ofertaram o contato da Coordenadoria de Educação Especial para o alinhamento devido.

Agendamos reunião com a Coordenadoria de Educação Especial que ocorreu no início do mês de setembro, dado o período de retorno das férias escolares ser mais conturbado. A Coordenadoria de Educação Especial, especificamente neste município, era na oportunidade a entidade mais próxima aos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes. Tal como pactuado entre os gestores, os encaminhamentos realizados pelas escolas para o CAPSij deveriam necessariamente ser encaminhados primeiramente para esta coordenadoria.

Segundo relataram as próprias trabalhadoras da saúde mental em diferentes oportunidades, a pedagoga encarregada desta Coordenadoria, assumia o compromisso de uma discussão compartilhada e responsável sobre os casos não somente descritos na Política de Educação Especial na perspectiva da Inclusão (BRASIL, 2008), como também sobre as situações

que envolviam temas pertinentes à saúde mental, sendo então reconhecida pelos serviços de saúde como principal interlocutora com o setor, em que pese, inclusive a elaboração conjunta do Projeto-Piloto Intersetorial.

Durante então nossa reunião de apresentação a coordenadora conta um pouco sobre o fluxo estabelecido com as escolas para encaminhamentos para a saúde mental, e delinea conjuntamente conosco as formas de contato e acesso com as escolas. O trecho a seguir do Diário de Campo apresenta algumas informações:

Estive hoje com a Coordenadora da Educação Especial, apresento brevemente a pesquisa e conto sobre a possibilidade desenhada junto com a saúde mental de acompanhamento do Projeto Piloto Intersetorial. Ela conta que tem estado bastante próxima das equipes de saúde mental, parte disso se deve ao fato de que todo encaminhamento feito pelas escolas, vai em papel para o CAPSij que ao final do mês encaminha os relatórios para aquela coordenadoria. Isso foi proposto como uma forma de garantir a chegada das crianças e o controle dos encaminhamentos também pela Secretaria de Educação. Segundo a coordenadora da Educação Especial as famílias tem ido mesmo ao CAPSij, numa proporção de mais de 80 por cento (em relação ao total de encaminhamentos realizados), para ela as famílias agora passam a acreditar no CAPSij e no trabalho desenvolvido e sentem neste serviço uma resolutividade. Apresento a ela meu projeto, imediatamente já cuidamos da papelada para o aceite da Secretaria Municipal de Educação.

A respeito da realização de entrevistas de aprofundamento com coordenadoras das escolas, sugere que façamos um recorte que contemple, as escolas que mais encaminham para o CAPSij, as que menos encaminham e as escolas que participarão do projeto.

Esclarece que por conta de uma pactuação, apenas 45 das 55 escolas municipais encaminham crianças e adolescentes para o CAPSij. As creches estão designadas para fazer encaminhamentos para o Centro de Habilitação (CHI) e não para o CAPSij.

Sobre isso, a coordenadora da Educação Especial solicita orientação sobre os casos de autismo antes dos três anos: já que o CAPSij e o Centro de Habilitação estão capacitados para atender essa população, entretanto por meio de diferentes abordagens, como fazer uma escolha mais acertada em relação ao encaminhamento? Sugiro que essa possa ser uma das pautas para nossos encontros intersetoriais e que o estabelecimento desse fluxo possa levar em conta as singularidades dos territórios, as demandas das crianças entre outros¹⁹.

¹⁹ Essa dificuldade no estabelecimento de um fluxo mais partilhado sobre o encaminhamento de crianças pequenas para os serviços de saúde mental, em nossa leitura são frutos de dois movimentos que se complementam na atualidade brasileira. Um primeiro decorrente da dificuldade de reconhecimento do sofrimento psíquico nestes sujeitos, como tão belamente descreve Couto (2001), em que se compreendem todas as manifestações e expressões pela via do Desenvolvimento Neuropsicomotor. Um segundo movimento decorre da coexistência, em contexto nacional, de dois documentos/cartilhas viabilizadas pelo Ministério da Saúde que propõem linhas de tratamentos distintas, uma com enfoque sobre os cuidados via reabilitação e outro inserido no campo da atenção psicossocial, que embora não totalmente opostas, também denotam, segundo Oliveira (2015) o jogo político, científico e de interesses presentes no campo.

Com relação ao agendamento das primeiras ações do Projeto-Piloto, a coordenadora da Educação Especial se responsabiliza pela intermediação entre escolas e saúde mental, neste primeiro momento.

Logo depois me apresenta às coordenadoras de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Também apresentei o estudo para elas e percebi que no campo das entrevistas com educação, seria relevante que eu pudesse entrevistá-las como forma de aproximação e aprofundamento das questões e percepções do setor da educação, entendendo que são elas que movimentam as ações intersetoriais mais consistentes.

A pactuação do desenho do estudo no que correspondeu ao setor da Educação para construção de uma narrativa mais consistente sobre o campo esteve marcada por uma abertura e disponibilidade proveniente das três Coordenadorias, participações estas que estiveram presentes durante todo o desenvolvimento das ações.

A escolha do recorte inicial no que se referiu ao aprofundamento com o setor educação, revelou a possibilidade de encontro com a realidade escolar por meio do contato com 15 das 45 escolas que à época encaminhavam crianças e adolescentes para o CAPSij, abarcando portanto, cerca de 33% da realidade local. A opção pelo acesso a escolas que se mantinham em diferentes graus de proximidade com os serviços de saúde mental, desde os que mais encaminhavam até os que menos encaminhavam, localizou inclusive um questionamento em emergência por parte das próprias coordenadoras, e a nosso ver evidencia abertura para um interessante processo reflexivo acerca dos fluxos e determinantes que se afirmam em cada um dos territórios dos quais as escolas fazem parte.

II. 2. 3 – O 2º Movimento: Identificando Demandas e Territórios

Este movimento, que se processou durante os primeiros meses do trabalho em campo, seguindo de agosto a novembro de 2015 buscou possibilitar que se conhecesse acerca das percepções de cada um dos envolvidos no *Projeto-Piloto Intersetorial* sobre o tema da intersetorialidade, entendimentos, desafios e implicações para o trabalho. Assim como o movimento anterior, pode-se afirmar que este movimento corresponde à fase exploratória do estudo, embora compreenda-se que ela também se caracteriza como o início da fase de ação (definição do tema e do problema mais específico) por isso é apresentada separadamente (THIOLLENT, 2011).

Uma vez estabelecidos os contratos para a participação da pesquisadora no *Projeto-Piloto Intersetorial*, naquilo que compôs seu Plano de Ação constituinte do estudo, as atividades realizadas neste movimento consistiram na possibilidade de criação de um ambiente informativo e experiencial que favoreceu a densidade das impressões e reflexões, salutares para o acompanhamento e apoio das ações intersetoriais seguintes.

II. 2. 3. 1 - A- A saúde mental vista pela Educação

Entendemos como central a aproximação com a educação, compreendida pelo conjunto das coordenadorias de educação especial, educação infantil e ensino fundamental bem como pelas escolas, no sentido de apreendermos suas percepções não somente sobre o tema da intersetorialidade, mas também e principalmente sobre como entendem, percebem e vivenciam no cotidiano do trabalho as questões de saúde mental que circulam no espaço educacional e as particularidades da construção da atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Participaram deste mapeamento e aproximação, 16 escolas municipais selecionadas de acordo com critérios pactuados com a gestão municipal de Educação, além das três coordenadorias da Secretaria Municipal de Educação. Para escolas que contaram com a participação de mais de uma pessoa, geralmente estiveram presentes duplas de diretora e vice-diretora e/ou coordenadora, o que possibilitou a complementação das informações e dados.

As professoras das Salas de Recursos estiveram presentes uma vez que em grande parte das escolas, são estas profissionais que retêm os dados sobre as crianças em acompanhamento nas Salas de Recurso e que estão mais próximas das questões da saúde mental. Nas escolas em que participaram mais de uma pessoa durante a entrevista, considerou-se o conteúdo total como expressão oficial daquela instituição, assim, as participações estão identificadas pela letra E seguidas dos números referentes à identificação da unidade escolar/coordenadoria.

O grupo total de colaboradoras desta etapa contou com 8 diretoras, 4 vice-diretoras, 3 coordenadoras pedagógicas (escolas); 3 coordenadoras de Secretaria de Educação e 3 professoras das Salas de Recursos, que totalizaram 21 trabalhadoras da educação que estiveram envolvidas nas 18 entrevistas efetivadas.

A Tabela 7, a seguir apresenta uma caracterização geral referente às unidades escolares participantes desta etapa.

Tabela 7: Caracterização das escolas participantes do 2º movimento

Escola	Data Fundação	Estudantes matriculados	Funcionários	Professores	Sala de Recursos (SR)?	Estudantes inseridos nas SR que possuem laudo**	Estudantes inseridos nas SR que possuem não laudo**	Total de estudantes inseridos na Sala de Recursos
1	1984	614	29	37	sim	1	20	21
2	2006	150	12	11	sim	2	-	2
3	1970	515	28	32	sim	6	-	6
4	1963	750	20	39	Sim	3	17	20
5	1999	500	19	26	Sim	10	14	24
6	2003	342	16	18	sim	5	10	15
7	1977	650	14	31	sim	-	-	12
8A	1992	198	24	13	sim	-	4*	4*
8B	2005	46	3	8	sim	*	*	*
9	1976	750	17	39	sim	-	-	20
10	2004	168	15	13	não	-	-	-
11	2010	730	25	40	não	-	-	-
12	1972	530	55	28	não	-	-	-
13	1983	430	17	26	sim	1	7	8
14	2012	300	23	35	sim	4	7	11
15	1980	850	40	50	sim	-	-	12
Total						32	79	111

* A escola 8A é referência para os alunos da escola 8B e por isso o dado é conjunto e contam como apenas uma entrevista.

** O questionamento sobre laudo foi feito por identificar que esta é uma prática comum, - a de inclusão de crianças e adolescentes nas SR - mediante necessidade de apresentação de um laudo médico que ateste a deficiência. Optou-se por este questionamento, tendo em vista que, mesmo superado na atualidade por portarias do Ministério da Educação que tratam da não obrigatoriedade de um laudo médico, esta ainda é uma prática presente em muitas instituições educacionais.

As escolas participantes tiveram expressiva variação entre quantidade de alunos, corpo docente e funcionários, o que assinala para a adequação do universo, que pôde abarcar diferentes realidades. Nesse sentido, vale destacar ainda que algumas escolas se situavam no centro da cidade, outras em bairros afastados, enquanto outras estavam em distritos do município.

Ainda que as crianças e adolescentes em experiência de sofrimento psíquico não estejam contempladas nesta Política Nacional de Educação Especial, que determina as condições de participação neste programa em razão de classificações diagnósticas mais específicas e um tanto atreladas ao paradigma biomédico da deficiência compreendeu-se como relevante a investigação sobre as formas com que os recursos de Atendimento Educacional Especializado têm ou não sido ofertados para estes estudantes (BRASIL, 2008).

Na perspectiva da Educação Inclusiva como norteador atual da Política Nacional de Educação Especial (BRASIL, 2008; 2014), o Atendimento Educacional Especializado (AEE) representa o dispositivo suplementar e de apoio para a facilitação do desenvolvimento, interação e aprendizagem dos alunos público alvo da educação especial nas escolas regulares. Constituído por um conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos, objetiva que as barreiras encontradas no ambiente educacional possam ser ultrapassadas/eliminadas para que se alcance a plena participação deste público na dinâmica escolar, devendo, portanto, ser oferta obrigatória em todo sistema de ensino (BRASIL, 2008). Prioritariamente, os recursos do Atendimento Educacional Especializado são concentrados na existência das Salas de Recursos Multifuncionais (SR), as quais funcionam como local e suporte para o acompanhamento dos alunos inseridos nesta modalidade de acompanhamento escolar. As escolas que não contam com as salas de recursos têm esse atendimento ofertado e garantido em outras escolas próximas, como determina a Política Nacional e tal como consta no Plano Municipal de Educação (BRASIL, 2009d; RIO CLARO, 2012).

Tendo em vista que o local prioritário para a realização das atividades competentes ao AEE ocorre nas Salas de Recursos Multifuncionais, questionamos às colaboradoras se há

inclusão destas crianças nestes espaços, uma vez ainda que neste município, é exatamente a Coordenadoria de Educação Especial que tem encampado as aproximações devidas com os serviços de saúde mental e efetivado a possibilidade de constituição de um trabalho mais articulado.

Dentre as 16 escolas consideradas, assim como apresentado na tabela anterior, evidencia-se a expressiva quantidade, cerca de 71% do total, de crianças e adolescentes inseridos nas Salas de Recursos Multifuncionais que ainda não possuem um laudo médico/psicológico que os classifiquem enquanto público-alvo da educação especial.

O fluxo estabelecido pelo município que prevê uma parceria entre a Secretaria Municipal de Educação e a APAE, determina que as crianças e adolescentes sejam avaliadas por esta instituição, assegurando somente a elaboração de um laudo e não a oferta assistencial. Ocorre que a fila para agendamento e avaliação das crianças é expressiva, e as suas necessidades apontam para a urgência da inclusão imediata, anterior ao laudo. Segundo relato das Coordenadorias é mediante o laudo viabilizado pela APAE que o município recebe o repasse de verba referente à inclusão/manutenção dos alunos nas Salas de Recursos.

Todavia, Nota Técnica da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e Inclusão (SECADI) do Ministério da Educação, de 23 de janeiro de 2014, orienta sobre a não obrigatoriedade do laudo médico para a inclusão de estudantes com deficiência no Atendimento Educacional Especializado. A respeito dos documentos comprobatórios para inclusão de alunos com deficiência e público alvo da educação especial, apresenta que o laudo médico não deve ser o critério para a inclusão destes alunos, uma vez que as intervenções realizadas pela escola são educacionais/pedagógicas e não clínicas. Desta forma, o laudo médico pode compor parte das documentações complementares, mas não deve ser obrigatório, uma vez que pode comprometer a máxima de uma educação universal e para todos. Nesse sentido, obrigatória é a formulação de um Plano de Atendimento Educacional Especializado (PAEE), forjado pelos professores da AEE que tratem sobre o reconhecimento da matrícula do aluno naquela escola e apontem sobre as especificidades educacionais deste. A formulação deste PAEE, elaborado pelo professor responsável deve estar articulado com outros profissionais da própria escola, como da saúde, da assistência social entre outros, quando assim for necessário (BRASIL, 2014b).

Considerando então que a maioria das crianças atendidas pelas SR não apresentam laudo/diagnóstico, supostamente haveria espaço/possibilidade para inclusão das crianças e

adolescentes em sofrimento psíquico nestes espaços, uma vez que a comunidade escolar assim julgue pertinente. O conteúdo das entrevistas buscou então, posterior a análise do material, evidenciar quais as compreensões sobre as situações/condições/ofertas e espaços de constituição da circulação desta população na realidade escolar, de acordo com a compreensão das participantes. Problematizando-se inclusive se as SR constituem de fato um espaço estratégico para a inclusão desta população.

Da análise do material referente às entrevistas com as parceiras da educação (escolas e coordenadorias), foi possível evidenciar a presença de diferentes categorias temáticas que marcam sobre o tema da saúde mental na escola e sobre as implicações dos processos de inclusão de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na instituição escolar. Foram então constituídos blocos de categorias temáticas, decorrentes da união entre variados núcleos de sentido que permearam as narrativas de cada uma das participantes. As Categorias Temáticas elencadas abordam desde a compreensão das participantes sobre as crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico, até as expectativas relativas à possibilidade de agenciamento de um trabalho colaborativo entre educação e saúde, em um total de quatro categorias temáticas, a seguir apresentadas.

❖ **Percepções sobre as famílias**

Nesta categoria foram evidenciadas diferentes concepções sobre as dinâmicas familiares, bem como sobre as experiências das escolas com a aproximação com as famílias das crianças que apresentam trajetória de sofrimento psíquico. A análise permitiu entrever temas como o medo que as famílias com crianças que apresentam sofrimento psíquico têm do preconceito no ambiente escolar; a dificuldade com a articulação dos cuidados necessários como seguimento do tratamento nos serviços de saúde, o transporte e acesso aos serviços.

Especialmente em relação ao medo manifestado pelas famílias de que seus entes experimentem situações de preconceito, evidencia-se uma repetição desta temática, também assinalada no Estudo 1, porém lá manifestada como percepção pelos gestores da saúde. Isso leva a crer sobre a relevância do assunto e da necessidade de uma aproximação mais cuidadosa com as famílias que vivenciam esta situação, muito possivelmente decorrentes de situações anteriores de grande angústia.

Para poucas participantes a família foi elencada como parceira estratégica na relação com as crianças, enquanto que para a grande maioria das participantes das escolas, as

percepções sobre as famílias ainda estão carregadas de sentido e olhares que as colocam como principais dificuldades para o cuidado com as crianças e em certa medida as culpabilizam pelas situações enfrentadas. Os relatos a seguir atestam estas constatações.

“Um desafio eu acho que a própria mãe da criança. Às vezes quando é encaminhada a mãe não leva isso bem, não dá seguimento, não prossegue com os atendimentos, então é bastante. É um impedimento. Muitas vezes a mãe não aceita, não identifica o que a criança necessita, não entende, talvez até perceba um certo preconceito, um medo da criança ser diagnosticada e rotulada, e então a gente precisa conversar muito com essa mãe, porque o atendimento do especialista muitas vezes não quer dizer que ela vai ser rotulada, que ela vai ser discriminada. Então, de pedir para que a mãe procure uma ajuda, que a gente precisa dessa ajuda como educador e ela, a mãe também precisa, né?” (E2)

“O outro problema é os pais, diante dos relatórios que chegam pra gente, do encaminhamento que a diretora da sala de recurso faz, é os pais não levarem. Então ela tem todo trabalho de montar todo um processinho para encaminhar, marca tudo, agenda e o pai não leva. Esse é o maior problema que nós estamos enfrentando agora é os pais se comprometerem a levar, porque os pais acham assim “ eu vou um dia e já está resolvido”, não é assim, é coisa que demora meses, anos, mas é melhor a gente atender agora que daqui dois ou três anos está bem melhor, mas os pais não levam!” (E7)

“E mais é complicado, porque muitas vezes não são eles, é a família, a família não aceita, e não leva, não vai atrás, enfim.” (E8)

Sobre estas percepções, entendemos que, tal como enunciado em outras frentes deste trabalho, a culpabilização das famílias não é novidade e é fenômeno que têm suas raízes na constituição da educação obrigatória para as crianças pobres aliada ao plano ideológico de melhoria nacional instituídos ainda no final do século XIX, início do século XX (BOARINI, 2006; LUENGO, 2010). Tal como apresentado no Estudo 1 desta pesquisa, os profissionais de saúde também guardam percepções culpabilizantes em relação aos núcleos familiares das

crianças, somando-se aqui com a percepção dos gestores da educação (secretaria de educação e gestão das escolas).

Estas constatações sobre as famílias denotam ainda um importante distanciamento com relação aos determinantes socioculturais e políticos que contribuem para a precarização e situação de vulnerabilidade das comunidades. Assim como pontua Machado (2007),

“Quando algo não sai conforme o esperado na escola, um dos mecanismos desenvolvidos é a produção de culpados: culpas sobre o aluno, a família, o sistema de ensino, o professor. O processo de culpabilização tem relação com o processo de individualização, em que o campo social e político é visto como algo exterior à maneira do sujeito viver. A realidade psíquica e a realidade material de produção social passam a ser vistas como distintas. Esse mecanismo de controle está presente na sensação que os professores, psicólogos, educadores, têm de que falta algo que é descolado do campo social, como se fosse um ‘em si’”. (MACHADO, 2007, p. 122).

De modo geral, o discurso sobre as famílias, - aqui incluídas não somente aquelas com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico -, proclamados pelos mais distintos setores, evidencia o quanto não há aproximação e empatia para com estas. Suas dificuldades, mas acima de tudo, as potências que cada dinâmica familiar guarda para a manutenção de seus laços, proteção aos seus entes e produção de afetos não figuram em eixos de análise, observação e tampouco enunciação por parte da educação, saúde, assistência social e demais setores.

Assim, para lidar contra a produção de culpados, Machado (2007) aponta a importância do descongelamento dos afetos. Descongelar então afetos seria assim, em nosso entendimento possibilidade de criação: a construção de um lugar de fecundação e de acolhimento para a elaboração de novas saídas, de novos olhares sobre o que ocorre, e como ocorrem as relações, saberes e poderes nas dinâmicas das escolas e de suas comunidades, admitindo a centralidade da família nestas composições.

O que se percebe, ainda, a partir de leituras de outros estudos que retratam sobre a percepção das famílias de crianças e adolescentes em processos de escolarização (PATTO, 2005; ROSSO; SERPE, 2012; BALEOTTI; OMOTE; GREGORUTTI, 2015; CHRISTOVAN; CIA, 2016; MILAN; BORGES; CIA, 2013) é que o discurso sobre as famílias das crianças em trajetória de sofrimento psíquico referidos pelas educadoras neste

estudo, se aproxima muito mais de certos enunciados sobre a infância e famílias pobres, do que aqueles enunciados a respeito das crianças público-alvo da educação especial – crianças com deficiência física, sensorial, intelectual e autistas, por exemplo. Em linhas gerais, ainda persiste no ideário social que a pobreza e a vulnerabilidade concorrem para a experiência de fracasso escolar, e, por conseguinte este fracasso recai como culpa dos familiares, pouco evidenciando os aspectos socio-históricos e culturais sobre estes determinantes. Já com relação às famílias de crianças com deficiências, e tradicionalmente alvo da educação especial, os discursos sobre os familiares, ainda que muito atravessados por julgamentos, se direcionam, sobretudo, para a percepção sobre conduta mais ansiosa/super-protetora das mães e cuidadoras, relacionando assim questões de naturezas bastante distintas.

❖ **Percepções sobre as crianças e adolescentes em experiência de sofrimento psíquico**

Seguidas das considerações a respeito das famílias, as narrativas ofertadas pelas equipes da educação indicaram as diversas formas com que estas compreendem e se relacionam com as crianças e adolescentes em experiência de sofrimento psíquico. De modo geral características comportamentais e referências a determinados diagnósticos foram citados, bem como suas dinâmicas em relação ao ambiente escolar.

Comparações entre os desafios implicados para inserção/inclusão de crianças em sofrimento psíquico e os pertinentes aos processos de inclusão das crianças com deficiências sensoriais e físicas ocorreram com frequência durante as entrevistas, como se observa a seguir:

“Várias queixas dos professores, as regras do convívio social, se a criança tem alguma deficiência é fácil de se conviver, as crianças aceitam muito bem, tanto que a gente tem alunos com síndrome de Down, autistas, é tranquilo. Mas o que pega é agressividade, se essa criança ela agride, aí além dos alunos rejeitarem a gente recebe muitas queixas dos pais dos outros alunos também.” (E11)

Parte desta percepção nos parece motivada em razão de duas situações distintas: a não inclusão das crianças com problemas de saúde mental nas políticas de educação inclusiva, o

que sobremaneira leva ao ínfimo investimento para o trabalho com estas e ainda, a dificuldade estabelecida na composição com a *democracia psíquica* (LANCETTI; AMARANTE, 2006), encarnada e afirmada nos encontros com estas crianças, adolescentes. Nesse sentido, os trechos a seguir denotam as compreensões que as profissionais da educação tecem e enunciam em relação ao que percebem destas crianças/adolescentes:

“(...) crianças que apresentam comportamentos que não condizem com a normalidade de uma criança. Então nós temos várias crianças, tinha aquele um que ano passado se unhava.”
(E4)

“Crianças que apresentam um comportamento que eu entendo de desafiante, na minha compreensão. Porque é aquele que desloca do comum.” (E17)

Os trechos salientam que os critérios de normalidade como condição para a participação na comunidade escolar, ainda que supostamente ultrapassados, - ou antes, em debate profundo, por parte da educação, em relação às crianças com deficiências - , retornam com força e prontidão quando retratadas as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Afirma-se essa proposição na medida em que as políticas, programas e normativas têm buscado tratar sobre a inclusão de crianças com deficiências na escola, a partir de preceitos como respeito à diversidade e à construção de práticas que atendam a todos e todas independente de suas limitações (BRASIL, 2008), situação que parece não se repetir para a população em estudo.

Assim, o debate sobre a diversidade, em geral retratada a partir das discussões sobre gênero, etnia, cultura²⁰, deve poder abarcar também a diversidade psíquica/subjetiva em suas formulações, com o perigo de que se não atualizada dessa forma possa ainda não promover de fato uma escola inclusiva, equânime e produtora de cidadania.

Os dois excertos revelam posturas e possibilidades de aproximação com a experiência de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes de modos distintos, porém complementares. Enquanto E4 relata sobre as “anormalidades” de uma criança em sofrimento, a outra participante aponta o desafio colocado na construção de uma relação que foge à

²⁰ Em hipótese ainda consideramos que o debate sobre estes construtos a respeito da diversidade estejam ultrapassados ou já figurem plenamente nos discursos e práticas da educação, outrossim defende-se a ideia de inclusão de novos tópicos a este debate.

compreensão mais rápida, mais imediata. Evidencia-se a provocação que estas realidades proporcionam para a constituição de um cotidiano escolar.

Estas concepções alinham-se ao que Couto (2001) aponta como *mal entendido da saúde mental*, acerca das experiências de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes. Trata de uma dificuldade histórica em reconhecer que as crianças sofrem, enlouquecem. Nesse sentido, adicionamos a este debate a questão de que, cotidianamente as experiências de agressividade em determinadas crianças seduzem tanto os agentes sociais (da educação, saúde, justiça, assistência social), que passa também ao largo a possibilidade de admití-las como em sofrimento, em experiências de dissolução, de enlouquecimento. Destituir a criança da possibilidade de enlouquecer e de sofrer profundamente é uma forma de negligenciar sua constituição subjetiva e sua inscrição no mundo como alguém que já é, que já existe e não algo que virá a ser.

Figura-se assim, a necessidade de elaboração de uma convivência mais variada e singular que se tece na ideia de uma *democracia psíquica*, nas palavras de Lancetti e Amarante (2006), enquanto exercício de interlocução com todos, no reconhecimento de que são variadas as constituições psíquicas. Estas convivências trazem ainda mais jogo e riqueza para as experiências, na defesa de um contato que seja da ordem do reconhecimento e da valorização das diferenças, em oposição ao medo, ao preconceito e à segregação, pautadas num ideal de normalidade.

Pode-se perceber que estes apontamentos acerca das potências e respeito à diversidade encontram absoluta ressonância com os princípios, colocações e indicações presentes nas proposições para a Educação Inclusiva hoje no Brasil, precisando então ser afirmados também para a população em tela (BRASIL, 2008; MANTOAN, 2015).

Outra forma de compreensão/percepção e entendimento sobre estas crianças foi apresentada pelos modos com que estas participam das dinâmicas escolares, no tocante aos aspectos mais comuns da aprendizagem e de seus gestos:

“Essas crianças que apresentam muito problema na sala de aula, eles não ficam, eles atrapalham por demais, , aí o professor coloca pra fora, e a gente não tem quem tome conta aqui, porque aqui é muito aberto, vai que pula o muro e foge...esse muro é só alambrado, então geralmente quando a criança é muito danada e mora perto um inspetor leva embora.

Essas crianças que tem mesmo problema, olha, na sala de aula não vira, eles atrapalham por demais os outros alunos que são bons.” (E7)

“Porque a gente busca de todas as estratégias pra que essa criança aprenda, e a gente não tem um sucesso. Não que não aprenda, aprende alguma coisa, mas não é aquilo que a gente espera (...) Porque se os demais estão caminhando, estão aprendendo, estão progredindo, essa criança não vai. E a gente fica de mãos atadas com essas situações” (E10)

Os dois excertos anteriores sinalizam para dimensões da configuração de um sistema educacional que ainda hoje, produz relações de valoração baseada no desempenho e no suposto bom comportamento. Reforça-se a ideia de uma escola calcada nos princípios de eficiência e eficácia para os quais as crianças e adolescentes que apresentam quaisquer situações que as diferenciam de um padrão de normalidade, seguem na contramão do esperado e das possibilidades de vivências de processos significativos de aprendizagem e de vinculação.

Nega-se o direito à convivência escolar quando se determina que uma criança tem de ser retirada da escola, em decorrência de seu “mau comportamento” e de atrapalhar aqueles que são “bons” com o aprendizado. Assim como aponta Rocha (2008), os padrões de normalidade no ambiente escolar seguem favorecendo os supostamente bem-sucedidos e fragilizando aqueles que trazem as marcas da diferença. Antes de ser um lugar para o acolhimento da diversidade para uma educação que favoreça a articulação e invenção de novos saberes e encontros, as escolas reforçam, por meio de um aprisionamento de suas rotinas, padrões e normas cunhadas num funcionamento ideal que segue produzindo dicotomias que se traduzem em segregações (ROCHA, 2008), a exemplo destes relatos as dualidades bom/mal; certo/errado; normal/anormal.

Outra importante referência quanto a percepção sobre as crianças e os adolescentes com sofrimento psíquico é decorrente da atual chegada dos adolescentes ao ensino municipal decorrentes das classes de Educação para Jovens e Adultos (EJA), tal como caracteriza a parceira a seguir:

“À noite é EJA, têm jovens que estão desde o primeiro ano até o nono ano, e tem bastante (adolescentes e jovens em situação de sofrimento psíquico), mas a turma da noite a gente não tem nem diagnóstico e o duro é você encaminhar o da noite. Quer dizer, você tem o CAPS pra encaminhar, mas, é muito pouco. Eu tenho gente de 17, 18 até 90 anos. Por que a noite tem mais problema? Quem é esse público? É um público que saiu da escola, a maioria não é de adultos, é de jovens que foram para a escola do Estado e aí acabaram não tendo respaldo, largaram a escola e estão voltando agora. Eu tenho jovens que voltaram para a escola porque a justiça mandou, e eles estão obrigados aqui, tem jovens que voltaram por necessidade para tentar concluir. Então esse é o público da EJA. Bem diferenciado, muito problemático, esse é o perfil. A gente tem professores muito inclusivos, e eles trabalham muito bem com a diferença, não foi sempre assim, mas hoje é. Os próprios professores mudam bastante, mas os que ficam, eles acabam moldando os que vão ficando. É muito bacana, eu gosto de trabalhar com a EJA.” (E1)

O relato da educadora *E1* encontra ressonância e ilustra parte das discussões anteriormente encontradas neste trabalho, especialmente destacada no Estudo 1, que tratou sobre os motivos para a exclusão de crianças e jovens do ambiente escolar. Têm sido recorrente no contexto nacional a mudança dos padrões de ocupação das Salas de Educação de Jovens e Adultos (EJA) em que se apresentam hoje mais jovens e adolescentes, em relação às décadas anteriores quando as salas eram fundamentalmente ocupadas por adultos e idosos.

Tal como apresenta, a participação de jovens hoje nestas salas de aula, vem atravessada por questões que estão atreladas à atual proposição de enfrentamento à juventude²¹, no processo de judicialização de sua passagem pela escola, possivelmente decorrente da situação de cumprimento de medidas socioeducativas.

É importante destacar que o Ensino Fundamental Ciclo II e o Ensino Médio têm atualmente sido ofertados pelo Estado, e para os quais, em diversos momentos se destacam problemas e dificuldades de acesso e permanência dos jovens, bem como a construção de um trabalho mais articulado com outros serviços e setores, tal como destacado também nos

²¹ Ainda que possa parecer rude o uso da palavra *enfrentamento*, é deste modo que as instituições historicamente vem lidando e sustentando formas de relação com os jovens e adolescentes que se tecem substancialmente no ideário de periculosidade e marginalidade (VICENTIN; GRAMKOW, 2010; TAÑO, 2015).

apontamentos de Estudo 1 e nas participações das trabalhadoras da saúde mental acerca dos desafios com a intersetorialidade, anteriormente apresentados.

Os desafios colocados na atualidade para a escolarização de adolescentes e jovens, além do já constantemente citado processo de marginalização destes, decorrem também da falência do modelo educacional vigente, cunhado em uma educação/disciplinarização para o trabalho, marcadamente constituída em referenciais ultrapassados e dos quais os jovens pouco se vêm contemplados. A crise econômica e do mercado de trabalho tensionam efetivamente os objetivos e finalidades da educação (CARRANO, 2005) e na situação destacada anteriormente, em que se apresentam as situações de vulnerabilidade dos jovens (cumprimento de medida socioeducativa e a presença de outros sofrimentos) interdita ou ao menos abalam as estruturas sociais demarcadas pela educação tradicional e pela tradição de salas de EJA marcadamente compostas por adultos e idosos.

Resta ainda assinalar para a patologização das juventudes pobres no Brasil, que possivelmente está representada no discurso da educadora, como forma de dissimular, por meio do uso dos construtos da psiquiatria, o imenso abismo existente em território nacional em relação às políticas para adolescentes e jovens, bem como o reconhecimento de seu protagonismo (VINCENTIN; GRAMKOW, 2010). Situações estas já destacadas em outros tópicos deste trabalho que assinalaram sobre a saída de adolescentes das escolas (ver também estudo 1).

Em linhas gerais, esta categoria temática apresentou relevantes contribuições para um dimensionamento de como as escolas, educadoras e gestoras têm compreendido as crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico. Ficou evidente que o discurso sobre normalidade é intensivo entre estas, ainda que condutas mais compreensivas e problematizadoras estejam emergindo. Padrões de comportamento desviantes e a agressividade seguem como principais atributos para a identificação das crianças que supostamente apresentam problemas de saúde mental, ainda que se estabeleça uma importante dificuldade mesmo para a identificação destas.

❖ **A inclusão de crianças e adolescentes em experiência de sofrimento psíquico nas escolas: dispositivos de apoio e mecanismos de segregação**

Esta categoria temática refere-se à compreensão que as participantes revelam acerca das possibilidades efetivas de inclusão das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico no espaço escolar. Foram apresentados e retomados tanto dispositivos que contribuem e apoiam a participação e produção de relações destas crianças na escola, como também foram citados impeditivos e situações inter e extra institucionais que dificultam o acesso, acompanhamento e delineamento de políticas e ações micro e macrosociais para a participação das crianças e adolescentes.

O papel da escola na promoção da saúde mental, a centralidade da questão diagnóstica/nosológica como primeiro recurso para a construção de uma intervenção pedagógica e as dificuldades estruturais do setor educação, também seguiram como temáticas apresentadas. Alternativas criativas para o cuidado como a construção de espaços de acolhimento e a problematização da Política Nacional de Educação Especial em particular sobre a população-alvo deste estudo, a organização e gestão das salas de recursos e o contraturno também foram apresentados como questões que atravessam e implicam de maneira expressiva a inclusão na/para a diversidade.

Parte considerável do discurso das participantes é seguida pela constatação de que pouco ou quase nada a comunidade das escolas conhece/sabe/sente-se capaz de intervir em relação ao tema da saúde mental e do sofrimento psíquico. Nas falas das participantes a seguir, é evidenciado que o medo do contato e a falta de um sistema de respostas padronizadas quanto ao convívio com as crianças e adolescentes paralisa e determina as relações, firmados sistematicamente no discurso do desconhecimento:

“De modo geral a inclusão de qualquer criança da educação especial, hoje ela é mais receptiva, agora quando a gente fala da questão da saúde mental, parece que as pessoas se amedrontam um pouco porque não tem consciência do que vão ver, não tem clareza do que vão fazer então eu acho que isso dificulta tudo. Às vezes isso começa já da direção da escola, outras vezes a direção da escola começa a receber bem, mas o professor tem receio porque não sabe o que fazer com essa criança, às vezes o professor também recebe bem mas têm pessoas dentro da escola que não entendem porque aquela criança está lá, então eu acho que depende da situação. Mas o desconhecimento eu acho que ainda é um tabu. A saúde mental,

eu vejo como em alguns lugares as pessoas têm medo, porque não sabem o que fazer, acham que não vão ter o apoio necessário da própria saúde, da própria família e às vezes da própria Secretaria da Educação.” (E16)

“Acho que a maior dificuldade mesmo é em receber essa criança para atender a deficiência que ela tem, o medo por não saber como lidar, então “o que eu vou fazer”? A família vai me dar respaldo? Se a criança tem um surto ou alguma coisa quem eu chamo? Quem eu vou atrás? A saúde vai estar pronta pra mim se eu precisar chamar ela para alguma coisa? Então é uma certa preocupação com o cuidar dessa criança” (E18)

Destaca-se que mais do que uma desculpa produzida no bojo das instituições escolares – como medida de se alijarem destas problemáticas – a dificuldade para o contato com o tema da saúde mental na escola é uma questão constituída por múltiplos determinantes, entre estes a falta de uma política educacional que aborde e priorize este público, como aponta a participante E17:

“Sou da educação especial, educação especial tem um público específico: deficiência, TEA e altas habilidades. Essas crianças então não se encaixariam nesses grupos, mas o que acontece na prática, são as crianças que saltam aos olhos e que as escolas têm hoje a maior dificuldade, em minha opinião. Dificuldade de lidar, porque para os que são público da educação especial têm política pública pra eles, pra essa população ainda está se delineando uma política pública. (...). Pela dificuldade em saber o que fazer as escolas e os profissionais tentam se livrar daquela situação, mas por outro lado eu também vejo algumas tentativas de tentar auxiliar, mas sem saber como. Inclusive nas coisas mínimas que é a conduta diária, o convívio diário com essas crianças. Eu vejo que essas crianças são o grande nó que hoje a gente tem na educação” (E17)

Verifica-se que a Educação Especial em âmbitos nacional e internacional, ocupou-se de trabalhar e detalhar suas ações a partir de modelos explicativos para as necessidades especiais bastante enfocadas no paradigma biomédico no discurso sobre as deficiências. Susinos e Parrilla (2013), a respeito desta consideração acrescentam que outras disciplinas

como a sociologia é que tem se ocupado em pensar mecanismos, recursos e discursos para a inclusão escolar de outros grupos e coletivos socialmente excluídos dos processos de escolarização, o que se verifica fundamentalmente no relato anterior.

A consideração da participante é pungente e tocante na medida em que revela um descompasso entre o que há de prerrogativas para o trabalho na educação – suporte de leis, normativas e apoios – e aquilo que realmente se afirma enquanto necessidade no cotidiano. Salienta-se ainda que as questões de saúde mental, quando consideradas em sua relação estreita com processos de vulnerabilidade e de escassez de recursos, reverberam no Brasil de forma profunda e realocam mesmo urgências e demandas para a gestão escolar e sua comunidade.

Assim, é imprescindível que variadas formas de se contemplar esta temática sejam agenciadas nos diferentes espaços da educação. A presença de discursos tão cristalizados sobre a saúde mental e as experiências com o sofrimento psíquico, possivelmente se afirmam na escola muito em decorrência da ausência de espaços e situações que deem conta de tratar da temática de forma mais honesta e profunda. Faltam políticas públicas e ações locais, o que torna cada vez mais essas populações invisíveis para a construção de estratégias e ao mesmo tempo produzindo tanto alvoroço e descontentamento para a comunidade escolar.

Processos de formação dialogada que tratem sobre são apostas para a construção de posturas menos endurecidas pela comunidade escolar e de trajetos mais possíveis de serem percorridos pelas crianças, adolescentes e famílias em sofrimento.

A possibilidade de que a educação tome para a si o tema da saúde mental enquanto eixo do trabalho pode favorecer certo alívio para toda comunidade escolar. Tal como ocorreu com a construção dos aparatos sobre educação inclusiva para crianças com deficiência, e que se assinala em grande parte dos excertos desta pesquisa, contemplar conversas sobre saúde mental e as crianças bem como empenhar para a construção de políticas de inclusão para estas, abre possibilidades para que o trabalho tenha mais garantias e seja mais possível.

Faz-se também prudentemente a referência ao apoio que os serviços de saúde podem ofertar às escolas, não no sentido de prescrições sobre o trabalho a ser conduzido, outrossim, na tessitura de parcerias que possam qualificar a atenção, estimulando a criação de diálogos e corresponsabilizações como produtos coletivos, como ficou evidente nos resultados relacionados ao Estudo 1 acerca das potencialidades do trabalho intersetorial entre saúde e educação.

Todavia é necessário ainda apontar que mesmo com falta de recursos, políticas e ferramentas para o trabalho com as crianças em trajetória de sofrimento psíquico, a psiquiatria/neurologia e a psicologia ocupam fortemente o espaço escolar, tomando para si a construção de respostas e explicações sobre as situações do cotidiano escolar. Tais investimentos por parte destas disciplinas, têm tradicionalmente produzido discursos que marcam as dificuldades institucionais reconhecendo-as como transtornos/doenças localizados nos corpos e comportamentos das crianças. Dessa forma, problemas sociais, comunitários e institucionais são interpretados pelo viés da patologia e as intervenções subsequentes acabam por medicalizar crianças (MACHADO, 2007; COLLADO; MOYSES; RIBEIRO, 2013) e situar professores e educadores cada vez mais sem possibilidades de exercício de um trabalho autônomo e potente.

Interessante observar que na contramão destas dificuldades apresentadas, a participante a seguir afirma a importância da escola para a promoção da saúde mental, e ainda, para a detecção dos problemas e situações que podem incorrer para os agravos e sofrimentos entre os alunos, como se destacam a seguir:

“Você vê casos na televisão de problemas de saúde mental gravíssimos que poderiam ter sido amenizados na escola já, né? Pelo menos detectado.” (E9)

Apesar de grande parte dos discursos e discussões sobre os processos inclusivos na escola estarem referidos às dificuldades/facilidades/problemáticas sobre a aprendizagem, este último trecho apresentado refere a preocupação com o fato de que a escola possa ainda ofertar apoio e possibilidades de que as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico participem mais ativamente da vida, e que a escola se constitua em suporte para esse exercício.

Ao já assinalado, esta fala corrobora a defesa de que as escolas se constituem como o principal espaço de exercício de vida de crianças e adolescentes na atualidade, possuindo assim um caráter psicossocial relevante que deve ser assumido. A tomada de responsabilidade por parte da educação para com a promoção da saúde mental constitui, inclusive, uma das mais eficientes formas de se romper com barreiras para a atenção à saúde de crianças e adolescentes (SOUZA, 2010; OMS, 2003).

Contudo, de modo geral esta não foi uma percepção corrente entre a maioria das participantes. O que se evidenciou sobremaneira é que a inclusão para estas crianças e adolescentes ainda é uma relevante dificuldade para a comunidade educacional, que constantemente se encontra confusa quanto às formas de produção de um trabalho mais direcionado, ou mesmo de práticas de trabalho coletivizadas entre os estudantes.

“Tem aquele professor que inclui, mas tem também muitos professores que não incluem falam que a criança com deficiência ou com transtorno ou com outra coisa diferente do esperado, ela é excluída” (E1)

“Assim, a inclusão na verdade, ninguém estava preparado pra inclusão. Nenhum professor. Começa por aí, certo?(...) No caso da saúde mental, por exemplo, quando acontece alguma coisa dentro da sala. Se não é na aula da pessoa, se é na aula de educação física não tenho nada a ver com a criança. Então assim, acontece no recreio, uma crise de saúde mental. Por exemplo, o R. dá um trabalho no recreio, acaba caindo aqui. A professora vem pra direção, entendeu? A professora parece que não faz parte. Tem professor que faz de tudo, que vem atrás, que quer saber como que eu posso ajudar? Agora tem alguns que não estão preparados mesmo. Que não querem também... Que não gosta e acaba não se envolvendo.” (E9)

“A gente ainda não está numa escola acessível para essas crianças, acho que o entendimento dos profissionais é o mais difícil. Como estar favorecendo essa criança a se desenvolver? Não só na questão da aprendizagem, mas na questão da vida dela.” (E5)

Novamente, os excertos anteriores reforçam quanto ainda há que se caminhar no sentido da viabilização de uma participação possível no contexto escolar para os grupos em sofrimento psíquico. Considerando a educação inclusiva como um movimento em processo e até mesmo recente, espera-se que os posicionamentos que revelam a dificuldade absoluta na composição com estas crianças e adolescentes possam ser superados, ou ainda mais, que não se sustentem nos enunciados e tampouco nas ações, na medida em que se criem estratégias, reflexões e críticas sobre.

Nesta forma de concepção do trabalho e dos desafios implicados no cotidiano da permanência de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na escola, entre as participantes, os entendimentos sobre a centralidade do diagnóstico tiveram domínio nos discursos. Profissionais relataram a dimensão que o diagnóstico destas crianças tem para a dinâmica de inclusão e de sustentação na escola, como é ilustrado a seguir:

“A professora havia comentado com a mãe que aquela criança precisava de um especialista. Ela não sabia se um neurologista um psicólogo, um psiquiatra, mas que a mãe levasse. (...) Só que nós não somos especialistas.” (E4)

“Às vezes pra conseguir vaga aqui fala " ele é bonzinho, não tem nada...". (E4)

“Eu não vejo tanto na educação infantil, eu ouço mais os casos do ensino fundamental do que na educação infantil, porque as crianças ainda são pequenas e as coisas se confundem para as pessoas dentro da escola. Então aquela criança, será que é, será que não é, então há uma dúvida muito grande e aí começa a investigação e às vezes essa investigação demora, porque passa por um profissional, passa por outro, tem transtornos que demoram para ser diagnosticados, então muitas vezes essa certeza a gente não tem dentro da educação infantil” (E16)

Os excertos anteriores denotam o quanto a educação organiza suas intervenções e rotinas de trabalho essencialmente sobre as situações que já foram nomeadas/traduzidas, manifestando uma dificuldade relevante para o convívio e trabalho com as situações novas e desafiadoras (COSTA, 2007). Essa constatação se confirma no apego que determinadas instituições escolares e narrativas ora expostas apresentam em relação à necessidade de um laudo e bem como de um contato com equipes de saúde que possam traduzir em termos mais concretos aquilo que as crianças e adolescentes apresentam como formas de viver e de se relacionar no ambiente escolar.

Ressaltamos como afirmação necessária, que esta realidade, atualizada nas falas das profissionais, não é produção única do corpo docente e da coordenação das escolas, outrossim representa claramente um sistema educacional que desde a década de 1950 (COSTA, 2007)

têm enfrentado dificuldades na relação entre manutenção de seu ordenamento e as novas formas de relação e de subjetividades produzidas, impactadas inclusive por discursos sociais e científicos que atravessam a comunidade escolar de forma a limar, inclusive outras possibilidades de articulação mais criativas e livres.

Para Costa (2007) em certo sentido, essa dificuldade refletida na educação tem que ver com certa impossibilidade de encontro com o real, com as produções e subjetividades atuais, em última instância evidenciadas inclusive na dificuldade em produzir relações mais criativas.

Nessa lógica de um desejo pelo que possa ser apreendido por nomes e diagnósticos, a intersectorialidade, enquanto exercício coletivo de construção de respostas mais alinhadas às necessidades sociais e comunitárias, passa ao largo de poder ser exercida mais profundamente, reforçando a ideia de uma relação de poder e de saber entre equipes de saúde e de educação, bem como entre comunidade que se fundamentam na verticalidade.

Em contraposição a estas relações de saber-poder desiguais, revelam-se como já assinalado em outras passagens deste trabalho, relatos de profissionais da saúde e da educação que remontam a arranjos micropolíticos, que em situações mais delicadas têm permitido construções coletivas mais diversas e criativas. Entre estas citamos a referência a criação de espaços de acolhimento ao sofrimento das crianças e inclusive dos agentes educacionais quando em situações mais intensivas, que seguem nos excertos a seguir, como também os fóruns com a educação e as ações transversais, estas últimas enunciadas no decorrer do Estudo 1.

“Acredito que têm crianças com dificuldade sim, e aí precisaria de todo um trabalho à parte e isso eu acho muito legal porque aqui as professoras realizam. Assim você vê o grupo de atividades, elas até mandam para mim “aqui é atividade só para fulano e isso é para o resto da classe”, porque assim, é uma limitação da própria criança, é um outro método de aprendizagem, têm crianças que não aprendem da mesma maneira que todo mundo, e aí precisa de uma outra metodologia, é nessas dificuldades que a gente vai vendo... eu vejo muitas professoras se moldando a isso para não deixar aquele aluno aquém.” (E6)

“Então a gente tem tentado planejar aqui na escola, alguns espaços alternativos pra que as crianças possam sair daquela situação e não ficar numa evidência, onde todo mundo fica ao

redor: "o que será que ela tem? por que ela fez isso?". - Pra acolher, até a gente pensar o que vamos fazer, vamos respirar. Pro educador poder respirar também. Às vezes ali essa criança bateu em outra, machucou, agravou uma situação tem também a situação de quem cuida dele, os dois estão ali sofrendo. Então estou tentando mostrar para os educadores dessa unidade escolar, que a criança que fez também tá sofrendo, também precisa de ajuda. Não adianta a gente ficar 'ah, aquela família não vê, aquele pai, aquela mãe que bebe", ficar colocando uma porção de culpa em todo mundo, mas e a criança? Então a gente está tentando nessa perspectiva aí." (E14).

Essas situações, que se colocam na contramão do que têm sido mais amplamente exposto, fortalece a perspectiva de que as respostas para os singulares desafios da escola, também devem ser singular e criativamente elaboradas. É evidenciado o papel central das professoras na construção de potentes ações, que se afirmam na consolidação de estratégias coletivas e não somente centradas em si. Os relatos apontam que, na medida em que se criam respostas mais ampliadas, mais coletivas, a comunidade escolar também se beneficia.

Denota-se ainda, que pelo que expõem estas profissionais, é percebido um genuíno comprometimento de diferentes pessoas para a potencialização do espaço escolar como continente. Possivelmente sejam estas instituições e atores sociais que mais amplamente têm podido afirmar no cotidiano de trabalho as premissas e princípios da educação inclusiva, significando processos de aprendizagem de convivência mais genuínas e interessantes.

Em relação aos dispositivos e recursos institucionais dos quais a comunidade escolar pode lançar mão na composição de planos de trabalho mais inclusivos, as participantes trataram sobre os mecanismos que supostamente devem apoiar a permanência e o aprendizado escolar. Ainda que se considere que a atenção às crianças e adolescentes com problemas de saúde mental não seja ainda alvo da educação especial, a referência ao Atendimento Educacional Especializado esteve presente, na produção de consensos e dissensos sobre seus objetivos e possibilidades de apoio para esta população.

A discussão suscitada pelas participantes evidenciou tanto o questionamento sobre a viabilidade deste dispositivo institucional para estas crianças, como também retratou sobre os mecanismos para sua existência, referidos principalmente no debate sobre a obrigatoriedade de laudos médicos como condicionantes para a oferta deste atendimento, como é destacado a seguir:

“Depende da criança. Tem criança que eu acredito que seja interessante (a inclusão na SR), e aí que está, quando tem alguma monitora sobrando. Porque elas são para as crianças com deficiência. Agora mesmo que eu falei para a monitora ir com uma criança que está em sofrimento, que é de um lar desfeito, que a mãe largou. Está sendo tratada por um tio. Então ela é uma criança que está precisando, mas é por um tempo, e isso que a gente está fazendo com ela tem dado resultado.” (E1)

“A maioria (das crianças em situação de sofrimento psíquico) que entram na SR, dada a disponibilidade, porque assim, agora a gente está lotado, se aparecer uma criança com deficiência oficial, infelizmente eu vou ter que tirar quem não é oficial.” (E6)

“Eu vejo como um bom recurso, porque as crianças que têm sofrimento psíquico muitas vezes elas precisam estar um pouco ali sozinhas, ou estar num grupo menor para ter uma atenção um pouco diferenciada. Algumas crianças, elas têm o cognitivo mais preservado, e outras não, mas independente disso, muitas vezes o psicológico precisa de uma atenção diferente. Então muitas vezes aquele contato mais particular com a professora, com aquela atenção mais individual, aquele carinho que não deixa de ter, eu acho que isso faz a diferença, não só no cognitivo, mas na relação que a criança estabelece com a escola, com os colegas, com esse todo, então por isso eu acho interessante.” (E16)

“Não, na minha opinião, elas (crianças e adolescentes em experiência e sofrimento psíquico) precisariam de um outro tipo de serviço, não é o da sala de recursos. A sala de recursos, como o próprio nome diz, é para dar recursos para o acesso à aprendizagem. Na minha experiência a maior parte dessas crianças que nós estamos acompanhando elas não tem problemas de aprendizagem. Elas podem vir a ter dificuldade com a aprendizagem em decorrência desse sofrimento, de ausência da escola, de questões emocionais, enfim...de todo o contexto. Eu acho que o que eles precisavam é de um outro serviço, que eu não tenho o modelo, mas que eu entendo que seria de uma atuação de um outro profissional, ou de outros profissionais. Um conjunto que a escola tem, por exemplo, de uma equipe de gestão que fizesse mediações desses conflitos. Acho que é bem diferente do que a proposta da sala

de recursos. Que elas precisam de algum serviço eu não tenho dúvida. Acho que seria um serviço que contasse com o amparo da saúde, mas que fosse um trabalho da educação, porque está dentro do universo escolar.” (E17)

“Ele de fato é uma criança que possui alguma deficiência, ou ele tem dificuldade de aprendizagem? Então às vezes fica uma linha muito tênue, porque ao mesmo tempo em que a gente tem as salas de recursos, a gente tem um projeto de reforço e o projeto de reforço atende as crianças com dificuldade de aprendizagem. Então antes da gente inserir na sala de recursos, a gente faz uma série de avaliações para ver se ele é realmente uma criança com dificuldade de aprendizagem ou com deficiência. Eu vou dizer para você que extra classe, extra oficial, às vezes a gente tem crianças com dificuldades de aprendizagem frequentando sala de recursos como algum apoio para um avanço um pouco melhor da questão da aprendizagem dele.” (E18)

Ainda que tenham sido manifestadas diferentes percepções sobre a pertinência da entrada de crianças e adolescentes nas Salas de Recursos, os discursos assinalados tratam sobre a importância de que haja dispositivos institucionais que possam dar qualidade e amparo para o percurso escolar destas crianças e adolescentes, e ainda mais, que possam sustentar efetivamente suas permanências na escola. A necessidade de singularização do contato/atenção é, portanto, compreendida como central para o desenvolvimento do trabalho, e o que se mostra é que as gestoras ainda estão em processo de formulação reflexiva sobre quais seriam os melhores recursos para estes grupos.

De fato, se a SR está condicionada a existência de protocolos e estratégias muito delimitadas e codificadas, a experimentação da participação das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico poderá ficar dependente de respostas também padronizadas para o processo de aprendizagem, o certamente produzirá sensações coletivas de desamparo e pouca efetividade, pois de fato podem não alcançar esta população. Discutimos assim também a necessidade de problematização sobre a qual tipo de aprendizagem, ou ainda, a que universos de dificuldades as SR hoje se propõem a intervir?

É presente também a situação de dificuldade e falta de acesso às estratégias que possibilitam a inclusão, constatadas no fato de que a não inclusão oficial no AEE limita às ações e a torna dependente da chegada de crianças com deficiências. De certo modo, é

estabelecido então um mecanismo burocratizado e cruel para a dinâmica institucional que acaba por priorizar o público a ser atendido não por meio da análise de sua maior necessidade, outrossim pela existência de laudos e relatórios. Em outros termos fica evidente que a inexistência do termo “sofrimento/psíquico” e/ou “problemas de saúde mental” – enquanto condições/experiências e não como patologia/transtorno - nas legislações sobre educação inclusiva acabam por determinar duramente a trajetória institucional de exclusão destas crianças.

Situações semelhantes ocorrem também em outras políticas e programas de acesso que estão condicionadas não à vulnerabilidade ou maior necessidade, mas sim à existência e enquadramento de acordo com patologias e transtornos, como por exemplo, se observa com relação à isenção de pagamento do transporte público em algumas cidades para pessoas com determinadas doenças, entre outras situações correlatas. Sobre este aspecto Caliman (2013) aponta para a tendência contemporânea de que o acesso a certos conjuntos de direitos são determinados pela existência e o reconhecimento de *biodiagnósticos*, condicionando a cidadania como recurso prioritário para grupos marcados por condições biológicas, sem que se construam outros eixos de análise ao acesso aos mesmos direitos por outras pessoas.

Atravessando o debate sobre a pertinência da inclusão destas crianças nas Salas de Recursos, a obrigatoriedade dos laudos médicos para a inclusão de alunos no AEE esteve também evidenciada, uma vez que em muitos discursos, a reflexão sobre o público a ser atendido referiu-se exclusivamente à menção daqueles que poderiam ter acesso às salas, dada a existência destes documentos comprobatórios, como indicam os relatos das participantes a seguir:

“Eu atendo crianças que não têm o laudo. Por exemplo, umas crianças que não têm o laudo, mas têm problemas eu acabo atendendo. Porque hoje assim, se ela faz parte da rede, faz parte da escola, ela não pode ser excluída por causa de um laudo. Porque ela precisa do atendimento. Precisa pelo menos de um apoio. E se fosse ver, no período que a professora da sala de recursos está aqui, não dá conta de todos os que têm necessidade sem o laudo. Ela tem poucos laudos e muitas crianças. O mais importante para o sistema é o laudo, então essa criança tá sendo atendida por conta do laudo. Porque ele é matriculado no sistema. Então é uma criança que vale como dupla matrícula em termos de repasse de verba, então ele conta

como duas crianças. Então ele tem que ter o CID, o laudo pra ser matriculado no sistema.”
(E9)

“Assim, o laudo é prioridade. A nossa coordenadora da educação especial ela coloca que sala de recursos para crianças laudadas, mas ela consegue fazer o atendimento pras outras também. Principalmente porque assim, se ela consegue nos ajudar ali, no sentido de "essa criança é assim, que tal ela fazer isso, que tal mudar" ... então às vezes uma simples orientação que a professora da sala de recursos nos dá, pra docente da sala regular já é suficiente, já ajuda a criança” (E14)

Como já apontado, a Nota Técnica do MEC (BRASIL, 2014) esclarece sobre a não obrigatoriedade do laudo médico como determinação para a inclusão no AEE e nas SR, todavia, hipotetiza-se que a necessidade de um relatório técnico a ser confeccionado por parte das professoras e profissionais da escola, produza esse tipo de confusão. Evidencia-se pelo discurso das diferentes professoras que a permanência das crianças ainda está condicionada a obtenção deste relatório (na maioria das vezes) que no município é realizado pela APAE em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, a lista de espera para os exames são longas e no geral as crianças participam das SR ainda sem este.

Cabe destacar que a intervenção recorrente do saber médico e psicológico no ambiente escolar, também é causador deste tipo de situação. As professoras e educadoras possivelmente sentem-se inseguras para a confecção de documentos que tratem sobre a presença de necessidades educacionais especiais possivelmente atreladas a situações de deficiências.

Em composição com as ações de apoio para a inclusão, as profissionais foram propositivas no sentido de apontarem como eixos centrais que podem favorecer o acesso e a permanência na escola, a construção e um contato com as redes de atendimento e de suporte das crianças. Ainda que muito centrados numa noção de encaminhamento, as narrativas a seguir apresentam os recursos, entendimentos e agenciamentos empreendidos pelas escolas e coordenações, a respeito da articulação da rede e de contato com outros setores e serviços:

“A gente tem que sair brigando pra alguém atender. Eu acho que eu venço pelo cansaço, porque eu conheço todo mundo, eu encaminho, mas eu não só encaminho, eu ligo, eu mando email, eu pergunto, eu vou atrás, eu peço retorno, então acho que eu venço pelo cansaço mesmo.” (E1)

“Dentro do contexto eu acho que o nosso trabalho poderia ser melhor ainda, mas a gente tem buscado junto às famílias dos atendidos aqui na sala de recursos, fazer ponte com os profissionais que atendem essas crianças fora daqui. Então a escola recebe visita de terapeuta ocupacionais pelas quais a criança passa num tratamento particular, a família vem aqui, as fonoaudiólogas, as psicólogas, da própria rede. Temos crianças atendidas no CHI (Centro de Habilitação), que é centro especializado para algumas crianças que têm necessidades especiais e que de repente manifestam também um comportamento que leva a gente a achar que possa ter um comprometimento mental. Então a gente busca essas articulações para ajudar num resultado possível” (E3)

“Claro que a gente dá um tempo antes, porque é muito comum chegar a criança do primeiro ano, “ah, então encaminha tudo que ninguém sabe”. Então a gente espera um tempo, dá uma segurada, principalmente no primeiro ano, para ver o que está dentro da normalidade e o que está fugindo do nosso normal, daí a gente passa para a sala de recursos para tentar dar um apoio uma avaliação. ‘Olha ah não, eu acho que precisa encaminhar para a avaliações na área da saúde’, ‘Ah não, acho que pode esperar um pouquinho para ver se dá um estalo e se desenvolve”. (E6)

Os excertos anteriores demonstram que de fato as professoras das SR e o AEE têm se mostrado como agentes mediadores de uma atenção e aproximação maior para as crianças de modo geral. Os posicionamentos das profissionais possibilitam o estabelecimento de um diálogo entre saúde e escola, que apesar de parecer ainda centrado no encaminhamento, pode abrir oportunidades para a efetivação de outras modalidades de parceria, mais horizontais e de trabalho compartilhado.

Sobre as articulações com outros setores e serviços, o Plano Municipal de Educação de Rio Claro (RIO CLARO, 2012) trata inclusive sobre a importância do contato da escola com

outros agentes que estão envolvidos na atenção aos estudantes. Como se vê, esse tipo de articulação é essencial inclusive para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes e demanda que os educadores tenham contato e conhecimento sobre a rede de serviços, os direitos desta população bem como os recursos para acessá-los.

Esta categoria temática indicou relevantes debates para o tema da inclusão de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na escola. Ainda que estas estejam nas escolas, o que se mostra é que toda a comunidade escolar se mantém bastante confusa e especialmente solitária na construção de uma permanência escolar para estas crianças que seja de fato potente. Considera-se que a ausência de políticas e a escassez de práticas reforçam o preconceito e o medo, tornando estas crianças como focos de problemas que na realidade são de causa institucional e política. O barulho que estas supostamente produzem no ambiente escolar, parece ser ouvido somente como ruído que atrapalha, uma vez que suas necessidades e potências são pouco evidenciadas, seguindo inaudíveis para as proposições de inclusão.

Entretanto, o tom supostamente mais pessimista não deve nublar a visão para a criação e detalhamento de estratégias interessantes. Como apontado pelas participantes, é evidente que quando o aluno está em situação de sofrimento, toda a comunidade escolar é tocada, e assim, as estratégias não devem ser direcionadas somente para a individualização dos problemas, mas sim criativas e que singularmente convoquem a todos ao cuidado e participação.

Por fim, destaca-se a urgente necessidade de criação de momentos transversais entre os diferentes atores sociais, especialmente trabalhadores da educação, saúde e assistência social, que possam assegurar a garantia de direitos essenciais de crianças e adolescentes. Ainda, reafirmando sobre a condução de trabalhos coletivizados que não reifiquem relações de saber entre as disciplinas e discursos, outrossim, que sejam fomento para a criação de saídas peculiares e interessantes para a inclusão, em níveis micro e macropolíticos.

❖ Percepções da educação sobre os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes do município

Conjuntamente com as narrativas que trataram sobre os agenciamentos e necessidades decorrentes da necessidade de inclusão destas crianças e adolescentes, as participantes

trataram também sobre a centralidade dos serviços de saúde mental nessa composição. As profissionais abordaram sobre os entendimentos que fazem destes serviços, bem como qualificaram as relações estabelecidas com estes. Esta categoria temática permitiu assim, identificar as compreensões e expectativas que a educação no município direciona aos recursos, pontos de atenção e profissionais do setor da saúde. Como se vê a seguir:

“Esperamos que conserte tudo (risos), que faça um acompanhamento contínuo.” (E9)

“Eles enviando pra nós o que a criança apresenta fica mais fácil, mas se eles não encaminham nada a gente vai atrás, liga e pergunta qual o problema. A gente espera que eles consigam detectar o problema da criança, aí fica mais fácil.” (E7)

“A expectativa é que as coisas sejam resolvidas. A gente sonha com a resolução dos problemas. De que essas crianças passem a aprender. Acho que a gente espera milagre né?” (E10)

Frequentemente, a chegada de equipes de saúde, entendidas como equipes de especialistas nas escolas, assim como apresenta Machado (2007) é responsável pela produção/atualização de duas ocorrências simultâneas. As forças atualizadas nestes encontros são nas afirmações da autora: uma expectativa por parte dos professores de que os profissionais de saúde possam decifrar os enigmas que carregam os alunos, seja em relação às suas dificuldades de aprendizagem, como também em relação aos seus gestos e afetos, entendidos muitas vezes como desvios do comportamento normal; e a ideia de que os problemas identificados pela comunidade escolar referem-se à faltas e processos localizados na individualidade de cada estudante, cabendo então aos profissionais ditos especialistas, o preenchimento destas faltas por meio de suas intervenções. Tais situações, ao que se enuncia neste trabalho constituem reflexo do processo histórico de constituição das disciplinas e de suas relações de forças no campo da atenção à infância e adolescência.

Em “O poder Psiquiátrico”, Foucault (2005) caracteriza a psiquiatria enquanto um campo no qual as relações de poder ultrapassam as relações de saber por meio justamente de uma prática discursiva em que as terapêuticas interessam menos do que os enunciados que as

legitimam. Os resultados ora apresentados, confirmam sobremaneira estas afirmações, na medida em que a nomeação de um diagnóstico segue como desejo e objetivo máximo do encontro entre os saberes neuro/psiquiátricos.

Os relatos apresentados pelas participantes, quando tratam sobre as expectativas em relação ao trabalho dos serviços de saúde mental, indicam mais expectativa em relação à classificação das crianças, do que exatamente sobre a constituição de um percurso de cuidado para as demandas que percebem.

Aqui, a classificação das crianças e adolescentes por meio de um diagnóstico realizado por um profissional de saúde (especialmente médicos e/ou psicólogos) tem uma eficiência ideológica relevante para a manutenção do aparato institucional – escolar, principalmente. O sistema educacional, enquanto estrutura sociopolítica, se articula por meios de seus mecanismos de inclusão/exclusão de crianças e adolescentes, em nosso caso aqueles em experiência de sofrimento psíquico, ao reafirmar a individualização dos problemas sociais, que ficam assim travestidos de doenças/transtornos.

Nesse sentido, o pedido frequente dos profissionais da educação para a realização dos diagnósticos produzem contentamento institucional, uma vez que atestam a suposta inadequação destes grupos para o aprendizado (COLLARES; MOYSES, 1994).

Nesta lógica, em que a revelação de um diagnóstico acarreta em efeitos quase místicos, como se observa nos relatos das participantes, em que a nomeação do suposto problema é visto como objetivo central dos contatos realizados com os serviços de saúde, parece amenizar as angústias e diminuir as expectativas em relação aos processos de aprendizagem e de participação destas crianças no contexto escolar. Assim, como já apontavam, na década de 90 do século passado, Collado e Moyses (1994), a formulação de um diagnóstico para as dificuldades de aprendizagem, para o não aprender, produzem a patologização de um problema vago, no qual crianças “recebem” transtornos e professores têm seus papéis sociais desvalorizados sobremaneira. Logo, a adoção dos termos médicos dentro do ambiente escolar reforça, legitima e reconhece as ações e inércias escolares a partir das ideias de distúrbios neurológicos, e mais recentemente de transtornos mentais, que parecem impedir a construção de alternativas de acesso e acompanhamento destes.

Por outro lado, outras falas de participantes parecem compreender a ativação de um trabalho com os profissionais de saúde, sustentando a prática a partir de uma composição mais coletiva e participativa, como se vê no relato a seguir:

“Eu espero um amparo. Eu sei que não vão sair receitas prontas, porque a gente sabe que a educação é um processo muito longo e quando você tem uma necessidade especial, mais ainda. Então eu não espero coisas prontas do tipo “vai resolver”, mas eu gostaria de um amparo maior e de saber que quando, em dado momento de crise maior, a gente tem aquilo a disposição rapidinho para resolver. Vamos sentar juntos e tentar caminhos, nesse sentido, acho que é o amparo. Um amparo que a criança precisa que vai além daquilo que nossa formação enquanto pedagogo permite. E também a gente ter um respaldo nesse sentido de saber também o que a gente enquanto pedagogo pode fazer, não querendo invadir a área do outro, mas aqui, né? Como a gente pode ajudar nesse processo? Acho que o que a gente espera é isso” (E13)

Embora trate de uma composição mais partilhada com os outros atores, percebe-se neste excerto anterior uma denotação que aponta para a desqualificação do trabalho da educação para o contato e sustentação da inclusão das crianças com sofrimento psíquico na escola. Mesmo afirmando sobre o entendimento de que as respostas não são padronizadas e mecânicas, a participante *E13* denuncia o que vem sendo tratado durante toda a presente unidade de pesquisa que revela a assimetria nas relações entre saúde-educação.

À medida em que se afirma que os docentes não têm os recursos necessários para o trabalho com esta população, fragilizam-se as relações na instituição escolar e os saberes ali constituídos, substituindo um possível discurso sobre as possibilidades por enunciados que afirmam as faltas sempre presentes neste espaço. Nas palavras de Machado (2007),

“Corremos, portanto, o risco de intensificar as produções de falta nos territórios que habitamos. Esse é um dos efeitos da dominação que se estabelece nas instituições onde trabalham especialistas, pesquisadores e cientistas. Já temos somado muitos anos de luta contra as avaliações psicológicas que reduzem os sujeitos a objetos mensuráveis e contra as práticas discriminatórias exercidas pela saúde e pela educação em relação às crianças com deficiência” (MACHADO, 2007; p.120)

Ainda que trate, o trecho citado, sobre as deficiências, transpondo esse entendimento para o campo das experiências de sofrimento psíquico, as faltas e abismos entre os

supostamente especialistas e os educadores parece tornar esta distância maior e mais profunda, na qual se espera destes inclusive um apoio para a construção de instrumentos de trabalho específicos ao campo da educação e não da saúde.

Outras expectativas se direcionam ainda para que a saúde, além de desvendar e nomear aquilo que as crianças apresentam, possa também apoiar a construção de um diálogo com as famílias e com outros serviços da rede, haja vista a dificuldade retratada pelas próprias profissionais para a consolidação de uma rede comunicacional, bem como pela oferta de atenção e acompanhamento, como se evidencia no seguinte relato:

“É que a criança consiga ser atendida. Minha expectativa é que alguém, algum especialista, - que eu não sou, porque eu sou pedagoga -, que algum especialista dessa área da saúde mental vá conseguir olhar pra essa criança, conseguir conversar com essa família, dialogar com ele, e ver formas de atuação. E que nos ajude, conseguindo desvendar a ponta de lá, nos ajudar o que é que temos que fazer aqui.” (E14)

Essa fala reflete não um descompromisso do profissional para com uma atenção integral de seus estudantes, mas sim, indica o quanto os profissionais da educação se encontram destituídos de seus próprios saberes, em um processo de autodesqualificação e de não reconhecimento de possibilidades de trabalho. Solicita-se a mediação da saúde para o encontro com as famílias, como se algo de mais “especializado” fosse necessário para o contato com a comunidade que participa da dinâmica escolar. Novamente, encontra-se este posicionamento como herdeiro de um movimento ideológico que historicamente buscou enfraquecer os saberes comunitários, familiares e educacionais, na defesa da soberania de um pensamento e intervenções do campo da saúde, como devidamente explicitado na introdução deste trabalho.

Um outro compromisso, político e emancipador deve ser assumido então por todos os que atuam com estas populações (educação, saúde, assistência social e famílias), para a construção de trabalhos pactuados e colaborativos, nos quais a intersectorialidade e suas ferramentas podem consistir importantes eixos.

Nesse sentido, as contribuições do contato com os serviços de saúde mental são também apontados pelas participantes como centrais para o desenvolvimento das crianças

acompanhadas e ainda mais, para a segurança do próprio profissional da educação, na consolidação de uma rede de apoio que favorece o atendimento nos diferentes serviços, como apresentados pelas narrativas das duas participantes a seguir:

“A gente realmente percebe que as crianças que têm um acompanhamento, o desenvolvimento delas é muito evidente, a gente percebe que esse atendimento faz diferença para a gente aqui na sala de aula, com as professoras. Ele é muito importante.” (E2)

“Porque é reconfortante saber que tem outro profissional auxiliando aquela criança. Dá para ligar pedindo socorro.” (E6)

Em oposição, outras participantes apontam que o contato e a parceria com os serviços de saúde mental ainda estão aquém das necessidades apresentadas pelas escolas. De modo geral, as críticas residem nas falhas relacionadas aos processos de comunicação, e na expectativa frente às devolutivas a serem realizadas pelo CAPSij ou pelo CRIARI. O que se denota é que a expectativa com a devolutiva se direciona para dois objetivos: o de ter nomeado aquilo que a criança apresenta e, a possibilidade de uma pactuação e participação mais colaborativa no cuidado. Estas duas nuances são apresentadas nas narrativas a seguir:

“Uma devolutiva do que pode ser feito por essa criança em parceria sabe? Saúde, educação e família, porque nenhuma das três vai dar conta dessa criança sozinha. Acho que seria bom um parecer mesmo, para ver se o nosso olhar pedagógico é um olhar também por parte da saúde porque às vezes, eles têm uma visão diferente e um pode estar ajudando o outro de como trabalhar com isso.” (E11)

“Então nós temos uma devolutiva: “Olha a criança foi recebida e vai ser atendida”, mas a continuidade do processo é o que a gente não está conseguindo manter. Então agora o pessoal do fundamental está indo com certa frequência no CRIARI para ter essa conversa. Nós (da educação) infantil temos liberdade para poder ligar e ter informação, mas talvez precise de um instrumento que dê essa informação “olha a criança continua” “a criança

teve alta da psicologia ficou só na fono” então esse tipo de informação que a gente precisa aprimorar, mas eu entendo eu para o serviço é complicado, pelo número de profissionais, não é o ideal. Dentro do que é possível está sendo feito.” (E16)

“Porque às vezes o profissional está preocupado em atender a quantidade, a demanda que tem vindo, e aí ele não tem esse espaço pra ele fazer uma devolutiva para a escola. Mas a escola está sempre procurando, querendo saber se está indo, se teve alguma situação diferenciada no atendimento...existe um contato direto entre as escolas, mas essa situação entre o encaminhamento e a devolutiva às vezes leva um certo tempo.” (E18)

“Gostaria que os CAPSij disponibilizassem mais informações a respeito das crianças. Esse retorno de quais são as crianças que realmente estão frequentando, porque o fato de você encaminhar a criança não é o fato de que a criança vai fazer o acompanhamento. Por exemplo, a família vem aqui e a gente faz o encaminhamento. Aí eles levam lá, elas marcam alguns retornos. Só que a família vai em dois, três e não vai mais. E a gente não sabe, eu não sei se a família tá indo ou não. No início que a gente pediu tem uma guia de retorno. Mas essa guia, só vem falando: crianças em oficina avaliativa, ou foi encaminhada pro CRIARI. Mas assim, a gente perde um pouco esse foco, né? Foi encaminhado pro CRIARI pra quem? Quando é o retorno? A família está levando ou não?” (E9)

Fica nítido que o trabalho mesmo que ainda caracterizado pela centralidade outorgada à saúde, é esperado pelas educadoras como a possibilidade de consolidação de fluxos de comunicação entre os setores. Estas contribuições apontam para a importância dos arranjos em rede e ilustram sobre a sobrecarga do trabalho quando estas parcerias não são efetivadas. O trabalho compartilhado, explicitado pela importância do eixo educação-saúde-família é também enunciado, ainda que não se refiram a outros atores da rede que possam ofertar novos olhares e compreensões sobre a participação da assistência social e de outras instituições/entidades dos territórios.

O acompanhamento mais sistemático e uma aproximação mais intensiva com a comunidade escolar permitiu neste estudo e no *Projeto-Piloto Intersetorial* que foi tecido, a possibilidade de que novas demandas fossem assinaladas enquanto formatos de um trabalho

mais colaborativo, integral e relacionado a toda comunidade escolar, desfocando o campo de visão para não somente um indivíduo/transtorno.

Finalizando, retomamos a pertinência e potência deste contato com a educação, no sentido da identificação de suas principais demandas, desafios e anseios no que tange o tema da saúde mental na escola, relacionado tanto às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico como também às atuais estratégias e inseguranças vividas pela comunidade escolar. A ausência de políticas, programas e outros apoios que sejam mesmo do campo da educação deslocam ou ainda, inibem o reconhecimento das potências deste setor para um trabalho de inclusão com esta população. É necessário assim, que as diferenças possam deixar de ser marginalizadas, ultrapassando os discursos de tolerância, num exercício de democracia que reconheça os saberes que carregam de todos os atores.

Segundo aponta Mantoan (2015), e de acordo com o que foi revelado nos discursos e práticas apresentadas nesta etapa com as educadoras, torna-se necessário que a educação, numa perspectiva inclusiva, possa ultrapassar as cristalizações decorrentes das ideias de identidade e diferença, assumindo a diversidade como norte. Implica essa mutação, no reconhecimento de que ainda se assume uma ética da inclusão bastante conservadora, biomédica, sob a qual passivamente se acredita que toda diferença se produz naturalmente. É relevante que possamos reconhecer que as diferenças, enquanto marginalizações são recorrentes de processos sociais dos quais a educação está historicamente implicada e é agente central de manutenção.

Resta assim a adoção de práticas de transgressão na defesa radical da democracia (MANTOAN, 2015) que possam problematizar a instituição escolar bem como as relações/fluxos e rotinas que se afirmam em seu cotidiano. Um caminho possível seria a desnaturalização dos diagnósticos médicos enquanto ferramentas de acesso ao AEE. Entendemos neste momento o AEE e a SR como possibilidade de agenciamento de certa singularização da atenção, enquanto a escola como um todo não possibilita por seu próprio funcionamento, essa singularização-inventiva a respeito do percurso de cada um de seus estudantes.

Ainda, apostamos na efetividade da ação em rede que esteja marcadamente orientada pelos princípios de uma educação que promova a construção de comunidades socioeducativas inclusivas enquanto um processo social de responsabilidade coletiva (PARRILLA, 2010).

II.2.3.2. B - A percepção das trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI sobre a intersetorialidade

Este material forneceu ancoragem importante para a organização do Plano de Ação da pesquisadora bem como para a elaboração dos Seminários de Alinhamento que se seguiram. Teve como objetivos principais identificar a percepção das trabalhadoras sobre a intersetorialidade e mapear ações já realizadas com outros setores. A seguir apresentamos os resultados referentes a esta ação, correspondendo ao conjunto de contribuições da participação de 14 trabalhadoras, sendo 8 do CRIARI e 6 do CAPSij.

Importa adiantar que estes resultados, apresentados a seguir, são bastante semelhantes aos encontrados no Estudo 1, referente ao tema da intersetorialidade. Desta forma, aqui apresentamos estes resultados, na intenção de revelar a percepção das trabalhadoras dos serviços de forma a oferecer um plano de fundo para a compreensão das ações que se seguiram e, também, como possibilidade de aproximar, a partir da prática real, os aspectos elencados no estudo pelos gestores dos CAPSij. Aprofundamentos e discussões mais sistematizadas estão destacados no referido estudo anterior.

Questionadas sobre a realização das ações intersetoriais, todas as colaboradoras apontaram que seus serviços estão engajados nestas atividades. A respeito da forma com que agenciam estes momentos, o quadro a seguir apresenta as informações sistematizadas em categorias:

Quadro 12: Descrição das ações intersetoriais desenvolvidas

Categorias	Exemplos
Parceiros	<ul style="list-style-type: none">- Secretaria de Educação- Serviços de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA)- Conselho Tutelar<ul style="list-style-type: none">- Escolas- Famílias- Judiciário- outros serviços de saúde mental<ul style="list-style-type: none">- CRAS- CREAS- Atenção Básica- Reunião mensal para rede Proteção à Infância e Adolescência/PROTECA (saúde, educação, justiça, assistência social, esporte, habitação, outros)
Objetivos das reuniões	<ul style="list-style-type: none">- troca de relatórios e encaminhamentos- reuniões para discussão de casos específicos (crianças e

	<p>famílias)</p> <ul style="list-style-type: none"> - para ampliar o cuidado e a atenção ao usuário - para garantia do cuidado integral - reunião para qualificação dos Conselheiros Tutelares
Ações	<ul style="list-style-type: none"> - anteriormente realizaram matriciamento para Educação Infantil - projeto entre CAPSij e CRIARI para visitas mensais nas escolas <ul style="list-style-type: none"> - visita a outros serviços - ações amplas com a educação
Dinâmica das reuniões	<ul style="list-style-type: none"> - geralmente comparece um profissional de cada serviço - ocorrem com frequência (porque serviço é porta de entrada) e quando necessário - há casos em que se convoca a rede inteira do município <ul style="list-style-type: none"> - ocorre no CAPSij e nos outros serviços
Periodicidade	<ul style="list-style-type: none"> - participa em momentos pontuais - fórum com educação (mensal e com discussões de caso)
Dificuldades/Impasses	<ul style="list-style-type: none"> - Não conseguem contato com a Educação Estadual

Conforme relatado, ainda que com frequência oscilante, os serviços têm realizado ações com diferentes parceiros empenhados no cuidado às crianças e adolescentes. Fazemos um destaque para as ações realizadas juntamente à Rede PROTECA (Fórum de Proteção aos Direitos das Crianças e Adolescentes), reconhecido pelas profissionais como importante e potente espaço de articulação em vigor no município. Neste fórum PROTECA estão presentes profissionais de diferentes setores, principalmente da educação, assistência social e Conselho Tutelar, que têm congregado temas sobre garantia de direito e proteção e possibilitado a discussão de algumas situações de vulnerabilidade do município.

Verifica-se também que as colaboradoras assinalaram as experiências anteriores com a educação e já à época citaram o *Projeto-Piloto Intersetorial*.

Mais uma vez, assim como relatado no 1º Movimento deste estudo, o acesso à Educação Estadual aparece como uma barreira para o cuidado aos adolescentes que implica, em certa medida em um quadro de desassistência e desamparo à essa população. Esses dados ainda ficam mais expressivos quando retomados os resultados do Estudo I desta pesquisa, no qual a Educação Estadual se colocou como ponto delicado da rede e principalmente pelo fato de que a entrada na adolescência figurou enquanto um dos principais motivos para a não inserção escolar.

Na perspectiva de um entendimento sobre as demandas do campo, as colaboradoras foram questionadas sobre quais são, em suas opiniões, as situações vividas na prática de

trabalho, e ou os casos acompanhados, que mais solicitam/demandam o estabelecimento de ações intersetoriais. Sobre este tema as respostas dadas foram categorizadas e estão apresentadas a seguir:

Quadro 13: Situações que mais exigem estabelecimento de ações intersetoriais

Situações	Exemplos	Citações (n)
Questões relacionadas ao ambiente escolar	- comportamento no ambiente escolar - fobia escolar - crianças com demandas relacionadas à educação (por conta das demandas das próprias escolas) - chamado por diagnóstico de TDAH (escolas)	7
Crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade e risco (sem especificação)	- casos e situações graves (vulnerabilidade das crianças e das famílias) - casos extremos* - necessidade de apoio da ação social	7
Contextos familiares	- conflitos familiares - famílias em situação de risco social	4
Crianças e adolescentes em situação de acolhimento institucional	- crianças e adolescentes acolhidas e desacolhidas institucionalmente	4
Condições específicas	- Síndrome de Asperger - Deficiência Intelectual	3
Presença de sofrimento intenso/transtorno grave	- presença de transtorno grave	2
Crianças e adolescentes vítimas de violência	- violência/abuso sexual	2
Uso de Substâncias Psicoativas	- uso de drogas	2
Todos	- todos	2
Crianças e adolescentes em situação de rua	- crianças e adolescentes em situação de rua	1
Agitação e/ou agressividade	- agressão e agitação	1

* casos extremos em que estão envolvidos importantes riscos

Ainda que não estivesse sugerido que tratassem sobre a educação, as citações às demandas escolares figuraram em primeiro lugar. Pode-se perceber que, para além da condição de vulnerabilidade/gravidade da criança e de seu contexto familiar, as escolas solicitam muitos contatos e ações decorrentes dos encaminhamentos. Duas profissionais inclusive mencionam que são as demandas dos profissionais das escolas que geram mais

ações intersetoriais. Tal fato reafirma inclusive o que já foi discutido anteriormente e que justifica sobremaneira a necessidade de articulação com educação, pelo fato de serem os principais profissionais ocupados com as crianças e adolescentes e, portanto, aqueles que mais encaminham.

A este respeito, o trecho a seguir, de uma das trabalhadoras apresenta de modo interessante a necessidade de trabalho junto à educação:

Trabalhadora 5: Pelo que pude observar a maior demanda de casos que pedem ações intersetoriais são às relacionadas à educação. Percebo que há uma tendência das escolas em individualizarem os casos em que tem dificuldades de lidar, pelo que pais e professores "medicalizam" seus problemas, responsabilizando a criança / adolescente marginalizado. Há uma grande demanda por diagnósticos como TDAH, visando o uso de medicamentos para resolver problemas sociais, culturais, escolares, familiares...

O excerto apresentado anteriormente reforça sobre a necessidade de construção de um trabalho mais aproximado entre saúde e educação, que possa mais do que ofertar atendimento para determinadas crianças e adolescentes, constituir momentos de reflexão e de problematização das estratégias que são utilizadas pelas instituições. A contribuição da profissional em sua narrativa tece também considerações que intensificam as afirmações e discussões estabelecidas anteriormente no tópico que tratou das entrevistas com as educadoras, especialmente no que tange à reafirmação dos processos de individualização dos sofrimentos, na patologização da vida e da medicalização dos percursos escolares.

No caso específico desta cidade, os serviços de acolhimento institucional (SAICAs) também são lugares centrais para o delineamento de práticas mais formais de trabalho intersetorial, uma vez que as situações de acolhimento institucional de crianças e adolescentes têm demandado o apoio dos serviços de saúde mental, como apresentado.

Importa destacar que a divisão proposta entre vulnerabilidade, violência, acolhimento, assinalado no quadro anterior com os resultados, não indica que estes últimos não estejam inseridos na temática das vulnerabilidades sociais para crianças e adolescentes, mais sim teve como objetivo apenas detalhar com mais precisão o que foi apresentado, nas categorias assinaladas.

Todavia, podemos perceber que, para além das situações que pedem ações com as escolas, outras situações que envolvem dinâmica intersetorial relacionam-se com casos de

vulnerabilidade intensa e ausência importante de direitos sociais. Relacionamos estas afirmativas das profissionais justamente com o que têm sido indicado na literatura temática de que a intersectorialidade, em suas formulações têm mesmo como objetivo responder e agenciar respostas coletivas para as profundas iniquidades sociais, para a garantia de direitos sociais e para a equidade, dado que nunca um setor isolado será capaz de responder à complexidade das condições (INOJOSA, 2001; MALFITANO, 2013; MENDES; AKERMAN, 2007).

Foi também solicitado às colaboradoras que indicassem quais, em suas opiniões, são os benefícios da constituição de ações intersectoriais, as respostas, após categorização, são apresentadas a seguir:

Quadro14: Benefícios relacionados ao estabelecimento de parcerias intersectoriais

Benefícios	Exemplos	Citações (n)
Compartilhamento do trabalho/percepções/conduitas	<ul style="list-style-type: none"> - maior conhecimento sobre a rede e os serviços - pensar junto com pessoas de outras áreas <ul style="list-style-type: none"> - dividir angústias - construir junto - enfrentar junto dificuldades - fortalecimento de causas - fortalecimento das lutas e ideais 	17
Aspectos relacionados às pessoas em acompanhamento	<ul style="list-style-type: none"> - olhar integralmente para a pessoa <ul style="list-style-type: none"> - possibilita novos olhares - maior atenção e cuidado ao usuário - visão do todo (situação real e suas necessidades) <ul style="list-style-type: none"> - necessidades deixam de ser compartimentalizadas - abranger todas as áreas da vida do sujeito 	11
Aumenta estratégias	<ul style="list-style-type: none"> - amplia recursos e alcance - ações mais efetivas e duradouras 	3
Efetiva o cuidado	- planejar e executar estratégias de cuidado	3
Beneficia globalmente	- todos os benefícios	2
Corresponsabilização pelo cuidado	- corresponsabilização	1
Não listou	-	1

As respostas ofertadas permitiram dimensionar que os benefícios das práticas intersectoriais situam-se principalmente em duas dimensões: benefícios para a própria prática profissional e incremento/fortalecimento das ações de trabalho; além dos benefícios para as pessoas acompanhadas. Essas perspectivas fazem crer que a intersectorialidade para além de

figurar como normativa, é acima de tudo um recurso que qualifica e efetiva ações em saúde, trazendo melhorias nas condições de trabalho e de vida para todos os envolvidos.

A possibilidade de compartilhamento de ideais, lutas e angústias, tal como apontaram é sem dúvida um alimento para a continuidade do percurso de trabalho na atenção às crianças e adolescentes e uma potente ferramenta para transformação das lógicas de cuidado e atenção que hoje versam sobre estas populações e que, no geral, têm se mantido mais disciplinares do que emancipatórias.

Já a respeito dos principais entraves e dificuldades para o estabelecimento de atividades intersetoriais, foram indicadas pelas colaboradoras, situações que, categorizadas, são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro15: Dificuldades para o estabelecimento de parcerias intersetoriais

Dificuldades	Exemplos	Citações (n)
Resistência e dificuldade na articulação com outros serviços	<ul style="list-style-type: none"> - enrijecimento dos serviços - serviços que não compreendem o que lhes cabe na situação - definir ações de cada setor - colocar em prática as ações definidas em conjunto - equilibrar interesses - indisponibilidade e abertura para a socialização de novas ideias - ações compartimentadas - libertar-se de seu “único jeito de fazer” - dificuldade de trabalhar em equipe 	18
Profissionais e serviços que não atuam/acreditam na perspectiva intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> - aproximar serviços que são resistentes às práticas intersetoriais - desconhecimento sobre a prática do trabalho intersetorial - descrença dos trabalhadores de que o trabalho em rede possa ser resolutivo 	5
Dinâmica do trabalho nos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - cobrança dos gestores quanto ao atendimento da demanda interna - falta de tempo para a articulação - cristalização de práticas - abrir mão da burocratização dos serviços 	4
Relações de trabalho/ hierarquização das práticas/aspectos políticos da gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Relações de poder - o uso do “cumpra-se” - falta de vontade política 	4
Desconhecimento de outros serviços sobre o que é um CAPSij	<ul style="list-style-type: none"> - os outros serviços não sabem o que o CAPSij faz/atende 	4

Problemas com setores específicos	- dificuldade com a equipe técnica do fórum - falta de proximidade com a educação básica - pouco contato com o Conselho Tutelar	3
Superação da lógica do encaminhamento desresponsabilizado	- serviços que funcionam na lógica do encaminhamento	2
Agenda para os encontros	- equalizar horários	2
Articulação da atenção psicossocial	- dificuldade de criar ações na dimensão psicossocial	1
Trabalhar na perspectiva do entendimento da demanda	- valorizar a ação de acordo com a demanda	1
Outros	- exclusão - autonomia	2
Não listou	-	2

Ao mesmo tempo em que se situa como principal benefício, a articulação com os outros setores configura também o principal desafio para a construção de práticas de trabalho conjuntas. No geral, serviços que atuam em lógicas mais rígidas de funcionamento tendem a apresentar dificuldades para a elaboração de propostas mais criativas e fluídas de trabalho, que muitas vezes é condição e exigência do trabalho intersetorial de apoio para crianças e adolescentes. Outra dificuldade assinalada neste estudo e que tem repercussão também no Estudo I, bem como o anterior, trata sobre a dificuldade de negociação acerca dos combinados e sua sustentação posteriormente às reuniões decisórias, ou seja, seguir com os combinados e fazer com que as ações pactuadas ocorram por parte de cada um dos envolvidos segue sendo um importante desafio.

Mais uma vez retomamos sobre a necessidade de sustentação de práticas intersetoriais que admitam que esta modalidade de gestão do trabalho é um tanto quanto inovadora para parte relevante de seus componentes, e por isso precisa ser em certo sentido, aprendida/experimentada. Para que pessoas, grupos e equipes possam de fato se corresponsabilizar pelo cuidado, atenção, proteção de crianças e adolescentes numa perspectiva emancipatória e coletivizada, é necessário que antes, dominem certo conjunto de “regras” acerca das ferramentas deste trabalho, e ainda, que possam circular de modo mais tranquilo e efetivo sobre um novo campo discursivo que entende crianças e adolescentes como sujeitos e que busca revelar, mais do que processos de adoecimento, os determinantes sociais que implicam no sofrimento e vulnerabilidade das pessoas e comunidades (GELINSKI, 2011; COUTO; DELGADO, 2016).

II. 2. 4 – O 3º Movimento: Empenhando Esforços

Este movimento esteve direcionado para a realização das ações de fortalecimento das trabalhadoras da saúde mental no sentido da articulação necessária para o encontro com as escolas. Correspondeu, portanto, ao desenvolvimento dos Seminários de Alinhamento, em que se processaram aprofundamentos teóricos e a construção de estratégias de trabalho, e às reuniões com as Coordenações para ordenamento do trabalho.

Assim, como descrito anteriormente, os Seminários propostos por Thiollent (2011) buscam uma elaboração programática do Plano de Ação da pesquisa e da articulação do Projeto-Piloto Intersetorial do município. Configura-se como espaço de “conversa” entre os saberes formais e os informais que objetivam a construção da transformação social pretendida. Em nosso caso, acrescentamos o termo Alinhamento uma vez que seguimos na perspectiva de não produzirmos encontros em que a pesquisadora assumisse o lugar de supervisão das ações, mas sim, que pudesse servir enquanto interlocutora e mediadora dos saberes, opiniões e percepções em pauta nas ocasiões. Os Seminários de Alinhamento tiveram então como objetivo favorecer espaços de encontro entre as trabalhadoras da saúde mental de crianças e adolescentes para certa planificação teórica, programática e prática sobre o andamento do Projeto Piloto-Intersetorial, seus objetivos e as ações seguintes. Processos de avaliação e de aprofundamento com os sujeitos envolvidos que contam ainda com a participação de um membro externo ao campo, no caso a pesquisadora, compõem também momentos relevantes na condução das pesquisas de avaliação por triangulação de métodos, ao qual esta pesquisa como um todo buscou realizar (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Foram realizados sete Seminários de Alinhamento durante o correr da pesquisa, gerando a produção de sete Relatorias, além de inscrições no Diário de Campo relativos também às Reuniões com as Coordenações. Estiveram presentes as trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI, incluídas as coordenadoras dos serviços e em algumas ocasiões a gestora municipal de saúde mental. Especialmente no primeiro seminário estiveram presentes os trabalhadores de outros pontos de atenção da RAPS, entre estes do CAPSad, CAPS adulto e do ambulatório de saúde mental para adultos. Os encontros aconteceram entre agosto de 2015 e junho de 2016.

Após pactuação com a gestora municipal e com as coordenadoras dos serviços CAPSij e CRIARI os Seminários foram realizados sistematicamente. Para início e apresentação da

pesquisadora combinamos a participação nos encontros da Saúde Mental, evento recém iniciado no município no qual uma vez por mês os trabalhadores dos serviços estratégicos, dos ambulatórios e de alguns dos NASFs se reúnem para a discussão de pautas e temas comuns ao campo. Participamos do segundo destes encontros com a oferta de uma apresentação dialogada sobre intersetorialidade e saúde mental, ocorrida no mês de agosto. Os Seminários seguintes de Alinhamento ocorreram somente com as equipes de atendimento às crianças e adolescentes.

Para facilitar a compreensão sobre as atividades, datas e ações realizadas nos Seminários de Alinhamento, apresentamos os quadro a seguir que condensam as informações:

Quadro 16 – Temas e ações realizadas no 1º Seminário de Alinhamento:

ENCONTRO DATA	TEMAS DEBATIDOS	ESTRATÉGIAS UTILIZADAS E PROPOSTAS PACTUADAS
1º Agosto 2015	<ul style="list-style-type: none">• A intersetorialidade na construção da atenção em saúde mental	<ul style="list-style-type: none">• Discussão em grupos

Quadro 17 – Temas e ações realizadas no 2º Seminário de Alinhamento:

2º Setembro 2015	<ul style="list-style-type: none">• Retomada da história dos serviços• Histórico das ações com a educação• Percepção sobre as principais queixas e solicitações da educação: crianças sem avaliação que seguem do E. Infantil para o E. Fundamental; desenvolvimento infantil; famílias (garantir que levem crianças aos atendimentos); acompanhamento das crianças na sala de aula;• Fluxos e Encaminhamentos: Atenção Básica, APAE, Escola• Objetivos do Projeto Piloto Intersetorial: melhorar fluxos e encaminhamentos; aproximar e desconstruir visão e pensamentos estigmatizantes sobre as crianças e adolescentes;• Acolhimento e RAPS;• Família/Comunidade/Território: qual a compreensão da escola e dos serviços de saúde mental sobre?	<ul style="list-style-type: none">• Alinhar melhor os objetivos do Projeto Piloto-Intersetorial• Convidar escolas a pensar junto sobre território• Sugestão para o mês: leitura sobre território: Caderno de Atenção Básica 34
---------------------------------	--	--

Quadro 18 – Temas e ações realizadas no 3º Seminário de Alinhamento:

<p style="text-align: center;">3º Outubro 2015</p>	<ul style="list-style-type: none">• Experiências do primeiro encontro com as escolas: boa recepção; angústia das escolas em saber sobre as crianças encaminhadas; atravessamento de outras situações em relação à crianças acompanhadas no CAPSij; pedido por observação das crianças no contexto da escola• Mobilização da Educação para o Projeto: fluxos de encaminhamentos não responsabilizam escola• Como crianças e adolescentes ocupam/pertencem ao território?	<ul style="list-style-type: none">• Sistematização das visitas às escolas;• Retorno sobre leitura Caderno 34: ninguém leu;• Para o mês: reforçar com escolas o referenciamento das duplas de trabalhadoras CAPSij/CRIARI; “desenho” do território pelas equipes CAPSij/CRIARI a partir da referências para as escolas; realizar reunião de alinhamento com a Educação (gestão e escolas); leitura durante reuniões de equipe do Caderno 34
---	---	--

Quadro 19 – Temas e ações realizadas no 4º Seminário de Alinhamento:

<p style="text-align: center;">4º Novembro 2015</p>	<ul style="list-style-type: none">• Retomada dos combinados• Delineamento dos objetivos do Projeto-Piloto Intersetorial• Equipe do CAPSij se dividiu em relação ao território de abrangência;• Territorialização e reconhecimento do território: via escolas e não via Atenção Básica• Metodologias para trabalho com as escolas: discussão de casos para encaminhar X casos já em acompanhamento; discussão de casos X conversas sobre território• Crianças em situação de acolhimento institucional	<ul style="list-style-type: none">• Proposta de registro do trabalho com escolas• Utilização das ferramentas para discussão de casos como eixos de análise intersetorial• Para o mês: reunião de alinhamento com Secretaria Municipal de Educação; registro dos encontros com escolas• Seminário temático para próximo mês: território, clínica ampliada e projeto terapêutico singular;
--	--	---

Quadro 20 – Temas e ações realizadas no 5º Seminário de Alinhamento:

<p>5º Janeiro 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">• Seminário dialogado: território, clínica ampliada e PTS• O lugar do ambulatório na RAPS: qual alinhamento possível?• Ambulatório e a atenção psicossocial: reforça patologização, dificuldade de articulação com o território;• Aproximação com Atenção Básica• Como construir concretamente a rede?	<ul style="list-style-type: none">• Discussão de casos• Apresentação de ferramenta de apoio para discussão de casos• Sugestões para o mês: realizar avaliação do andamento do projeto com a educação
----------------------------	--	--

Quadro 21 – Temas e ações realizadas no 6º Seminário de Alinhamento:

<p>6º Fevereiro 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">• Atenção Básica e matriciamento: esvaziado e sem sentido, crianças não circulam pela AB• Retomada do trabalho com as escolas no formato de Fórum• Discussão de caso: chave de leitura para entendimento sobre território	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação das ações de matriciamento• Sugestões para continuidade: fórum com as escolas territorial (aproximação com a Assistência Social e convite para AB)• Devolutiva das avaliações das trabalhadoras sobre o Projeto Piloto Intersetorial
------------------------------	---	--

Quadro 22 – Temas e ações realizadas no 7º Seminário de Alinhamento:

<p>7º Março 2016</p>	<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de Reaproximação com Atenção Básica (territorialização e matriciamento); como estabelecer fluxo?• Relação com o Conselho Tutelar• Trabalho com Educação: expandir horizontes, rever o dimensionamento (rever escolas participantes); sair da troca de informações	<ul style="list-style-type: none">• Preenchimento do Questionário de Avaliação do Projeto Piloto Intersetorial pelas trabalhadoras CAPSij e CRIARI• Sugestões para o mês: devolutiva/pactuação com as escolas participantes; avaliar andamento do trabalho em formato de Fóruns
--------------------------	---	--

O acompanhamento das ações do grupo foi realizado durante cerca de um ano. Nos meses em que não foram realizados Seminários de Alinhamento, outras reuniões e contatos com as coordenadoras do CAPSij e do CRIARI bem como com as gestoras ocorreram em diferentes formatos: reuniões, troca de e-mails e mensagens via aplicativo de celular. Importa esclarecer que todo esse conteúdo compôs parte do diário de campo e será apresentado conforme as discussões forem articuladas neste movimento.

O primeiro Seminário de Alinhamento, ocorrido com todo o grupo de trabalhadores de saúde mental ainda que mais coletivizado, teve como objetivo propor uma aproximação geral das equipes com o tema da intersetorialidade. O material apresentado por nós teve como fonte as principais referências usadas também na introdução desta pesquisa (BRASIL, 2010; 2013; 2014; COUTO; DELGADO, 2010; INOJOSA, 2001; JUNQUEIRA, 1997; LANCETTI; AMARANTE, 2006; MENDES; AKERMAN, 2007; NASCIMENTO, 2010).

O contexto de realização do Projeto-Piloto Intersetorial e de realização dos Seminários e encontros com a gestão da saúde mental, esteve atrelado à duas situações concorrentes, que implicaram em diferentes engajamentos e possibilidades de participação. Ainda que muito aguardado pela educação e pela saúde mental, que estiveram implicados na construção do projeto, a gestão municipal se encontrava em importante crise financeira, tal como apontaram determinando a redução da carga horária dos trabalhadores da saúde mental que ocupavam os cargos que exigiam formação em nível superior. Essa diminuição da carga horária, refletiu na possibilidade de articulação dos horários de encontro entre as duas equipes, bem como dificultou sobremaneira a realização das atividades nas escolas, somadas ainda as

preocupações com o possível não recebimento dos salários em dia. Todavia, foi opção do próprio grupo que mantivéssemos os encontros e o projeto, embora a sua frequência fosse diminuída expressivamente.

A condição, de imprevisibilidade do recebimento do salário e a diminuição da carga horária, estavam o tempo todo assinalados na dinâmica que se estabeleceu no período, evidenciando em certo sentido um tom de desencanto por parte do grupo, que culminava na constante problematização sobre as escolhas a serem tomadas por parte da equipe como garantir a atenção aos usuários já em acompanhamento no serviço e seguir produzindo ações de gestão desse mesmo cuidado, seja para os já incluídos como para o exercício do mandato social do CAPSij de articulação de uma rede? Mesmo afirmando a necessidade do projeto, esta tensão esteve colocada continuamente, incidindo também na própria organização dos Seminários de Alinhamento, que ocorriam sempre na hora do almoço (as trabalhadoras haviam perdido a hora do almoço por conta da redução da jornada) o que produzia certo vai e vem no grupo, uma movimentação grande paralela ao que tentávamos produzir enquanto grupo.

Esse quadro denota situação bastante presente nas condições de trabalho de trabalhadores das políticas sociais na atualidade: a necessidade de reforma/revisão dos mecanismos e formas de trabalho que possam estar mais alinhadas aos princípios eticamente propostos principalmente pelas políticas nacionais, e uma falta expressiva de investimento por parte da gestão. Fica sempre o desafio de produzir encantamento e força mesmo em situações de fragilidade importante das relações de trabalho. Não reconhecer estes movimentos certamente incita a culpabilização dos trabalhadores, individualiza problemáticas que são de ordem estrutural e fragiliza ainda as possibilidades de criação de estratégias que acolham. Notadamente, se confirma também o exposto nas linhas anteriores desta pesquisa, em que tratamos sobre o fato de que a saúde mental hoje, ainda mais a saúde mental de crianças e adolescentes, embora descrita como prioridade, não segue a mesma urgência quando se analisam os investimentos realizados e a precarização das condições de trabalho.

Torna-se então um desafio e um convite constante ao desânimo quando se deseja ampliar a clínica, e os movimentos de gestão parecem cada vez mais querer diminuí-lo (MENDES, 2000; ANDRADE, 2005; YASUI; PENA, 2015).

Pelo exposto no Quadros 16 a 22 anteriores, os Seminários de Alinhamento estiveram compostos por multiplicidade de temas, fossem aqueles mais notadamente necessários à

construção de estratégias intersetoriais, bem como aqueles que atravessaram a prática do encontro entre trabalhadores em momentos de debate sobre o trabalho na atenção em saúde mental para crianças e adolescentes. A análise e reflexão acerca dos processos vividos, do diário de campo e das Relatorias dos Seminários indicaram que algumas temáticas estiveram em recorrência na arena de debates do grupo e tal como percebemos, podem se configurar em pontos centrais para o entendimento/problematização de articulações intersetores.

Clínica ampliada, território e processos de trabalho na atenção psicossocial X ofertas dos serviços se constituíram então como eixos centrais do trabalho desenvolvido, e pelos quais o papel da pesquisadora foi o de apoiar a consolidação de entendimentos, pactuações e análises destes construtos no cotidiano de trabalho das parceiras.

Em relação ao andamento do trabalho, entendemos que em certo sentido a situação da gestão municipal se inscreveu também na dificuldade de parte do grupo em compreender/aceitar os objetivos do trabalho com as escolas. E não sem motivo: considerando que os movimentos instituintes pedem corpo, tempo e certo espaço para sua elaboração, mudanças tão expressivas nas condições de trabalho atravessam desejos, expectativas e mesmo possibilidades mais criativas.

Essa constatação se inscreve acerca da situação de constante debate entre o grupo sobre os objetivos do trabalho com as escolas. Essa temática esteve presente em quase todos os encontros, especialmente destacados no primeiro, segundo, quarto e sexto encontros. Tal como ofertado pela equipe de gestoras e segundo a indicação de que anteriormente à nossa chegada os objetivos do trabalho já haviam sido pactuados entre os trabalhadores, nossa intenção foi então a de mediar a consolidação/reflexividade acerca das temáticas e princípios operadores presentes na proposta. Os objetivos do trabalho foram então considerados por nós segundo constavam no escopo do projeto escrito pelas coordenações do CAPSij e CRIARI e validados pelas Secretarias de Educação. A seguir excerto, em destaque que os apresenta:

Objetivo Geral:

Tendo em vista a importância da rede e o papel de destaque que a escola ocupa no cuidado e na formação subjetiva do sujeito, o presente projeto tem como objetivo uma ação conjunta entre escola e os serviços de atenção psicossocial que visa espaço de questionamento e aprendizagem horizontal sobre a saúde mental/educação objetivando uma assistência.

Objetivos Específicos:

- concretização de uma “rede de cuidados” compartilhada e não sobreposta que considerem o território;
- organizar fluxo de atendimento;
- Construção de uma concepção alinhada sobre a infância e saúde mental

Em certa medida o grupo direcionava a pesquisadora a articulação do objetivo. A todo instante assinalávamos que se tratava de um planejamento anterior mesmo à nossa chegada com base em avaliação realizada pelas coordenadoras e pelos próprios trabalhadores em determinadas circunstâncias. Em frequentes momentos inclusive, o grupo de trabalho destacava a sua insegurança em relação a estes objetivos do trabalho, o que configurou em modalidades importantes de reflexão durante o processo.

Tomamos então enquanto eixos analisadores da ação desenvolvida junto com as equipes duas situações singulares: a necessidade de repactuação e alinhamento frequente sobre os objetivos do trabalho e a recorrência pela discussão/delimitação do marcos conceituais/princípios de (a) território e (b) clínica ampliada na atenção psicossocial para crianças e adolescentes. Entendemos que estas duas situações estão intimamente relacionadas e revelam sobre como equipes de saúde hoje têm compreendido e podido alcançar sobre as necessidades de reformulação da atenção em saúde, equilibrando as condições de trabalho e as relações estabelecidas no campo.

A noção de território é central para a discussão e articulação de ações em saúde mental e está presente enquanto pauta desde os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica, aproximando conceitos principalmente oriundos da Geografia Crítica que trata da indissociabilidade entre espaço e poder (FURTADO; et al, 2016).

Território relaciona-se com a premissa de que o cuidado das pessoas em situação de sofrimento psíquico, independente do grau de comprometimento, ocorra na comunidade, em seus espaços de vida. Nesta perspectiva a loucura e o sofrimento psíquico são entendidos como processos sociais/relacionais que se efetua a partir dos encontros coexistindo com os modos com que determinada sociedade enxerga/acolhe e produz tais experiências.

Assim, as experiências com o sofrimento psíquico, tecidos nos encontros se situam inscritos nas dinâmicas do território. Entendemos então território enquanto dinâmicas concretas, espaciais em que se inscrevem/instalam comunidades e processos de gestão/administração de serviços e recursos, como também os atravessamentos de relações de poder e de produção de subjetividades. Os territórios se constituem, então, pela concretude de suas organizações, pelas tensões e conflitos inerentes às relações de poder, e aos percursos subjetivos, coletivos que produzem existências e histórias (BRASIL, 2013; FURTADO, *et al.*, 2016).

Durante o decorrer das atividades dos Seminários de Alinhamento, as discussões sobre território se mantiveram essencialmente relacionados com o processo de gestão das localidades pela divisão e referenciamento dos serviços de saúde. Essa constatação longe de incidir em crítica, evidencia que mesmo a ausência desta organização, cara aos principais processos de saúde na atualidade pareciam impedir qualquer outro entendimento/consideração sobre território junto às equipes. A inexistência de um processo de divisão geográfica para o trabalho da saúde, na maioria da circunscrição municipal pareceu obliterar, em princípio, o engajamento em outras leituras sobre o território, inclusive porque limava a elaboração de estratégias de chegada às comunidades. Os excertos a seguir do diário de campo evidenciam estas dificuldades de compreensão e as tentativas de ordenamento:

A coordenadora do CAPSij entra em contato comigo confirmando encontro do dia 05 de outubro e pedindo que eu pudesse dar uma melhor reforçada no que estou chamando de trabalho territorial. Isso porque segundo ela, uma das equipes se encontrou com uma das escolas e a avaliação não foi boa por parte da coordenação do Ensino Fundamental. As trabalhadoras da saúde mental parecem ter gostado do contorno dado ao encontro, mas para esta coordenadora a ideia ficou perdida e fraca. Vejam que a avaliação não é por parte da saúde mental mas sim da educação. Fiquei então de preparar algum material para levar para elas e podermos discutir. Acho que posso começar da ideia de que todo trabalho intersectorial só pode acontecer em um território geográfica e simbolicamente definido. Essa discussão vem muito a calhar e faz todo o sentido principalmente porque neste mesmo dia eu estive em uma escola, em que a professora da Sala de Recursos pôde me contar sua percepção sobre o território e como isso tem influência direta na construção do cotidiano escolar, na forma como se tecem inclusive conflitos e arranjos institucionais (28 de setembro de 2015).

O trecho anterior retrata sobre as dificuldades de compreensão por parte da equipe em relação à proposta de um trabalho que tomasse como princípio norteador o território. No Seminário seguinte, ocorrido em outubro de 2015 tratamos novamente sobre a dinâmica do território, em que apresentamos inclusive a percepção acerca da escola visitada na qual a própria professora pôde realizar interessante conexão entre as singularidades daquela comunidade e o que ocorria na dinâmica institucional. No mês seguinte, novamente as

coordenadoras nos procuraram pedindo que nosso trabalho com as equipes naquele mês pudesse mais uma vez dar conta de tratar sobre o território enquanto operador do trabalho em saúde.

O trecho do diário de campo, a seguir, indica isso sobre estas dificuldades e traz também em linhas gerais sobre a tentativa de sistematização dos técnicos de referência do CAPSij a partir do local de moradia do usuário.

Recebi no dia de hoje recados por email das duas coordenadoras dos serviços, CAPSij e CRIARI ,sobre o planejamento para o próximo encontro. Nestas nossas comunicações, a centralidade de nossa conversa foi sobre o alinhamento da noção de território, a seguir um recorte da percepção delas, nas palavras de cada uma:

Coordenadora CRIARI: Bom dia! Me parece que a questão do território ainda passa meio por fora das visitas, não sei se há clareza para todas de qual é a "pegada" do projeto

Coordenadora do CAPSij Eu também sinto a mesma coisa! O CAPSij fez a parada para planejamento e dividimos a segunda referência dos técnicos por território com base nas escolas.

(conversa por email com as coordenadoras dos serviços dia 13 de novembro de 2015)

Assim, durante o ano de acompanhamento o grupo de trabalhadoras constantemente esteve envolto com a possibilidade de criação de ordenações para o espaço geográfico que contemplassem as singularidades da atenção as crianças e adolescentes, e pudessem ainda ofertar chances mais concretas para o trabalho com outros setores. Os excertos do diário de campo a seguir indicam alguns destes movimentos:

29 de fevereiro de 2016 – Hoje estive em uma reunião com a coordenação de Saúde mental e com as coordenadoras dos serviços. Essa reunião foi marcada por elas, em sugestão de que eu inteirasse das novas atitudes tomadas em relação ao fluxo de encaminhamento das crianças para o CAPSij. Este documento continha tanto as possibilidades de organização da atenção, como também o desenho de ações de apoio matricial para Atenção Básica. Tal como determinaram, em reunião conjunta com os outros CAPS (adulto e ad) e com o ambulatório de saúde mental para adultos, o apoio matricial seria ofertado para as Unidades Básicas de Saúde tradicionais, já para as USF o trabalho de apoio seria realizado pelos NASF. Dessa forma, cada dupla de trabalhadoras deveria responder e aproximar de determinada unidade de saúde. Além disso, entenderam que como medida para fortalecer o contato e a corresponsabilização da AB definiriam um novo fluxo de encaminhamento em que toda a demanda vinda das escolas deveria antes ser encaminhada para AB e então somente após este contato seriam realizados, via AB, os encaminhamentos para o CAPSij. Segundo as participantes, essa tinha sido uma ideia e necessidade do CAPS adulto III que ultimamente tem recebido muitos

encaminhamentos, pouco qualificados e no geral de situações que pediam somente acompanhamento ambulatorial.

Assim, na medida em que pensaram o fluxo com a AB, param de investir na educação, especialmente quanto ao andamento do Projeto Intersetorial. Eu o tempo todo, e muito embasada no compromisso com a atenção psicossocial, mas mais ainda com o delineamento de uma determinada atenção psicossocial para a infância e adolescência, tentei discutir sobre o quanto a constituição do campo de atenção para estas duas populações é distinto e não pode ser o tempo todo pensado da mesma forma e com as mesmas modalidades de articulação de redes.

Senti ainda como se a falta de um delineamento, que tão vivamente elas buscam o tempo todo, faça com que elas iniciem e suspendam projetos e atividades com certa frequência. Uma vez que a saúde mental determina uma discussão com a AB sobre fluxo e sobre importância de acolhimento na AB, qual o caminho que pode ser construído nesse processo, de tomada de corresponsabilização? A todo instante, e verbalizei isso muitas vezes, fiquei pensando que encerrar desta forma um fluxo, faz com que fechemos portas importantes que começam a ser abertas somente agora. E a educação é um grande exemplo disso. Sinto que as trabalhadoras estão fazendo tudo isso com a maior boa vontade e no desejo de sistematizar um trabalho que pode dar muito certo, e por isso a ânsia de fechar fluxos, mesmo nesse período mais sensível, que antecede as eleições municipais. Entretanto sigo achando que algo pode estar descompassado.

Fico perguntando pra mim agora, até onde a rede de saúde mental (incluindo serviços para adultos, jovens e crianças) precisa ter o mesmo desenho, e o mesmo caminho? Em que medida isso está aberto para a composição e descrito na RAPS? Ou em que medida a atenção psicossocial precisa ser planificada de um mesmo jeito para todos? Tudo leva a crer que não precisa...

Pensar que o único lugar de passagem para o CAPSij tem que ser a AB deixa de revelar as redes que se constituem concretamente no cotidiano de cada território. Há experiências interessantes que apontam que parte do fluxo pode ser assim e têm evidenciado resultados interessantes, mas seguem como proposições mais amplas de reordenação de processos de trabalho, paulatinas e muito de acordo com as realidades locais²².

Estes agenciamentos entre trabalhadores de saúde mental direcionados para a população adulta e a da infância/adolescência, acompanhados da coordenação de saúde mental do município efetivaram mudanças na organização dos projetos de constituição de redes. A partir desta data as trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI passaram a investir nas ações de apoio matricial (fevereiro de 2016), e naquela conjuntura (diminuição de carga horária e crise de gestão municipal) entenderam que seria inviável a continuidade do Projeto Piloto Intersetorial com as escolas. Neste momento, houve um desinvestimento em relação

²² Referimos nesta passagem as contribuições de Teixeira, Couto e Delgado (2015) sobre a reorganização da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no município de Campinas, inclusive que serviu como inspiração para as trabalhadoras de Rio Claro. Nesta experiência, há que se considerar que diferentemente de Rio Claro, a Educação tinha pouca expressividade nos períodos analisados em relação ao encaminhamento de crianças e adolescentes para os CAPSij.

aos encontros com a pesquisadora que, entendendo o movimento assumido pelo grupo, respeitou o desejo de distanciamento deste, pactuando uma avaliação geral sobre o Projeto Piloto para março de 2016.

Cerca de dois meses depois, em junho de 2016, com o objetivo de fazer uma devolutiva acerca dos processos experienciados e da avaliação pactuada em fevereiro, voltamos aos Seminários de Alinhamento. Nessa ocasião, de encerramento do acompanhamento no município, as trabalhadoras narraram sobre a dificuldade de articulação com as Unidades Básicas tradicionais, tendo em vista que as crianças e adolescentes não figuravam como pauta das ações de apoio matricial, e tampouco tinham um percurso de cuidado naqueles serviços. O próprio grupo concluiu, a partir da tentativa de experiência de apoio matricial, que o investimento mais interessante e potente seria de fato a articulação do trabalho com a escola.

Vale aqui destacar que o grupo envolvido, em função da redução da jornada de trabalho, ameaças de corte de salário, dentre outros; se via obrigado a decidir por uma única tentativa, na qual os investimentos de tempo e trabalho seriam colocados. Desta forma, em um primeiro momento, optou pelo apoio matricial e, a seguir, redefiniu a direção, retornando as ações junto às escolas.

Compreende-se que a opção pela atenção básica se configurou como a busca de efetivação de um fluxo e processo de trabalho que ainda se encontrava descolada da realidade do município. Tentativas de gestão do fluxo de encaminhamento, por meio de novas ordenações que focalizaram apenas certo espaço geográfico passaram a ser adotados, tomando como modelos experiências de outros municípios, porém, desconsiderando que tais experiências adotavam processos de trabalho e gestão que concretamente articulavam territórios (em suas diferentes expressões) com as ofertas assistenciais.

Assim como apontam Teixeira, Couto e Delgado (2015) uma maior articulação territorial dos serviços de saúde mental estratégicos, principalmente para infância e adolescência resultam em um adensamento das relações com a Atenção Básica e com as escolas, garantindo então que as crianças e adolescentes, tradicionalmente fora dos fluxos e encontros com a AB possam se fazer conhecer neste espaço e garantir cenas de seus cuidados também por lá. Neste tipo de reorientação para as estratégias territoriais, o acesso e a qualidade dos atendimentos são otimizados e mais efetivos.

As dificuldades manifestadas em assimilar uma compreensão sobre o território que ultrapassassem as questões referidas à delimitação geográfica (tomadas muitas vezes com boas intenções sobre a divisão das equipes de trabalho) têm mesmo sido um ponto central para o debate e qualificação das ações dos trabalhadores de saúde, como apontam Furtado e colaboradores (2016). Segundo estes autores, adotar o território enquanto dimensão somente física impede que sejam evidenciadas as tensões, conflitos e dinâmicas de poder investidos nestes, e que em nossa leitura, justamente conformam, singularizam e caracterizam os territórios.

Ponderar sobre as relações estabelecidas para o cuidado de crianças e adolescentes, consideradas as dinâmicas de poder (FURTADO; et al., 2016), implica justamente na avaliação acerca de como a rede está constituída, quais os atores sociais/instituições mais articulados e quais os agenciamentos necessários que possam otimizar acesso, qualificar a atenção e aproximar as comunidades. Para tanto, a educação, ao que entendemos e se evidenciou durante o estudo, neste município mostrou-se agente essencial na condução das ações, seja por sua abertura para o encontro, em relação ao montante de crianças e adolescentes que encaminha, bem como por se constituir no espaço psicossocial atual para este grupo (SOUZA, 2011).

Assim, como afirmam Yasui e Pena (2016) em relação ao território e a ação do trabalhador em saúde:

“os contornos geográficos e administrativos do território e dos serviços de saúde definem a organização macropolítica da gestão e interferem na clínica, mas por si só não sustentam outras tomadas de posições necessárias às transformações nas relações entre os trabalhadores e o fazer em saúde” (p. 7)

Os desafios colocados para a articulação mais ampliada das ações de cuidado e de sua gestão implicam no enfraquecimento da execução das políticas sociais. É na dimensão do território, com todos os componentes e vetores que assinalamos anteriormente, que se efetivam as políticas, em especial aquelas para as populações em maior vulnerabilidade. Na medida em que se negligenciam os espaços públicos (como expressões dos territórios) as respostas empreendidas tratam sobremaneira da individualização e privatização dos problemas sociais (MALFITANO, 2013).

Em outras palavras, ao serem impedidos os processos que atuam na perspectiva do território as ações em saúde, por exemplo, ficam atravessadas por lógicas fragmentadas e

disciplinares. Essa condição, em certo sentido, se efetua no contexto do município de Rio Claro e no trabalho com as equipes de saúde mental infantojuvenil traduzidas na difícil sustentação das práticas que se fundamentam na clínica ampliada. Assinalamos que agenciamentos mais ampliados para determinados casos eram efetivados, principalmente pela equipe do CAPSij, entretanto a elaboração/problematização deste princípio enquanto norteador das práticas esteve constantemente em avaliação/questionamento durante os Seminários de Alinhamento.

Juntamente com a noção de território, adotada enquanto um dos princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009) enquanto política transversal a toda organização do SUS, a clínica ampliada busca romper com a fragmentação das lógicas instituídas nas relações de cuidado: do saber sobre os sujeitos à ação disciplinar. Longe de negar as disciplinas, objetiva a integração de diferentes saberes e proposições na elaboração dos planos de cuidado para os sujeitos e grupos. Ampliam-se assim a vida e os olhares sobre todos os sujeitos envolvidos nas relações de cuidado: comunidades e profissionais (BRASIL, 2009b; CAMPOS, 2001).

Na perspectiva da clínica ampliada a vida em sua potência é tomada como objeto de atenção do trabalhador de saúde e não somente a doença/condição/sintoma que uma pessoa/grupo ou coletivo carregam para a cena de cuidado. Propõe a superação da clínica centrada em intervenções fragmentadas e descontextualizadas dos processos de vida e circulação dos sujeitos, operando na complexificação dos entendimentos, posturas e abordagens em relação aos sofrimentos e necessidades das populações. Constitui-se então por uma *clínica dos sujeitos* (ONOCKO-CAMPOS, 2001) ou ainda e mesmo por uma *clínica do território* (DELGADO, 2013) em que a história, a subjetividade e os contextos de vida (histórico, políticos, econômicos) das pessoas são considerados bem como os seus desejos, potencialidades e necessidades.

Tal diretriz tem como eixos fundamentais a compreensão ampliada do processo saúde-doença e dos supostos “objetos” de trabalho, a criação de diferentes “instrumentos e métodos” de trabalho, o suporte para as equipes de saúde bem como a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas. A construção dessa nova perspectiva da clínica, tão cara à atenção psicossocial, solicita o enfrentamento com o desconhecido e com aquilo que de surpreendente e não captável se afirma na cena do cuidado. As respostas agenciadas pelos profissionais e equipes de saúde não contam mais com a grande possibilidade de serem formuladas no espaço único do consultório e muito menos de acordo com um saber disciplinar somente. É no

cruzamento e no encontro real com os sujeitos, com outros trabalhadores da saúde e com profissionais de outros setores que as respostas para os problemas que se colocam, não mais somente no eixo sintoma/doença, poderão ser formuladas como estratégias éticas e socialmente engajadas e entendidas, assim, como produções de saúde (BRASIL, 2009b).

Assim, entendemos que território e clínica ampliada são princípios indissociáveis do trabalho na atenção psicossocial e, portanto, quando um destes se encontra em maior fragilidade, o outro também se enfraquece.

Parte de nosso entendimento a este respeito, advém, sobretudo da constante fala das trabalhadoras acerca das funções a serem exercidas no contato com as escolas. Segundo boa parte do grupo, o enfoque com as escolas do Projeto-Piloto Intersetorial não deveria ser a promoção de espaços de discussão de casos. Segundo estas, a discussão de casos não favorecia o entendimento sobre o território, tornando também os encontros mais burocratizados e limitados à troca de informações. Os excertos do diário de campo anunciam e problematizam esta temática, por meio do trecho de um diálogo entre pesquisadora e equipe.

Pesquisadora: (...) a discussão de caso pode ser ampliada, substancial, ter consistência. Acho que é ela que vai dar o quadro de como está a situação da escola. Qual seria outra ferramenta que não a discussão de caso? Já que não temos ESF em todo município, a gente faz este trabalho com a educação. Até porque as crianças e adolescentes não estão na AB. Por outro lado, quando pensamos nas ferramentas para a corresponsabilização e aproximação via apoio matricial, qual a ferramenta prioritária para o reconhecimento do território? É a discussão de caso, mas é uma discussão de caso, compartilhada e responsável em que todos os atores vão se empenhar em construir. Uma discussão em que aquela situação narrada vai me dar ferramentas para a gente pensar naquele território. Porque eu estuo pensando que a gente só vai conhecer as crianças da escola e o que seja o coletivo de crianças, se a gente puder discutir aqueles casos que estejam mais vibrando naquele momento.

Coordenadora CAPSij: A gente está discutindo um caso pensando na lógica do PTS ampliado ou a gente está dando satisfação? Se a gente for lá só pra dar satisfação, aí vai esgotar e não vai mais fazer sentido. Acho que isso a gente pode fazer por telefone, não precisa estar lá.

Pesquisadora: E a gente não vai cuidar da molecada, porque acho que, a gente tem uma obrigação rápida, em dar uma resposta rápida para os casos que estão hoje.. mas a gente tem uma responsabilidade ética, sanitária e tudo mais, com a infância e adolescência desse município, que é fazer a promoção, a prevenção e todas as outras coisas, e a escola é o lugar prioritário.

Essa dificuldade no encontro com as escolas estava também centrada no fato de que ficavam muito tempo discutindo caso, e se sentiam, como o diário de campo indica,

respondendo as pressões e ansiedades das educadoras. Como mostra a fala da coordenadora, não poucas vezes as equipes do CAPSij e do CRIARI viam-se colocadas numa posição de emissárias de informações sobre o andamento da frequência dos usuários dos serviços, sem oportunidade de alavancarem outras considerações e arranjos mais compartilhados sobre o cuidado.

Entendemos que parte desta dificuldade em conceber a discussão de caso como uma ferramenta potente e de construção de ação estava relacionada aos próprios formatos de trabalho no interior das equipes. Considerando que uma das equipes compunha um ambulatório de saúde mental, determinados agenciamentos mais coletivos, pela lógica instituída são impedidos. A experimentação de discussões de caso/contexto que forneçam o compartilhamento de saberes e a ampliação das considerações sobre os sujeitos envolvidos, viabilizados pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular não são práticas correntes nessa modalidade de atenção à saúde mental.

Diferentes estudos nos últimos anos assinalam que a existência de ambulatórios de saúde mental na atualidade competem para o enfraquecimento das possibilidades de sustentação da atenção psicossocial que tem por base o território e a clínica ampliada. As lógicas de trabalho fragmentadas e com poucas chances de articulação reforçam, entre outros, a medicalização e patologização dos problemas sociais pois não são possibilitadas ações de encontro entre os atores sociais do contexto. Em grande medida, é ainda a existência destes equipamentos que dificulta a consolidação de estratégias de atenção e gestão do cuidado mais aproximadas com a Atenção Básica, também evidenciada na realidade deste município (GUIMARÃES; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2013; SEVERO; DIMENSTEIN, 2011), culminando no próprio enfraquecimento da rede e dos CAPS enquanto ferramentas/dispositivos de transformação da lógica de cuidado.

Essas percepções foram inclusive retratadas pelo próprio grupo, em diversos momentos, quando, além de questionarem os fluxos estabelecidos entre CAPSij e CRIARI, questionavam também sobre a manutenção desta instituição no município. É importante destacar que essas constatações não se afirmavam com facilidade e sem uma carga importante de sofrimento das trabalhadoras que frequentemente questionavam acerca de seus destinos da rede de saúde municipal.

Em um sistema que ainda conta com o arranjo do ambulatório e reconhecendo a centralidade que ele tem na dinâmica da gestão do cuidado, ações que tratam sobre a clínica

ampliada ficam mesmo dificultadas. É necessário também apontar que o CRIARI em Rio Claro é um serviço reconhecido e esperado pelas escolas. Grande parte dos encaminhamentos feitos para o CAPSij tem como objetivo que as crianças e adolescentes sejam atendidas pelo ambulatório haja visto que este serviço também conta com pedagogas que atendem casos relacionados aos processos de aprendizagem. Essas características, entretanto não se encontram descritas no Plano Municipal de Saúde que como já assinalamos destaca o CRIARI como pertencente à rede de atenção em saúde mental (RIO CLARO, 2014).

A lógica fechada e mais distanciada do ambulatório fragmenta a rede, justamente o que se buscou combater. E isso não necessariamente tem a ver com a impossibilidade dos trabalhadores participarem de reuniões, ações coletivas, mas tem essencialmente a ver com uma lógica do cuidado centrada no especialista, que não funciona no esquema porta aberta e que pouco conta com mecanismos de classificação das urgências, vulnerabilidades e necessidades da clientela que o procura. Nessa perspectiva, por mais desejado que seja o olhar sobre o território, este não se afirma enquanto prática porque não considera a multiplicidade da vida e a necessidade de construção de respostas partilhadas para os problemas que atravessam a clínica. As reflexões a seguir destacadas no diário de campo retomam estas afirmações:

(...) Acho que tem uma coisa que fui percebendo é que a equipe acha como um problema a discussão de caso, porque ela própria tem muita dificuldade em fazer da discussão de caso uma ferramenta de problematização, transformando isso em chave de leitura para um território e em um conteúdo de aprendizado coletivo. Talvez seja essa uma das questões de porque as ações de compartilhamento e matriciamento, causam tantos problemas e dificuldades entre as equipes. Porque há sim a necessidade de uma certa elaboração metodológica para o exercício desse tipo de função que não é inata e que pede experiência vivida por parte dos trabalhadores. Como pedir para que ampliem as possibilidades, em ações de matriciamento/intersetoriais, de leitura dos casos, quando na própria realidade de seus trabalhos esse tipo de ação reflexiva pouco ocorre? Como sustentar com outros, quando mesmo com seus pares a capacidade imaginativa/de escavação vai perdendo vez? Há de se levar em conta que muitos dos serviços nunca contaram com supervisão. Reforço que a ideia do contato intersetorial não é fazer 'supervisão' para outros serviços, mas é colocar em marcha uma certa reflexividade que de fato é pouco experimentada na prática de todos. (07 de junho de 2016)

Assim, retomamos o que se assinalou no início deste movimento: a imprecisão da equipe quanto aos objetivos do trabalho. Pelo exposto, evidencia-se que esta imprecisão e dificuldade de assimilação dos objetivos e proposições concretas do trabalho, estava sobremaneira relacionada com a singularidade do contexto de trabalho em relação aos princípios norteadores da atenção psicossocial e da intersectorialidade.

O que se observou também é que a atenção psicossocial no município, e especialmente o CAPSij ainda se vê às voltas em lidar com o que Couto e Delgado (2016), a respeito da função dos CAPSij, nomeiam por *mandato social*. Este mandato social convoca o CAPSij para o agenciamento de um trabalho que possa ultrapassar a atual situação de “triador” para o ambulatório de saúde mental, não abrindo mão de seu exercício de apoiar a organização da demanda municipal em saúde mental para crianças e adolescentes e ainda ofertar o cuidado mais intensivo para as situações de maior complexidade.

Entendemos que a dificuldade em assumirem os objetivos deste trabalho enquanto um coletivo esteve em grande medida atravessado pelas possibilidades de formas de trabalho que as duas equipes sustentavam em seus cotidianos. É impossível fazer superar a questão da presença de um ambulatório de saúde mental na organização/oferta da rede enquanto dispositivo que pode romper/estagnar fluxos mais territoriais.

Assim como apresenta Ferreira-Neto (2008) a negação da possibilidade de exercício da clínica ampliada acaba sendo vivida pelas próprias equipes como repetição infinita de um cotidiano que impede a criatividade, assentando-se na homogeneidade do cuidado (des)singularizado em relação aos sujeitos. Sob esta perspectiva a clínica ampliada se oferece enquanto possibilidade de articulação entre os aspectos clínicos e políticos que atravessam o cuidado em saúde mental hoje, questionando condutas de disciplinas que tomam para si as abordagens e explicações em relação aos sujeitos.

Podemos assim concluir que, para as trabalhadoras, a necessidade constante de retomada dos objetivos era necessária porque os construtos/princípios que os sustentavam não eram claros. E esses princípios não eram claros pois não eram no cotidiano, ou seja, porque a organização da rede não permitia esse tipo gestão do trabalho. O que fica então é a impossibilidade de pensar em intersetorialidade se os seus operadores fundamentais que são o trabalho territorial na perspectiva da clínica ampliada não podem ser exercidos enquanto experiências de organização das próprias equipes. Ainda que se entenda sobre a necessidade urgente de arranjos, se eles não são encarnados nas equipes, não se sustentam enquanto forma de relação com outras equipes.

Destacamos ainda que essa realidade narrada, - concorrência entre modelos distintos de gestão/oferta e sistematização do cuidado-, interessa tanto, uma vez que, ainda que singularmente produzida pelo encontro com as equipes, traduz parte relevante dos desafios e potências implicados na efetivação da atenção psicossocial para crianças e adolescentes em

diferentes regiões do país e, ainda, se articulam diretamente com os resultados do Estudo 1 que compõem esta pesquisa.

Assim como nos aponta Merhy (2010), o cuidado em saúde pede a desaprendizagem constante como parte do ofício do trabalhador, para a composição de novas cenas. Para o autor, encarar estes movimentos é base para a ação ético-política da saúde, e pela qual as trabalhadoras puderam se afirmar.

Os encontros entre o grupo nos Seminários de Alinhamento facilitaram o compartilhamento do campo conceitual em relação a estas temáticas elencadas, resultando na formulação de uma outra oferta para o encontro com a educação, traduzido nos espaços de fóruns territoriais. Cada pequeno grupo de equipe se dividiu, então, posteriormente a este ano de trabalho, entre quatro maiores regiões do município e agenciaram com as escolas deste espaço a execução de encontros para trocarem sobre saúde mental. Realizaram então convite para que a Secretaria de Desenvolvimento Social pudesse estar presente, sobretudo por meio da participação dos CRAS e CREAS. Em contato posterior com as equipes, relataram que no segundo semestre de 2016 estas reuniões ocorreram e que viabilizaram inclusive para algumas regiões um convite para a atenção básica.

Importa então afirmar que sem a problematização destes operadores fundamentais: clínica ampliada, lugar do ambulatório e território, que pudessem ser coletivizados enquanto compreensões mínimas da equipe de trabalhadoras de saúde mental, outras ações intersetoriais ficariam minguadas.

II. 2. 5 – O 4º Movimento: Avaliando os movimentos

Após a realização dos primeiros encontros entre escolas e duplas da saúde mental, e da realização das reuniões entre coordenadoras e seminários de alinhamento, todas as trabalhadoras envolvidas no processo puderam avaliar as ações empreendidas. Foram convidadas a participar desta avaliação todas as trabalhadoras do CAPSij e do CRIARI, e suas coordenações; as Coordenadorias de Educação Especial, Educação Infantil e Ensino Fundamental, além das cinco escolas contempladas no *Projeto-Piloto Intersetorial*.

Este movimento tem relevância expressiva, uma vez que oportuniza que a equipe de pesquisa, bem como os agentes sociais envolvidos no processo pudessem refletir e avaliar sobre os processos em curso, delineando as possibilidades de prosseguimento. Para a Avaliação por Triangulação de Métodos no desenvolvimento de programas e projetos, bem como na pesquisa-ação, estes movimentos de avaliação se constituem em momentos importantes, inclusive de articulação entre saberes formais e não formais recolhidos durante as experiências (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; THIOLENT, 2011).

Apresentaremos de modo reunido as contribuições das trabalhadoras da saúde e da educação, de modo que os assuntos tratados possam ser melhores evidenciados. As análises deste material seguiram por meio da Análise Categorial (BARDIN, 2011) de modo que sistematizassem as contribuições referentes a cada uma das perguntas realizadas.

Para os dois setores foram ofertados questionários com perguntas abertas, com conteúdo semelhante para ambos. Para as trabalhadoras da saúde mental este foi aplicado durante o sexto Seminário de Alinhamento ocorrido em março de 2016, decorrente da necessidade de reformulação do Projeto-Piloto Intersetorial; para as trabalhadoras da educação e tal como pactuado com as secretarias de educação, foram entregues cópias digitalizadas via email para que cada escola pudesse completar. Da saúde mental foram participantes desta etapa 14 trabalhadoras incluindo as coordenadoras do CAPSij e do CRIARI, da educação participaram 5 trabalhadoras incluindo também as assessoras da Educação Infantil e do Ensino Fundamental. A assessora da Educação Especial, que tinha recém assumido o cargo preferiu não participar desta avaliação, uma vez que não tinha participado do Projeto em momentos anteriores.

As participantes deste movimento que são trabalhadoras da saúde mental são identificadas pela letra T seguidas de numeração e as trabalhadoras da educação são apresentadas pelas letras ED seguidas também por numeração.

Foi questionado às trabalhadoras em qual medida o Projeto-Piloto Intersetorial correspondia ou não, em suas percepções, a uma real necessidade da Rede de Atenção para crianças e adolescentes no município. À exceção de uma colaboradora da saúde mental, todas as outras indicaram que esta ação estava em consonância com as demandas da atenção e da gestão do trabalho em saúde mental bem como da educação. As respostas foram categorizadas, e são apresentadas a seguir:

Quadro 23: Sobre o projeto-piloto intersetorial e sua correlação com demandas da rede de atenção para crianças e adolescentes (Saúde)

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Reordenação do fluxo e da atenção	- qualifica a demanda e o encaminhamento para o serviço	6
Clínica ampliada/ Integralidade	- aproxima do contexto de vida das pessoas - trabalho com escola e com território ajuda a construir ações mais qualificadas - potencializador do cuidado	5
Combate à patologização	- para combater patologização da infância - favorece outros cuidados para além da especialidade - foco no território como recurso	3
Necessidade antiga	- criar campo de cuidado na escola	2
Alcance restrito	- focado na troca de informações	2
Sugestões e percepções	- poderia ter focado mais na troca de experiências - experiências anteriores foram mais efetivas	2

Quadro 24: O Projeto-Piloto Intersetorial e a correlação com demandas das escolas municipais (Educação)

Categoria	Exemplos
O projeto correspondeu à demanda das escolas	- respondeu à diversidade dos casos acompanhados no município - ofereceu orientações para professores sobre as necessidades, dificuldades e potencialidades das crianças - agilizou atendimentos de urgência - qualificou a atenção às crianças e suas necessidades

Com efeito, ao que citam, o Projeto-Piloto Intersetorial teve importante correlação com o cotidiano do trabalho e com as demandas para qualificação da atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, principalmente na garantia do cuidado integral e na construção da clínica ampliada. Nesse caminho, a experiência se localizou ainda como ferramenta para a construção de outras situações que podem também confrontar e alterar cenas sociais de patologização da vida de crianças e adolescentes.

A seguir, são apresentados alguns trechos que ilustram de forma oportuna as contribuições das colaboradoras ao tema.

T2: Sim, a escola é um dos principais pontos de cuidado da infância/juventude e o trabalho intersetorial (escola-saúde mental) é potencializador do cuidado. No entanto, o conceito de “infância”, “juventude”, “cuidado” e “saúde” parece muitas vezes ser divergente entre os

trabalhadores da escola e saúde mental, sendo urgente o investimento para que ocorra alinhamento.

T5: Corresponde. No nosso trabalho cotidiano nós sentimos a necessidade de manter uma relação próxima com a educação. Acho que conseguimos um alcance restrito. No caso da escola em que mantive contato, as conversas se mantiveram numa “troca de informações” sobre os casos. Acho que esse contato poderia ser mais rico, no sentido de propor o debate de temas pertinentes. Extrapolando a troca de informação para uma troca de experiências.

T13: Sim, com certeza, já que podemos perceber que muitas vezes atendendo criança e adolescentes que não tinham uma demanda de saúde mental, pois as escolas também não sabem de fato o que atendemos e, portanto, esta aproximação CAPSij, CRIARI e escola possibilitou uma ponte para pensarmos outras formas de cuidado que não fossem os atendimentos nos serviços especializados e de preferência no território que estas estão inseridas. No último encontro com a escola discutimos um caso, em que pontuei que o caso teria uma melhor efetividade se a escola fizesse uma ponte com a atenção básica e que os agentes comunitários por estarem ali no território das famílias poderiam construir um vínculo com os mesmos. E a escola concordou e disse que faria esse contato; conversamos sobre os equipamentos que eles conheciam ali do território e que também poderiam ser acionados.

ED4: As Unidades Educacionais precisam de orientação, apoio e de práticas assertivas pois são muitos os questionamentos realizados por pais, educadores acerca das crianças que apresentam sofrimentos psíquicos e na maioria dos casos, são despertados sentimentos de impotência, confusões nas ações que concorrem para a “piora” dos casos. A parceria é fundamental, precisamos (as instituições e a escola) nos qualificar para atender as crianças e suas necessidades, com apoio sempre!

Com efeito, as narrativas das diferentes parceiras possibilitou a ampliação das percepções sobre a saúde mental de crianças e adolescentes. O que se verifica é que para as trabalhadoras da saúde, que contam com mais apropriação sobre a temática, as contribuições e o alinhamento da proposta com uma necessidade anterior relacionam-se com problemáticas mais gerais também como o cuidado integral e o combate à medicalização e patologização dos problemas escolares.

Já para as educadoras, o alinhamento, também necessário e legítimo figurou essencialmente na possibilidade de reconhecimento mais singular das condições de cada uma das crianças, o que parece já ter sido uma situação relevante e inovadora para a educação, em que se considera, como apontado no 3º movimento deste estudo, a ausência de debates e de diálogos sobre a temática da saúde mental.

Importante ainda assinalar que tal como apresenta a participante T13 a prática permitiu a experiência com a intersetorialidade não somente assumida pelo vetor dos serviços de saúde, mas também permitiu que a educação pudesse ter outras referências para agenciamento de suas próprias redes. Nesse sentido, os serviços de saúde mental acabam tendo a função de apresentarem não somente as suas singularidades e compromissos com a atenção, mas também acenam sobre as singularidades do território indicando outros potenciais parceiros para a educação.

Sobre o alcance restrito da prática, o pouco tempo de execução do Projeto-Piloto Intersetorial e a necessidade constante de remodelação/reconfiguração das práticas a serem empreendidas parecem mesmo ter comprometido em uma primeira mirada, as ações seguintes. Entretanto, ao se tomar como referência todo o andamento das ações, desde sua formulação até os movimentos experimentados a partir do segundo semestre de 2016, o que se verifica é que o maior ganho é a abertura de um campo dialógico que mesmo em constante mutação serviu por aproximar os dois setores.

A criação de um campo de cuidado intersetorial pede também a criação de um campo discursivo compartilhado, ao que a participante T2 elucida sobre a necessidade de alinhamento de “conceitos” centrais ao trabalho entre a educação e a saúde. Couto e Delgado (2010; 2015; 2016) assinalam que esta é uma ação a ser empreendida na constituição da Rede Pública Ampliada de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, nas quais os CAPSij têm lugar de destaque. A oferta inicial talvez se constitua mesmo em articulação de saberes, entendimentos e visões de mundo que abordem e tratem crianças e adolescentes de modos mais interessantes, justos e éticos, operando uma *“inversão discursiva sobre as infâncias”* (p.183), da qual inclusive foi necessário ser experimentada pelas próprias trabalhadoras da saúde mental durante os Seminários de Alinhamento.

Em relação à organização do trabalho desenvolvido via Projeto-Piloto Intersetorial (reuniões, seminários de alinhamento com saúde, pactuações com a gestão e clareza dos objetivos), as colaboradas também teceram considerações, tal como apresentado nos dois quadros a seguir:

Quadro 25: Sobre a organização da proposta do Projeto-Piloto Intersetorial (Saúde)

Categorias	Exemplos	
Proposta positiva, clara e objetiva	- proposta construída coletivamente - necessária	10
Apresentaram algumas dificuldades de	- objetivos não ficaram claros para todas as duplas	5

compreensão/ação	- algumas reuniões sem clareza (diferentes opiniões sobre parceria com educação) - pouco envolvimento de parte da equipe	
Importância dos seminários	- seminários ajudaram a compreender o objetivo do trabalho	4
Resistência e dificuldade da educação	- discussão centrada no caso-a-caso - objetivos não estavam claros para a educação - dificuldade de articulação com gestão da escola	3
Bom apoio da gestão da saúde mental e das escolas	- participação da coordenação das escolas	2
Dificuldade com transporte e agenda	- conciliar horários entre escolas e profissionais da saúde	2

Quadro 26: Sobre a organização do Projeto-Piloto Intersetorial (Educação)

Categoria	Exemplos
Projeto interessante e bem estruturado	- equipe estava integrada - atendeu necessidades das escolas - foi positiva -boa organização - possibilitou trabalho integrado

Como se observa, a realização do Projeto-Piloto Intersetorial, na opinião das trabalhadoras, foi clara e objetiva ainda que ao início tenham surgido algumas dúvidas quanto aos objetivos e método de trabalho. Este assunto foi abordado no 3º movimento deste trabalho, em que se tratou sobre a dificuldade de alinhamento e compreensão decorrente da realidade da gestão das práticas nos serviços de saúde.

Sobre estes aspectos, os excertos a seguir ilustram detalhamentos relevantes das opiniões emitidas:

T9: Devo confessar que a princípio para mim não estava completamente claro os objetivos da proposta. Atualmente ficou claro, acredito que o trabalho é pertinente.

Todavia, assim como apontam os excertos a seguir, ainda que posteriormente a proposta tenha ficado alinhada para as trabalhadoras da saúde, pelo que declaram, os objetivos dos encontros não estavam claros para as trabalhadoras da educação, segundo a percepção das trabalhadoras da saúde.

T6: Algumas reuniões não conseguiram ter clareza e, creio eu que como consequência dos diferentes olhares e posturas profissionais em relação a parceria com a Educação.

T11: Quanto aos objetivos da proposta, acredito que para nós da saúde mental tenha ficado claro, mas para a educação, ainda, sinto alguma dificuldade, pois, na realização das visitas às escolas, ainda se acaba discutindo muitos casos e pouco sobre o território.

Entendemos que parte dessa dificuldade de entendimento sobre o projeto por conta das escolas tenha inclusive a ver com as possibilidades de compreensão acerca do campo da saúde mental pelos agentes escolares, e revela ainda a necessidade de composição mais próxima que possa elucidar sobre e construir objetivos comuns de trabalho. Entretanto, as educadoras não partilham da mesma percepção que as trabalhadoras da saúde, uma vez que de modo geral manifestaram o quanto a proposta contemplou suas necessidades e anseios.

ED 4: As reuniões foram agendadas com tempo suficiente para que a escola pudesse participar, munida de material bem como apontamentos suficientes, propiciando encontros pontuais e esclarecedores. Estabelecemos importantes combinados que concorreram para mudanças significativas na qualidade do atendimento aos nossos alunos.

Possivelmente essa dualidade esteja imersa no contexto de expectativas e necessidades que cada setor trazia para a mobilização em relação aos encontros. Para a saúde mental que possivelmente aguardava o compartilhamento do cuidado e a corresponsabilização imediata, as possibilidades de compartilhamento com a educação talvez tenham se mantido ainda muito embrionárias. Há que se considerar, no entanto que essa experiência figurou na possibilidade de entrada em uma temática entendida até então como estrangeira para as escolas, e tal como pontuado em outros momentos deste trabalho, a corresponsabilização e o trabalho conjunto demandam inicialmente que os atores envolvidos conheçam os esquemas normativos envolvidos na cena (GELINSKI, 2011).

No prosseguimento da avaliação sobre diferentes aspectos do Projeto-Piloto Intersetorial, pedimos também às trabalhadoras que avaliassem a sua execução em relação aos aspectos positivos e negativos da proposta. Os aspectos positivos são apresentados primeiramente, seguidos pelos aspectos negativos decorrentes da experiência.

Quadro 27: Aspectos Positivos da proposta de trabalho (Saúde)

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Aproximação saúde-escola	- aproximação da realidade escolar - receptividade da educação	13
Território: conhecer e perceber sua importância para a atenção	- ação no território - reconhecer como o território pode ajudar	7
Ampliação do trabalho	- matriciamento - descentralização do trabalho - reflexão sobre o trabalho - romper lógica médico-centrada - romper com centralização da saúde - aproximação do olhar técnico para além das oficinas	6
Compreensão dos casos	- conhecer situação das crianças	2
Escolas conhecerem o trabalho da saúde mental, melhora nos encaminhamentos	- facilitar a clareza para os encaminhamentos da educação	2
Embasamento teórico do projeto	- embasamento teórico do projeto	1

Quadro 28: Aspectos positivos do Projeto-Piloto Intersetorial (Educação)

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Parcerias entre educação e saúde	- integração entre profissionais	2
Melhoria no atendimento	- retorno, oferta de informações sobre os atendimentos - agilidade nas devolutivas	1
Assertividade das ações/intervenções	-assertividade nas intervenções	1

Um das colaboradoras da saúde, em decorrência do pouco tempo de envolvimento com o trabalho, assinalou não ter como avaliar os aspectos tanto positivos quanto negativos da proposta.

Ainda que as trabalhadoras da saúde tenham assinalado como principal contribuição positiva do projeto o contato com as escolas, estas indicam que ainda há muito que se avançar com esse contato e aproximação.

Já para as educadoras, como se evidencia, entre outras situações, a aproximação trouxe benefícios, principalmente em relação, às crianças acompanhadas, como os excertos a seguir indicam,

ED2: *Vejo que possibilitou uma aproximação maior gerando benefícios às crianças atendidas.*

ED4: *As ações foram mais intensas e assertivas. Conseguimos, por exemplo, reduzir tempo da criança na escola com grandes sofrimentos psíquicos o que diminuiu a dificuldade do professor na sala de aula para atenderem os demais alunos e melhorou a atenção da criança em questão já que seu tempo deve ser aproveitado para estudo, com atividades mais direcionadas e adequadas às suas necessidades.*

Mesmo essencialmente centrado na troca de informações sobre as crianças e adolescentes, a iniciativa supriu uma importante necessidade primeira das escolas: a oferta de espaços para “falarem sobre”. Tal como tão apontado no 2º movimento deste estudo, a oportunidade de falar, de trocar ideias e de conhecer mais acerca desta temática favorece a criação de uma nova realidade, mesmo que inicialmente distante das urgentes necessidades de crianças e adolescentes. Longe de buscarmos dissimular ou encobrir o tamanho do abismo entre as atuais formas de gestão da atenção na educação e as demandas das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, entendemos que a abertura para o contato e ainda mais, a experimentação de diferentes arranjos grupais pode sim ser plano para a emergência de novas posturas, contatos e articulações da rede de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes.

Em composição com a pergunta anterior, as colaboradoras relataram, sob suas perspectivas, os pontos negativos à execução do projeto piloto. Entre os aspectos elencados destacam-se, as categorias nos quadros a seguir:

Quadro 29: Aspectos negativos da proposta de trabalho (Saúde)

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Postura das escolas	<ul style="list-style-type: none"> - cobrança das escolas para respostas rápidas - escolas focarem encontros só na discussão de casos - escola não entendeu os objetivos - escola não conhece o território 	8
Agenda	<ul style="list-style-type: none"> - perda do seguimento por conta das férias - distanciamento entre seminários e visitas - poucos encontros 	6
Dificuldade de priorização do projeto na dinâmica do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - dificuldade em priorizar o projeto na lógica do trabalho diário 	3
Pouca articulação entre	<ul style="list-style-type: none"> - distanciamento entre as equipes de saúde 	3

equipes de saúde mental	envolvidas - falta articulação entre equipes de saúde para reflexão sobre o trabalho	
Dinâmica dos encontros	- alcance limitado à troca de informações nas escolas	1
Limites do alcance do projeto	- projeto não abarcou as escolas estaduais	1
Objetivo/clareza da proposta	- objetivos e propostas não estavam claros no início	1

Quadro 30: Aspectos negativos do Projeto-Piloto Intersetorial (Educação)

Categorias	Exemplos
Dimensões e alcance do Projeto	- atendeu somente 5 escolas
Agenda	- horário das visitas
Resistências	- resistência percebida entre os profissionais dos dois setores

Sobre o apontamento referente ao limite do alcance das ações se limitar à educação municipal no âmbito da Educação Infantil e do ciclo I do Ensino Fundamental, uma das trabalhadoras da saúde apresenta a seguinte narrativa:

T5: Eu penso que as escolas que têm adolescentes ou crianças maiores estudando vivem conflitos mais complexos e tem mais necessidade de apoio.

Tal como já destacado, o que se verifica é certo descompasso entre as percepções das trabalhadoras da saúde e da educação em princípio motivadas, em nosso ver, pelas diferentes inserções neste campo de saber e de práticas. O que se denota, também apontado por Monnerat e Souza (2009), é que se torna relevante no processo de ações que se destinam à constituição da intersectorialidade, o enfoque à criação de ferramentas de trabalho que favoreçam o diálogo e aumentem o fluxo de informações e comunicação, tópicos, em geral, de pouca priorização nos projetos, em grande medida decorrentes do desconhecimento dos trabalhadores sobre tais recursos.

Estratégias que sinalizem, trabalhem e discutam as diferentes intersubjetividades, visões de mundo e opiniões, congregando para o trabalho coletivo não são prioridade nas atuais formas de gestão do trabalho, mesmo dentro das equipes. As ferramentas e

posicionamentos oriundos da Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) são, em nosso entendimento interessantes estratégias para essa elaboração, que pedem, no entanto, que possam ser vividas anteriormente na próprias dinâmicas institucionais.

Outros aspectos negativos também encontram ressonância com questões levantadas em outros tópicos do Estudo 2 que trataram sobre a compreensão das realidades de cada um dos setores. Os apontamentos levantados no quadro que trata da percepção das trabalhadoras da saúde também foram elencados no Estudo 1, principalmente no que se refere ao debate acerca dos processos de medicalização e patologização das questões escolares e que neste estudo também ficaram bastante pronunciados.

Já sobre a articulação entre equipes de saúde mental, observa-se que os fluxos estabelecidos entre as equipes, mais enrijecidos e não contando com a aprovação de todos os trabalhadores implica nesta situação, em certa medida pronunciada também durante os Seminários de Alinhamento. Tornando evidente que o trabalho em rede faz emergir questões e dificuldades que já se anunciavam na realização das práticas setoriais e no bojo das próprias equipes.

O alcance do projeto também foi indicado como um aspecto negativo. Há mesmo que se considerar que ainda que se tratasse de um projeto piloto, o número de escolas contempladas foi bastante pequeno, cerca de 10% das escolas municipais. Destaca-se também, como apontado pela colaboradora T5 de que foi possível apenas abarcar escolas municipais. Essa situação concorre para que se sigam produzindo difíceis relações entre saúde e escolas de gestão estadual, embora se reconheça que, de modo geral, a aproximação com esta secretaria estadual implica em maior desafio, seja por suas dimensões bem como pela falta de fluxos de comunicação estabelecidos.

A ausência de articulações mais constantes com a educação pública gerida pelo estado foi também temática abordada em outros momentos deste estudo que trataram sobre os desafios da intersetorialidade e também foram destaque relevante do Estudo 1 ao tratar sobre a situação escolar de jovens e adolescentes no Brasil hoje. Cabe então marcar como prioritário o desenvolvimento de pesquisas e sobretudo de projetos de intervenção que possam aproximar, apoiar e problematizar as relações institucionais e os mecanismos de exclusão e inclusão implicados nos processos de escolarização de adolescentes e jovens.

Finalizando, foi solicitado que as participantes dos dois setores pudessem abordar sobre os impactos relacionados à experiência com o projeto para a prática profissional. Esta

temática buscou, sobretudo sinalizar para a avaliação do que se processou de mudança nas práticas realizadas e quais as vivências mais salutares desta proposição. Entendemos que mapear estas questões ampliaria a percepção de todos acerca das demandas e novas ordenações para o trabalho.

As contribuições estão apresentadas nos quadros a seguir:

Quadro 31: Impactos do Projeto-Piloto Intersetorial para a prática profissional (Saúde)

Categorias	Exemplos de Impactos	Citações (n)
Teve impacto positivo	<ul style="list-style-type: none"> - ofereceu clareza sobre intersectorialidade e sua importância - demonstrou expectativas da educação - conhecimento sobre o território - conhecimento de novas práticas e ideias - criou vínculos com a escola 	12
Não sabe dizer/avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - pouco tempo para avaliar - sempre integrou educação nas suas práticas de trabalho 	2
Não teve impacto na prática profissional	<ul style="list-style-type: none"> - não teve impacto 	1

Quadro 32: Impactos da participação para a prática profissional (Educação)

Categoria	Exemplos
Impacto relevante e positivo	<ul style="list-style-type: none"> - fez repensar sobre as expectativas em relação aos alunos - permitiu reflexão sobre diversidade e respeito no ambiente escolar - melhoria da qualidade do ensino - impacto no trabalho realizado - estimulou pais e professores para o encaminhamento para serviços de saúde mental - possibilitou o conhecimento de um novo campo: leituras - possibilitou conhecer as famílias e suas realidades

Os principais impactos relatados pelas trabalhadoras da saúde referem-se a melhora no contato e relacionamento com escolas bem como a criação de vínculos em que foi possível o entendimento sobre as expectativas que a educação mantém em relação aos serviços de saúde; a possibilidade de desenvolvimento de um trabalho mais integral; o esclarecimento preciso sobre Intersetorialidade e sua importância para a condução da atenção em saúde mental infantojuvenil e a importância de que ações sejam formuladas coletivamente; e por fim, efetivou um conhecimento sobre o território e também a possibilidade de novas abordagens com relação às famílias, ofertando assim novas práticas e ideias para a condução do trabalho neste campo. Como ilustram os trechos a seguir:

T8: Sim, com a proximidade e melhor conhecimento do território, melhora a abordagem familiar de apoio nos territórios.

T11: Me inseriu em um novo conhecimento de atuação, de práticas e de ideias.

T13: Sim, foi uma experiência positiva para mim, entender também as dificuldades que a escola enfrenta no dia a dia e pensarmos juntos ações para aquelas crianças.

Uma das coordenadoras da educação respondeu ter percebido que o maior impacto esteve direcionado para as escolas, na melhora da qualidade do ensino e do trabalho realizado. Outras percepções atentam para a possibilidade de reflexão sobre as expectativas que se direcionam aos alunos, sobre as novas possibilidades de planejamento de aula (decorrentes das novas reflexões); sofrimento psíquico; e a construção do entendimento sobre a relevância do olhar para as famílias e suas necessidades. Os trechos das contribuições enunciam as situações descritas:

ED1: Na minha prática posso dizer que me fez repensar o que esperamos dos nossos alunos e dentro das propostas de trabalho que temos desenvolvido nas escolas, também requer uma retomada e avaliação, pensando na questão da diversidade que tanto dizemos no momento que planejamos nossas aulas.

ED2: Sim como tudo conta com a morosidade na gestão pública, como gestora percebi com esta proposta uma tentativa para agilizar o processo que foi super válida, sendo que professores e pais ficaram mais estimulados ao encaminharem através de relatórios seus

alunos e também os pais ao levarem nos locais de atendimento. Todos felizes pelo retorno positivo do trabalho conjunto: escola, CRIARI e CAPSi.

As contribuições das participantes dos dois setores têm relevância expressiva uma vez que sensivelmente assinalam para a potencialização das práticas pelo encontro em contato com outros agentes. Assim como descrito por elas, o compartilhamento de momentos, mesmo que com dificuldades e limites, trouxe a ampliação da visão, das perspectivas de trabalho, inclusive reforçando sobre a necessidade de que se estabeleçam redes intersetoriais.

Outro aspecto defendido durante todo o estudo, o da singularidade do trabalho com o território também esteve indicado, como contribuição importante do trabalho das escolas para a melhoria da qualidade do trabalho da saúde mental. A clínica ampliada se afirma justamente nesta dinâmica em que se reconhece que interagir com outros atores sociais fortalece a prática pessoal e traz novos horizontes para o trabalho, culminando, em positivo com a desfragmentação do olhar para e sobre as crianças e adolescentes.

Interessante ainda acrescentar que para as educadoras a experiência apresentou impactos bastante positivos na prática profissional entre outros relativos à compreensão sobre as famílias e sobre o sofrimento psíquico. Nesse caminho, uma das educadoras inclusive sugere o aumento do trabalho como forma de se efetivarem outros contatos com as famílias, como se apresenta a seguir:

ED1: Como sugestão penso em ampliar o atendimento nas escolas de modo a atender e dialogar sobre os casos na própria escola, onde a criança possa ser acompanhada durante algumas atividades visando orientações aos educadores. Outra proposta é que possamos dialogar com as famílias, tanto a educação quanto a saúde, apresentando a eles a proposta do trabalho.

Por fim, este questionário contava com um campo para apontamentos sobre o tema, que na opinião das colaboradoras, não foram abordados nas perguntas anteriores. Apenas duas trabalhadoras da saúde mental apresentaram contribuições. Uma trouxe sua descrença com relação à realização de encontros mensais com outras equipes, pois tal como indica esses poucos momentos têm poucas chances de produzirem, de fato, sensibilizações nos trabalhadores de outros serviços. Já a outra tratou da dificuldade de articulação de uma agenda de trabalho que contemple dois projetos tão volumosos: o apoio matricial para a atenção básica e o trabalho com as escolas.

Já em relação às trabalhadoras da educação, três apontaram percepções sobre o tema. Entre as contribuições, destacaram-se três categorias distintas: i) intersectorialidade tornar-se política pública do município; ii) oportunidade de aprendizado e reflexão atribuídas ao projeto piloto; iii) necessidade de sensibilização da comunidade escolar para o tema do sofrimento psíquico.

Sobre esta última categoria, apontaram a importância de ações e de formações adequadas sejam propostas oportunamente, como sugere a ED 4 no trecho a seguir:

Vejo uma crescente necessidade de sensibilizarmos todos os profissionais da escola a lidarem com a criança com o sofrimento psíquico. No cotidiano, as relações ficam veladas, às vezes sentimos que os educadores suportam, mas no fundo atribuem a culpa das atitudes das crianças às suas famílias ou a elas mesmas. É muito difícil realizar orientações se eles não têm formação mínima adequada. Desse modo percebo a necessidade de fomentar cursos e formações para que os educadores se debrucem sobre o tema, refinando os olhares em busca de ações mais humanas e assertivas para atender nossos alunos e suas dificuldades.

Este movimento revelou que aspectos importantes do trabalho para a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes na perspectiva da atenção psicossocial foram abordados, ainda que não totalmente inseridos nas lógicas de cuidado. Entendemos que se trata de um processo complexo, repleto de tensionamentos e conflitos que exigem uma constante reavaliação das estratégias e parcerias estabelecidas.

É sem sombra de dúvidas notório que ainda há e sempre, muito que fazer nesta dimensão, mas é crucial que se possa comemorar cada pequeno passo na constituição de redes mais ativas e práticas mais dialogadas entre educação e saúde. Ressaltamos que a novidade destas vivências se manifestou principalmente na possibilidade de execução de práticas mais horizontalizadas de encontro, na produção de reflexões mais compartilhadas sobre o sofrimento psíquico, os territórios e as crianças, adolescentes e suas famílias nestas condições, ainda tenha revelado importantes desafios para a efetivação da atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

Podemos notar também que os serviços de saúde mental já realizavam ações de encontro com outros setores, algumas mais sistematizadas que outras, o que se revela inclusive no uso dos termos, problematizações e considerações que fazem em relação ao processo disparado junto à educação. A novidade destacada desta experiência consistiu então na articulação e pactuação entre os dois setores para a criação de uma agenda comum,

situação que não se afirmava anteriormente, na qual os contatos realizados com outros serviços e setores estavam principalmente destacados na discussão de casos específicos e pontuais.

Já para a educação, o que nos parece é que toda a organização e oportunidade configuraram como surpresa. Mesmo que a avaliação das coordenadoras tenha assinalado para a necessidade de ampliação, o que se mostra é que para as escolas, o que se efetivou foi muito e se colocou como possibilidade de alteração das rotas de atenção, que podem então ser melhor compreendidas e entrelaçadas no entendimento de contextos mais ampliados de produção de saúde e sofrimentos.

Em síntese o que podemos depreender, ainda muito em movimentação e com necessidade de reflexão constante, sobre a experiência com o desenvolvimento deste estudo é que, tal como pontuam Mendes e Akerman (2007), há muito o que se caminhar para que as práticas integradas possam de fato se constituírem em ações intersetoriais nas quais os objetivos, objetos e percursos de trabalho são coletivamente construídos. Entendemos que para que isso ocorra então, é necessário que os atores se coloquem em movimento e se disponham ao encontro, ao movimento e ao desafio de estarem com diferentes, buscando aproximações e criando vínculos férteis de trabalho e de proteção à infância e adolescência, sobretudo àquela em sofrimento. É preciso coragem, paciência e altas doses de ousadia, elementos que estiveram presentes em campo, ora com mais intensidade, ora com menos.

Uma primeira aproximação então e talvez uma das construções mais sensíveis neste percurso, e que também esteve presente nestas linhas e nos encontros, tratou sobre a criação do “campo da saúde mental”. Algo entendido pelas equipes de saúde como a apresentação da questão para a educação, que tal como apontado esteve historicamente tão distanciada da temática. A criação deste campo apoia a chance de elaboração de outros índices discursivos e práticos sobre as crianças, articulando o que exatamente Couto e Delgado (2016) trazem sobre a necessidade de inscrição no campo social de outras percepções e entendimentos sobre crianças e adolescentes como tarefas da atenção psicossocial hoje.

Em relação à constituição de uma Rede Ampliada de Atenção em Saúde Mental nossa compreensão é de que os dois planos em que esta se afirma nos territórios, assim como descrito por Couto e Delgado (2016), a saber o plano estrutural e o plano dinâmico, estiveram em análise durante a experiência. Em relação ao plano estrutural mais imediato, a

permanência de serviço que reforça a lógica fragmentada e ambulatorial dificulta a constituição de um trânsito mais livre entre equipes, outros serviços e o próprio território. Em mesmo sentido, a descontinuidade das práticas, em decorrência das diferentes concepções do trabalho e dos fluxos e parcerias a serem estabelecidos também influenciaram na direcionalidade do cuidado. Entendemos que estas situações não foram completamente impeditivas para o trabalho, mas dificultaram sobremaneira a sustentação das práticas, exigindo esforço redobrado por parte das coordenadoras de ambos os setores e das equipes implicadas.

É essencial reconhecer também, que ainda que com importantes desafios, o fato de ter se constituído um projeto em conjunto entre as coordenações de área das duas pastas possibilita que a experiência seja apropriada entre os trabalhadores de modo mais interessante e atrelado às necessidades de cada um, ainda que necessariamente em constante reavaliação e tensionamento. Aqui residiu também a potencialidade do projeto seguir em sustentação, mesmo que em constante mutação. A horizontalidade do projeto entre secretarias e trabalhadores por si já é novidade e pode ser importante ferramenta para as mudanças das lógicas de cuidado.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Aprendi que o processo de produção de texto, o processo de produção de saber, é antes de mais nada um combate, e, em segundo lugar, ele é inerente ao próprio processo de desinstitucionalização e de invenção institucional. Eu acredito que não existe uma separação entre o processo de produção científica e o processo de produção de Saúde mental. Eu acho que faz parte do mesmo processo. Às vezes é duro para quem tem que se desdobrar, mas os polos de capacitação das universidades podem apoiar, transmitir conhecimento e informação que dominam, mas esses polos não conseguem dar formação para operar, porque esse entendimento e esse saber só se geram na práxis.”

(LANCETTI, 2010)

A presente pesquisa objetivou identificar e compreender os desafios e potencialidades do trabalho intersetorial no âmbito da interface dos campos da saúde mental infantojuvenil e da educação, especialmente no que se refere ao trabalho realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSij). Outros objetivos específicos foram identificar as dificuldades que educação e CAPSij encontram para o estabelecimento de parcerias; identificar as principais necessidades que as escolas que acompanham crianças e adolescentes em sofrimento psíquico encontram na rotina deste trabalho; e ainda efetivar e mediar uma experiência de promoção de práticas intersetoriais entre educação e serviços de saúde mental para crianças e adolescentes.

Para tanto foi realizada pesquisa do tipo Avaliação por Triangulação de Métodos para abordagens de programas sociais, em que se delinearão dois estudos complementares de modo a serem alcançados os objetivos. O primeiro, *Estudo I Identificando a construção intersetorial relacionada aos CAPSij da Região Sudeste do Brasil*, tratou da identificação das práticas intersetoriais desenvolvidas pelas equipes dos CAPSij da região sudeste do Brasil, contando com a participação de 35 dos 102 serviços habilitados.

Os resultados permitiram identificar que a Educação, a Atenção Básica em Saúde e os Conselhos Tutelares são os principais setores/serviços que encaminham crianças e adolescentes para os CAPSij como também são os mais acessados pelas equipes de saúde mental para a discussão de casos, ainda que os contatos apresentem empecilhos e dificuldades relevantes quanto a construção de parcerias mais sólidas.

Os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), por outro lado, foram os serviços mais citados pelos CAPSij como parcerias mais bem sucedidas,

decorrente da facilidade de contato, vontade de composição e prontidão para a discussão. Sobre os benefícios do trabalho intersetorial destacam a corresponsabilização, garantia da integralidade do cuidado e qualificação do trabalho, revelando que a intersetorialidade enquanto exercício e diretriz apresenta pontos positivos para todos os sujeitos envolvidos: trabalhadores, crianças, adolescentes e famílias. Já os principais desafios e dificuldades sinalizam para a rigidez de determinados serviços, os obstáculos para execução das pactuações realizadas (comprometimento dos outros atores) e a cultura de patologização/medicalização corrente na sociedade e em específico no ambiente escolar.

Acerca das crianças e adolescentes acompanhadas, apresentam números significativos destas em situação de alijamento escolar, entre os principais motivos para a exclusão destacaram-se situações que individualizam o tema como gravidade do caso, aspectos familiares e condições de vulnerabilidade. Por outro lado, assinalam que o trabalho entre educação e saúde mental tem a potência em facilitar o acesso e a sustentação das crianças e adolescentes no ambiente escolar.

Assinala-se sobre a dificuldade de contato e articulação com os CAPSij da Região Sudeste revelados neste estudo. Entende-se que esta situação se sustenta inclusive enquanto um dos resultados relevantes desta investigação. Uma vez que se trata da região do Brasil que concentra a metade destes serviços em território nacional, as impossibilidades de acesso aos equipamentos deve constituir tema de urgente discussão e reflexão. A inexistência de dados atualizados no CNES e mesmo por consulta mais imediata pela internet, configurou em sensíveis obstáculos à condução desta pesquisa. Retoma-se que para aproximadamente 30% dos CAPSij habilitados, nenhuma modalidade de comunicação foi possibilitada. Neste sentido, questiona-se em qual medida, o acesso a estes equipamentos é viável para a população em geral, que muitas vezes não conta com os mesmos recursos e articulações que foram empenhadas no desenvolvimento do presente estudo. Outras questões relativas a não participação dos CAPSij na pesquisa possivelmente estejam relacionados a certa dificuldade com a prática de preenchimento de questionários autoaplicáveis, à dificuldades no empenho/compreensão para a relevância de participação em estudos que possam revelar aspectos desafiadores da atenção psicossocial no país, mas sobretudo à dificuldades importantes com relação aos insumos e recursos básicos para o desenvolvimento do trabalho: acesso à internet, telefone, entre outros.

Com relação aos dados ofertados pelos participantes, verificou-se que muitos dos serviços não possuíam sistematização sobre informações mais objetivas e tão relevantes,

como a proporção de crianças e adolescentes que não frequentam escolas, ou que estão inseridos em escola especial; sobre os serviços que mais encaminham para o CAPSij, entre outros. Defende-se que a sistematização e publicização destes dados apoia a elaboração de reflexões por parte das equipes na construção de entendimentos mais complexos sobre as realidades em jogo, e ainda certamente oferece recursos para o dimensionamento das situações de vida de crianças, adolescentes e suas famílias em contextos mais amplos como encaminhado por este estudo, nos quais se discutem sobre desafios, potências e urgências da atenção psicossocial no Brasil.

Já o *Estudo II- A construção da intersetorialidade entre saúde mental infantojuvenil e educação: a pesquisa-ação na composição de movimentos compartilhados* de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de uma pesquisa-ação buscou aproximar das experiências de articulação intersetorial por meio do acompanhamento de um processo de formulação, execução e avaliação de proposta de trabalho conjunto entre os setores da saúde mental para crianças e adolescentes e da educação, em que estiveram em tela os principais desafios e benefícios advindos destas ações a partir das compreensões dos diferentes atores sociais envolvidos.

O estudo foi realizado no município de Rio Claro/SP e constituiu-se por diferentes movimentos que buscaram a construção coletiva de um projeto comum entre os setores, contando com a participação de gestores e trabalhadoras da educação, do CAPSij e de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil. Os resultados apresentados permitiram dimensionar sobre a importância do apoio e da implicação da gestão na condução da intersetorialidade, revelaram que ainda que com importantes dificuldades e limitações a educação apresenta abertura para a execução de projetos comuns evidenciando o impacto da presença dos trabalhadores de saúde mental para o desenvolvimento de estratégias mais inclusivas nas escolas.

Foi também destaque neste segundo estudo e que figurou como importante eixo de análise, que as noções de território e clínica ampliada são norteadores primordiais para a tessitura de um trabalho em rede, e que serviços/programas e instituições que não se apropriam destes enquanto eixos práticos do cotidiano de trabalho, experimentam dificuldades relevantes na condução da intersetorialidade como prerrogativa. Nesta direção, a existência de serviços que ainda atuam em lógicas ambulatoriais ou mesmo manicomiais, como o Hospital Psiquiátrico da região, fragilizam as condições de estabelecimento da atenção psicossocial

(em que se inclui a defesa da intersetorialidade) como realidade de cuidado para todos os sujeitos, em especial as crianças e adolescentes.

A complementaridade entre os resultados e discussões provenientes dos dois estudos permitiu evidenciar questões relevantes acerca da constituição dos arranjos intersetoriais bem como das atuais condições de pouco protagonismo que crianças, famílias e comunidades têm na condução destes processos. Nesse sentido, entende-se como oportuna a contribuição do estudo, que permitiu inclusive entrever que, - na medida em que se debruçou sobre uma situação prática de implementação de uma proposta intersetorial, - a intersetorialidade se anuncia como horizonte devendo ser compreendida como prática processual que pede tempo, constância, vontade política e adequação das práticas de dentro de cada instituição para que de fato possa ocorrer.

Ainda em relação ao incremento das práticas e norteadores que sustentam os serviços, o estudo evidenciou também que em termos macropolíticos a atenção psicossocial para crianças e adolescentes não é uma prioridade, seja pela baixa cobertura assistencial dos CAPSij, que ainda são em número pequeno dadas as necessidades populacionais, bem como pelo fato de coexistirem modelos e abordagens concorrentes em diferentes regiões, como por exemplo, os ambulatórios de saúde mental, que limitam acesso a Atenção Básica e a constituição de um trabalho em rede.

A descrição das características mais gerais dos CAPSij em relação ao trabalho com a rede, em que se destacaram as ações com a Atenção Básica e com as escolas, contribuem para o reconhecimento das realidades locais, bem como para uma aproximação em relação ao que regionalmente tem sido produzido enquanto políticas mais gerais. Outros estudos futuros que tratem desta temática localmente seriam benéficos para a discussão sobre a realidade de trabalho neste campo.

Com relação às crianças e adolescentes, fica colocado o desafio urgente de se criarem estratégias e ações que sustentem e ampliem suas participações sociais. A descrição do montante de crianças e adolescentes aliados do processo escolar e o convite para que gestores da educação pudessem refletir acerca das crianças em sofrimento psíquico e suas condições atuais, foram situações relevantes deste processo de investigação ora apresentado. A identificação da presença constante de um discurso de normalidade como condição para a participação escolar, bem como a presença de percepções sobre padrões de comportamento desviantes e a agressividade seguem como principais atributos para a identificação das

crianças que supostamente apresentam problemas de saúde mental, ainda que se estabeleça uma importante dificuldade mesmo para a identificação destas.

Sobre este tema, o debate sobre o (des)conhecimento, medo e dificuldades por parte das instituições educacionais para a inclusão e sustentação da permanência de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico trouxe importantes eixos de análise para a temática, evidenciando que além das ausências de políticas públicas e diretrizes sobre, há também a ausência de ações que dialoguem em relação a estas condições. Nesse sentido, o estudo avançou também ao ter proporcionado, junto à experiência de articulação intersetorial, a oportunidade de que escolas e agentes educacionais pudessem “falar sobre”, que não só pôde contribuir para um novo olhar em relação aos estudantes, como também possibilitou a qualificação e valorização do saber que se produz na escola, menos atravessado pelo saber biomédico.

Já sobre as famílias das crianças e adolescentes em trajetória de sofrimento psíquico, seja pelo discurso das escolas de culpabilização destas, bem como a maior parte de articulação dos CAPSij para estas seja a oferta básica de grupos (enquanto espaços supostamente de participação na intersetorialidade), evidenciam que ainda há muito o que se caminhar na direção de um posicionamento mais emancipador e menos tutelado para os grupos familiares e as comunidades. Dados que revelam que a demanda espontânea não representa uma das mais expressivas formas de acesso aos CAPSij e ainda o baixo número de acolhimentos ao ano, como também a já detalhada dificuldade de localização dos serviços, reforçam a hipótese de que estes equipamentos ainda não são totalmente percebidos pela comunidade como parceiros para o cuidado e promoção de saúde, qualidade de vida e cidadania para seus entes.

Os profissionais ainda seguem (re)produzindo discursos e práticas que os colocam em relações de poder bastante assimétricas e para as quais as famílias ainda são receptoras das ações. Iniciativas pontuais de alguns serviços presentes neste estudo indicam que os fóruns e espaços compartilhados de comunicação e de problematização das ações e rotinas trazem ganhos para os trabalhadores e para os familiares e ainda podem ser importantes marcos para o desafio cada vez mais intenso do exercício do controle social. Neste sentido assinala-se como potentes espaços os Fóruns de Saúde Mental Intersetoriais e as Assembleias dos CAPSij como locais de articulação mais horizontal e transversalizada.

Portanto, o que se evidencia é que a intersectorialidade, tal como foi articulada pelo escopo teórico apresentado neste estudo, ainda se constitui em um horizonte do qual os serviços e a rede podem fazer mirada. Como apontaram diferentes autores citados neste trabalho, a intersectorialidade só é executada de fato quando implicada com o território. Nesse sentido o que se evidenciou é que não basta pensar em territórios, é necessário conhecê-lo, aprofundar as práticas e olhar sobre estes, e fazer deste princípio um ordenador da própria dinâmica setorial. Os setores e instituições que não podem/conseguem articular de fato esta perspectiva no cotidiano de gestão do próprio trabalho institucional, terão dificuldades relevantes na constituição de trabalhos em parceria, tal como evidenciado no Estudo II.

Para que se assumam de fato enquanto experiência concreta são necessários então, investimento, paciência, entendimento de que seu caráter processual e acima de tudo a inclusão das famílias e comunidades nesse processo. Somente destas formas a intersectorialidade pode se efetivar enquanto ferramenta e estratégia para o desenvolvimento local e emancipação de grupos e coletivos, no combate das iniquidades.

Ainda que se considerem suas limitações, esta pesquisa apresentou cenários relevantes acerca das possibilidades concretas de articulação de uma rede intersectorial de atenção às crianças e adolescentes evidenciando ainda os discursos, representações e entendimentos sobre essa temática entre os diferentes atores sociais envolvidos.

Entende-se que nesta ocasião, o texto presente se caracteriza essencialmente como um relatório de tese, no qual foram inscritas quase a totalidade de dados e análises. Por se tratar de uma pesquisa essencialmente exploratória, que avança ao trazer como contribuições um mapeamento ao mesmo tempo mais amplo e geral e também singularizado e delicadamente construído com os participantes; reflexões mais aprofundadas e situadas e determinadas escolas de pensamento estiveram mais distantes das atuais pretensões.

Neste sentido recomenda-se para futuros estudos a possibilidade de adensamento reflexivo dos achados neste trabalho, que abriu portas para a discussão posterior acerca das nuances do desafio da intersectorialidade para a construção de ações de cuidado e de garantia de direitos para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Enquanto outras proposições para estudos futuros, sugere-se que sejam inseridos em projetos participativos (pesquisas participantes) outros atores locais como os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS) bem como os Conselhos Tutelares, estas três instituições foram

identificadas nos dois estudos como importantes parceiros para o desenvolvimento de um cuidado mais integral e justo para crianças e adolescentes, carecendo, contudo, de modalidades mais horizontais e incrementadas de parcerias. Interessa também que outros estudos possam abarcar, na identificação da intersetorialidade, outras regiões do país não contempladas aqui, inserindo também as famílias e comunidades neste debate.

Por fim, entende-se que os procedimentos metodológicos adotados, seja na combinação das abordagens bem como pelo uso de desenhos participativos como a triangulação de métodos, - que permitiu a avaliação da constituição de programas e ações -, combinada com a pesquisa-ação, - que se constitui num processo colaborativo e engajado de problematização de realidades e produção de entendimentos-, respondeu adequadamente aos objetivos deste estudo. Nesse sentido destaca-se também sobre a relevância e necessidade de estudos que sigam desenhos semelhantes e participativos acerca das políticas públicas, principalmente da constituição e análises dos processos relativos à atenção psicossocial para crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; SÁ, R.F.; MOYSES, S.; REZENDE, R.; ROCHA, D. Intersetorialidade? Intersetorialidades! **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.11, p.4291-4300, 2014.
- AMARAL, L.M. **A Intersetorialidade na gestão das políticas sociais: o contexto da produção científica brasileira**. 2015. 160fls. Dissertação – Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional. Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M.C.C.L.; MONTEIRO, T.P.M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.33-45.
- ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2005.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1333-1356, 2012.
- BALEOTTI, L.R; OMOTE, S.; GREGORUTTI, C.C. Oficinas de atividades: espaço de atenção aos familiares de crianças com deficiência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.20, n.1, p.3-12, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, C. A adolescência, as medidas e a saúde mental: uma cota de liberdade. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p.352-363.
- BARROS, S.; BICHAFF, R. (org.) **Desafios para a desinstitucionalização: Censo Psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2008.
- BATISTA, S.H.S.S.; et al. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pré-Saúde e PET-Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, supl., p.743-752, 2015.
- BRAGHINI, S. **Medicalização da infância: uma análise bibliográfica**. 103fls. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 5ª ed. São Paulo: Saraiva, 1995. 210p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Casa Civil. **Decreto n.6286 de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Casa Civil, Subchefia de Assuntos Jurídicos. Governo Federal. Brasília, 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Participativa e Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. **Resolução Nº. 4, de 2 de outubro de 2009**. Institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, na modalidade Educação Especial. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica. Disponível em: <portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf> Acesso em 20 de janeiro de 2017. 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Decreto 3088 de 23 de dezembro de 2011 (republicada)**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Governo Federal. Brasília, 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Manual de estrutura física de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para a elaboração de projetos

de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental: Cadernos de Atenção Básica**, nº 4. Brasília: Ministério da Saúde: 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil:** recomendações de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização Diversidade e Inclusão (SECADI) do Ministério da Educação. **Nota Técnica 04/2014 de 23 de janeiro de 2014b**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nota04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em 20 de dezembro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

_____. Presidência da República. Secretaria Geral. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência e desigualdade racial**. Brasília: Presidência da República, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, n.12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. (acesso em janeiro de 2016).

BOARINI, M. L.. O higienismo na educação escolar. In: VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação, 2006, Uberlândia. **Percursos e Desafios da Pesquisa e do Ensino de História da Educação**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2006.

CALIMAN, L.V. Os biodiagnósticos na era das cidadanias biológicas. In.: COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p.109-118.

CARRANO, P.C.R. Identidades juvenis e escola. In.: UNESCO/MEC/RAAB. **Construção coletiva:** contribuições à educação de jovens e adultos. Brasília: UNESCO/MEC/RAAB; 2005, p. 153-162.

CARVALHO; S.R.; et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 1251-1269, 2015.

CASTRO, C.P.C.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p.455-481, 2016.

CAVALCANTE; C.M.; JORGE, M.S.B; SANTOS, D.C.M. *Onde está a criança?* Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 161-178, 2012.

CAYRES, A.Z. et al. (org.) **Caminhos para a desinstitucionalização no Estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria da Saúde, 2015.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

CHRISTOVAN, A.C.C.; CIA, F. Comportamentos de pais e professores para a promoção da relação família e escola de pré-escolares incluídos. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v. 29, n.54, p. 133-146, 2016.

COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da educação). **Série Ideias**, São Paulo: FDE, v.23, p. 25-31.

COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. Apresentação. In.: _____. (org.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p. 15-20.

COSTA, S.S.G. Educação, políticas de subjetivação e sociedades de controle. In.: MACHADO, A.M.; FERNANDES, A.M.D.; ROCHA, M.L. **Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007, p. 15-36.

COSTA, C.P.; CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 455-481, 2016.

COUTO, M. C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília, 2001. p. 121-130.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 217-279.

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

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p.161-192.

DELFINI, P.S.S.; et al. Articulação Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica à Saúde. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p.208-219.

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

DELFINI, P.S.S.; et al. Articulação Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica à Saúde. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 208-220.

DELGADO, P.G.G. Supervisão Clínico-institucional: conceito e história. In.: MINAS GERAIS-ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA; NUNES FILHO, A. (org.). **Supervisão em Saúde Mental**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2013, p. 18-27.

_____. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p.312, 2015a.

_____. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.13-18, 2015.

DUARTE, C.S.; et al. A rede pública ampliada de atenção à saúde mental da crianças e do adolescente: estudo-piloto em quatro localidades do estado do Rio de Janeiro. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.p. 280-302.

EL ANDALOUSSI, K. **Pesquisas-ações: ciências, desenvolvimento, democracia**. São Carlos: Edufscar, 2004.

FERREIRA, T. G. As novas nomeações do adoecimento psíquico das crianças e adolescentes na contemporaneidade e o cuidado no tratamento (distúrbios alimentares, hiperatividade, toxicomanias e depressão infantil). **Jornada Estadual de Saúde Mental da Criança e do Adolescente**, 21 e 22 agosto de 2008, CERSAMI Betim. Disponível em: <http://espacosaudemental.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/01/criancaeadolescenteTania.pdf> . Acesso 26 de maio de 2013.

FERREIRA-NETO, J.L. Práticas transversalizadas da clínica em saúde mental. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n.1, 2008.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In. RABINOW, P.; DREYFUS, H.L. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231- 249.

FOUCAULT, M. A história da loucura: na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FURTADO, J.P.; *et al.* A concepção de território na saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.9, 2016.

GALHARDI, C.C. **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: trajetórias, cotidianos e desafios**. 2016. 182fls. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

GARCIA, G.Y.; SANTOS, D.N.; MACHADO, D.B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 12, p.2649-2654, 2015.

GELINSKI, C.R.O.G. A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia de Saúde da Família. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 10, n.19, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

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

GOMIDE, M.; GROSSETTI, M. Rede social e desempenhos de programas de saúde: uma proposta investigativa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.873-893, 2010.

GRAMKOW, G. Adolescentes em medida socioeducativa e/na escola. In.: SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem. **Caderno de Debates do NAAPA**: questões do cotidiano escolar. São Paulo: SME/COPED; 2016, p.119-138.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007 .

GUIMARÃES, S.B.; OLIVEIRA, I.F.; YAMAMOTO, O.H. As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 25, n.3, p.664-673, 2013.

HAYASHI, C.R.M. Apontamentos sobre a coleta de dados em estudos bibliométricos e cientométricos. **Filosofia e Educação**, Campinas, v.5, n. 20, p. 89-102, 2012.

INOJOSA, R.M. Sinergia em política e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **IBGE Cidades – Rio Claro**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354390>>. Acesso em 30 abril de 2016.

JOIA, J.H.; OLIVEIRA, A.; VICENTIN, M.C.G. O que as trajetórias de atenção a crianças e adolescentes que fazem uso de drogas nos ensinam sobre o cuidado em rede? In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 265-279.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n.2, p. 31-46, 1997.

KANTORSKI, L.P.; et al. A intersetorialidade na atenção psicossocial. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, online, v.6, n.2, p.651-662, 2014.

KASSAR, M.C.M. Percursos da constituição de uma política brasileira inclusiva. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.17, p.41-58 maio/ago., 2011.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 82, p. 179-193, 2013.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In.: CAMPOS, G.W.S. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006, p. 615-634.

LANCETTI, A. A formação como combate. **Seminário de Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010, v.3, p. 115-124.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia em pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LOURENÇO, M.S.G. **Saúde mental infantojuvenil: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

LUENGO, F.C. **A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

LUGON, R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria nos CAPSI. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 108-115.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.C.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.3, 448-56, 2006.

MACHADO, A.M. Plantão Institucional: um dispositivo criador. In.: MACHADO, A.M.; FERNANDES, A.M.D.; ROCHA, M.L. **Novos possíveis no encontro da psicologia com a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007, p. 117-144.

MALFITANO, A.P.S. Intersetorialidade e estratégias de atenção na rede de assistência à criança e ao adolescente. In.: MANZINI, E.J. (org.). **Educação especial e inclusão: temas atuais**. São Carlos: Marquezine & Manzini: ABPEE; 2013, p. 189-204.

MANTOAN, M.T.E. **Inclusão Escolar: O que é? Por quê? Como fazer?** São Paulo: Summus Editorial, 2015.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para a entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M.A.A.; OMOTE, S. (Org.) **Colóquios sobre pesquisa em educação especial**. Londrina: Ed. Londrina, 2003, v.1, p. 11-25.

MASINI, L. Uma nova criança exige uma nova escola. In.: COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (org.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p 181-190.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In.: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da Saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild: CEPEDOC, 2007, p. 85-109.

MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió**. 2000. 239fls. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MERHY, E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In.: LOBOSQUE, A.M. (org.). **Seminário de Saúde Mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010, v.3, p. 23-36.

_____. Anormais do desejo: os novos não-humanos? Medicalização e biopolítica – sinais que vêm da rua cotidiana e da vida. In.: COLLARES, C.A.L.; MOYSES, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (org.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013, p.221-232.

MILAN, A.E.; BORGES, L.; CIA, F. Opinião dos professores sobre a relação família e escola e sua importância no contexto da inclusão. VII Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial, 2013, Londrina. **Anais...**, Londrina, 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT07-2013/AT07-017.pdf>> Acesso em 13 de janeiro de 2017.

MINATEL, M.M. **Cotidiano, demandas e apoio social de famílias de crianças e adolescentes com autismo**. 2013. 103 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S.(Org).**Pesquisa Social; Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

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

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

NASCIMENTO. S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.101, p.95-120, jan./mar., 2010.

OLIVEIRA, B.D.C. **Análise das políticas públicas brasileiras para o autismo: entre a atenção psicossocial e a reabilitação**. 2015. 143 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, M.F.A.P.B; REIS, A.O.A. O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial a crianças e jovens em sofrimento psíquico. In.: REIS, A.O.A., et al. (Orgs) **As crianças e os**

adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. São Paulo: Schoba, 2012, p. 193-215.

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

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, maio/ago. 2001, p. 98-111.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental – Nova concepção, nova esperança.** Suíça: World Health Report, 2001.

_____. **Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions.** World Health Organization: Geneva; 2003.

_____. **Atlas - Child and Adolescent Mental Health Resources: global concerns, implications of future.** 2005.

PARRILLA, A.L. Ética para una investigación inclusiva. **Revista Educación Inclusiva**, v. 3, n. 1, p. 165-174, 2010.

PATTO; M.H.S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PAULA, C.S.; MIRANDA, C.T.; BORDIN, I. A. S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y.. (Orgs). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 2010, p.75-92.

PITTA, A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje?. In_____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 2001, p. 19 -26.

RAMOS, F.A.C. Prefácio. In. LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede.** São Paulo: Hucitec, 2016, p.19-22.

REIS, A. O. A.; et al. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 109-130.

REIS, T.L.; *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.109, 2016.

RIO CLARO/PREFEITURA. **Apresentação município.** Disponível em <<http://www.rioclaro.sp.gov.br/municipio/municipio-localizacao.php>>. Acesso em 30 de abril de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Educação. **Plano Municipal de Educação de Rio Claro**. Rio Claro: SME, 2012.

_____. Fundação/Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Fundação:Secretaria Municipal de Saúde: Rio Claro, 2014.

_____. Fundação/Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família –NASF Modalidade I de Rio Claro -SP**. Fundação/Secretaria Municipal de Saúde: Rio Claro, 2014.

ROCHA, M.L. Contexto do adolescente. In.: KOLLER, S.H. **Adolescência e psicologia: práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002, p. 25-32.

_____. Inclusão ou exclusão? Produção de subjetividade nas práticas de formação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.3, p. 477-484, 2008.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.23, n.4, p. 64-73, 2003.

RODRIGUES, K.G.W.; RIBEIRO, M.C.; PACHECO, R.P. Integralidade no cuidado em saúde mental na infância: possibilidades dos núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 221-231.

ROSA, F.D. **Autistas em idade adulta e seus familiares: recursos disponíveis e demandas da vida cotidiana**. 2015. Tese (Doutorado em Educação Especial). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

ROSSO, A.J.; SERPE, B.M. Família – a protagonista no discurso de professores da educação básica sobre as dificuldades encontradas no trabalho pedagógico em sala. In.: IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul – ANPED – Sul, IX, 2012, Caxias do Sul. **Anais IX Seminário da ANPESul**, UCDS, 2012. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Psicologia_da_Educacao/Trabalho/06_26_38_3234-6850-1-PB.pdf> Acesso em 13 de janeiro de 2017.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In. NICACIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 89-99.

SALVADOR, D.B.; PIO; D.A.M. Apoio matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.111, p.246-256, 2016.

SANCHES, A.C.; OLIVEIRA, M.A.F. Educação Inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2011, p.411-418.

SANCHES, V.N.L; AMARANTE, P.D.C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p.506-514, 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Educação. **Localize uma escola**. Disponível em <<http://www.educacao.sp.gov.br/central-de-atendimento/consulta.asp>? > Acesso em 20 de setembro de 2016

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHECHTMAN, A. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre a saúde mental infantil no Brasil. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 25-29.

SEVERO; A.K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n.3, p.640-655, 2011.

SOUZA, C.Z. Avanço à ação intersetorial: produção de saúde mental na escola. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010, Brasília. **Textos de Apoio**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34591&janela=1> Acesso em 08 de outubro de 2013.

SUSINOS, T.; PARRILLA, A. L. Investigación inclusiva en tiempos difíciles. Certezas provisionales y debates pendientes" **REICE**, v.11, n. 2, p. 87-98, 2013.

TAÑO, B.L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico**. 2014.208 fls. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional). Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis: características organizacionais e práticas de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p.208-216, 2014.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e os desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, 23, n.2, 2015.

TAÑO, B.L.; HAYASHI, M.C.P.I. Saúde mental infantojuvenil e educação: análise bibliométrica da produção cinetífica nacional e internacional (1968-2014). **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 1-26, 2015.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Repercussões do processo de estruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n.4, p. 695-703, 2015.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez Editora; 2011.

TOLEDO, R.F.; GIATTI, L.L.; JACOBI, P.R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 633-646, 2014.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, supl.1, p.557-570, 2009.

VICENTIN, M.C.G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.17, n.1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

VICENTIN, M.C.G.; GRAMKOW, G. Que desafios os adolescentes autores de ato infracional colocam ao SUS? Algumas notas para pensar as relações entre saúde mental, justiça e juventude. In.: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.P.P; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. P. 337-351.

VOLTOLINI, R. Saúde Mental e educação. In.: SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Núcleo de Apoio e Acompanhamento para a Aprendizagem. **Caderno de Debates do NAAPA: questões do cotidiano escolar**. São Paulo: SME/COPEP; 2016, p. 81-96.

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

YASUI, S.; PENA, R.S. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. **Ayyu: Revista de Psicologia**, Volta Redonda, v.01, n.2, p.66-78, 2015.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ENVIADOS AOS CAPSi



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Título da Pesquisa: **A CONSTITUIÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Pesquisadora: Bruna Lidia Taño

Contatos: bruna.tano@yahoo.com.br ; (11) 97393.4969 e (11) 98538.5409

Caro gestor/coordenador, solicitamos que preencha o questionário a seguir, a fim de que possamos realizar a caracterização do serviço bem como compreender como ocorrem as ações intersetoriais relacionadas aos Centros de Atenção Psicossocial. Assinalamos que este questionário pode ser respondido por você ou ainda por outro profissional que componha a equipe do CAPSi, que você julgar pertinente. Ressaltamos que os serviços não serão identificados durante a pesquisa, e tampouco nos relatórios a respeito. Caso tenha outras dúvidas em relação ao preenchimento do questionário, por favor, entre em contato com a pesquisadora Bruna Lidia Taño.

Esperamos com este estudo indicar as singularidades do processo de cuidado à crianças e adolescentes com sofrimento psíquico e transtornos mentais no âmbito dos serviços públicos assinalando as potências, dificuldades e desafios da constituição das redes de atenção intersetoriais. O tempo aproximado de preenchimento deste questionário é de 40 minutos.

Aproveitamos para agradecer a sua participação e contribuição!

I. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

1. Nome do serviço: _____

2. Tempo de funcionamento: _____

3. O coordenador desta unidade faz parte da equipe técnica (profissional da saúde que integra a equipe): () Sim () Não

4. Sobre você (que responde o questionário), por favor indique:

4a. Formação Profissional: _____

4b. Função exercida no CAPSi: _____

4c. Tempo de exercício da função: _____

5. Sobre a equipe do CAPSi, por favor informe:

5a. Quantos são os profissionais com formação em nível superior? _____

5b. Quais as categorias profissionais dos trabalhadores com formação em nível superior? _____

5d. Quais as categorias profissionais dos trabalhadores com formação em nível médio? Quantos são nesta unidade?

5e. Quantos são os profissionais administrativos? _____

5f. Quantos são os profissionais de apoio/serviços gerais? _____

5g. Qual a forma de contratação dos profissionais

() direta – municipal

() Indireta (O.S.S; ONG; outros)

6. Sobre o território em que se insere o CAPSi, por favor responda:

6a. População localizada na área de abrangência: _____

6b. Quantidade de pontos de Atenção Básica (USF's, UBS's tradicionais, NASFS's, Consultório na Rua): _____

6c. Este CAPSi é referência para outros municípios? Se sim, quais?

7. Quais são as reuniões internas periódicas que ocorrem nesta equipe? Por favor, indique quais são e sua periodicidade.

8. Sobre as crianças e adolescentes, por favor informe:

8a. Qual o número total de usuários deste CAPSi (crianças e adolescentes em acompanhamento atualmente)? _____

8b. Número total de acolhimentos realizados nos últimos 12 meses : _____

8c. Dentre a totalidade dos serviços (saúde, educação e assistência social) existentes na região, quais são os que a população usuária deste CAPSi mais frequenta, cite os três principais? _____

9. Quais são os pontos de atenção/serviços/instituições que mais encaminham crianças, adolescentes e suas famílias para este CAPSi? Por favor, se possível, indique em ordem decrescente (do que mais encaminha para o que menos encaminha).

II. DINÂMICA DO CAPSi

10. Quais são os serviços/instituições que a equipe do CAPSi mais contata para discutir os casos?

10a. Por favor comente brevemente acerca das dificuldades e benefícios advindos destes contatos.

11. A equipe deste CAPSi realiza ações de matriciamento?

() sim () não

11a. Se sim, por favor indique quais serviços de saúde participam destas ações:

- () Unidades de Saúde da Família
- () Unidades Básicas de Saúde
- () Núcleos de Apoio à Saúde da Família
- () CAPS Adulto
- () CAPS AD
- () Unidade de Acolhimento Transitória (UA)
- () Hospitais Gerais com leitos para internação em saúde mental
- () Hospitais Gerais sem leitos para internação em saúde mental
- () Outros serviços (por favor especificar) :

12. Ainda sobre as ações de matriciamento, como a equipe do CAPSi se organiza para realizá-las?

12a. Profissionais que participam: _____

12b. Periodicidade: _____

III. O CAPSi E A INTERLOCUÇÃO COM OUTROS PARCEIROS

13. Especificamente sobre a educação, há usuários deste CAPSi que não estão inseridos em escola (regular e/ou especial)?

() sim () não

13a. Se sim, por favor indique qual a proporção aproximada destas crianças/adolescentes em relação ao total de usuários inseridos neste CAPSi:

14. Sobre estas crianças e adolescentes que não estão inseridas em escolas, quais os principais motivos para esta exclusão do ambiente escolar (comente sobre dois dos principais motivos)?

15. Dentre as crianças e adolescentes que estão inseridos em escolas, há usuários deste CAPSi que frequentam escolas especiais?

sim não

15a. Se sim, por favor indique qual a proporção aproximada destas crianças/adolescentes relação ao total de usuários inseridos neste CAPSi:

16. Este CAPSi participa do Programa Saúde na Escola?

sim não

16a. Se sim, por favor indique quais as ações realizadas:

17. Este CAPSi realiza alguma parceria/projeto específico com escolas?

sim não

17a. Se sim, por favor comente como ocorre esta parceria:

18. Por favor comente acerca das dificuldades e benefícios advindos do contato com as escolas.

19. Além da escola, a equipe deste CAPSi participa de ações conjuntas (reuniões, projetos, atividades) com serviços/instituições de outros setores?

sim

não

19a. Se sim, por favor indique com quais serviços/instituições realiza estas ações conjuntas:

CRAS

CREAS

Defensoria Pública

Promotoria Pública

Vara da Infância e Adolescência

Educação

Instituições de Lazer

Instituições de Esporte

Instituições de Cultura

Instituições de Acolhimento Institucional (abrigos)

Universidades, Faculdades (projetos de pesquisa e/ou extensão)

Outros. Por favor indique: _____

19b. Considerando as práticas intersetoriais, há algumas destas parcerias que você gostaria de destacar (tanto em aspectos positivos como negativos)? Se sim, por favor descreva.

19c. Como você percebe a importância destas ações conjuntas com outros setores?

20. Este CAPSi participa de Fóruns Intersetoriais de Saúde Mental?

sim

não

20a. Se sim, por favor indique:

- Periodicidade: _____

- Formas de participação (coordenação do Fórum, participação como ouvintes, etc): _____

21. As famílias das crianças e adolescentes são inseridas nas ações intersetoriais?

() sim () não

21a. Se sim, por favor descreva brevemente caracterizando a ação (setor, dinâmica, etc...)?

22. O CAPSi desenvolve ações com a comunidade?

() sim () não

22a. Se sim, por favor descreva brevemente caracterizando as ações (tipo de proposta, dinâmica, objetivo)?

23. Para finalizar você gostaria de realizar mais alguma observação acerca do tema: A construção de redes de atenção intersetorial para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico? Se sim, por favor fique a vontade para comentar.

24. Por favor, sinta-se a vontade para tecer críticas, comentários e sugestões a respeito deste questionário como também sobre o tema deste estudo, dentre outros.

APÊNDICE B – MODELO CARTA DE APRESENTAÇÃO DO ESTUDO PARA AS EQUIPES DOS CAPSi



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

São Carlos, ___ de ___ de ____.

À Equipe do Centro de Atenção Psicossocial _____

Venho através desta carta convidá-los a contribuir com o desenvolvimento da pesquisa *“A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico”* de responsabilidade da doutoranda Bruna Lidia Taño sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura no Programa de Pós-Graduação Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (PPGEEs-UFSCar).

O objetivo deste estudo é identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) tendo como foco principal as ações realizadas junto ao setor Educação (escolas regulares e especiais).

Esperamos que este estudo possa contribuir com um melhor delineamento das políticas públicas intersetoriais e de saúde mental para as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, como também almejamos que possa evidenciar as ações realizadas e os desafios implicados na construção da intersetorialidade para a infância e adolescência.

A presente etapa da pesquisa, de abordagem quantitativa tem como objetivo mapear as ações realizadas pelos CAPSi da região Sudeste do Brasil, para a constituição das redes de cuidado dos usuários, com os diferentes serviços existentes em cada localidade. O questionário pode ser respondido pelo coordenador e/ou gerente do CAPSi ou mesmo pela equipe, considerando que as informações assinaladas devem corresponder também à opinião do coordenador. O tempo médio para preenchimento do questionário é de 30 minutos. Esclarecemos que este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa desta universidade, tal como indicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Segue junto a esta carta o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** e o **Questionário**, estes em formato de arquivo .word. Pedimos a gentileza de que preencham este TCLE e enviem em mesmo formato para o endereço de email abaixo, juntamente com o Questionário já respondido.

Coloco-me a disposição para o esclarecimento de demais dúvidas pelo email: brunatano@gmail.com e nos telefones: 16.3984.3781 e 11.98538.5409.

Desde já grata pela atenção e disponibilidade

Bruna Lidia Taño
Terapeuta Ocupacional
Doutoranda PPGEEs/UFSCar

APÊNDICE C – MODELO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME.....
2. DOCUMENTO DE IDENTIDADE N°..... SEXO: () M () F
3. DATA DE NASCIMENTO/...../.....
4. ENDEREÇO.....N°.....
5. BAIRRO..... CIDADE.....
6. ESTADO:.....
7. CEP..... TELEFONE (DDD)-
8. EMAIL:.....

DADOS SOBRE A PESQUISA.

1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: **A constituição das ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.**
2. PESQUISADORES: Bruna Lidia Taño, terapeuta ocupacional, inscrição regional CREFITO 3/ 11546 – TO, doutoranda no Programa Pós-Graduação em Educação Especial PGEEs-UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura.
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO :
RISCO BAIXO :
RISCO MÉDIO :
RISCO MAIOR :
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 40 MESES.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **A CONSTITUIÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.**

Os objetivos deste estudo são identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) tendo como foco as ações realizadas junto ao setor Educação representado pelas escolas de ensino regular e especiais.

Entendemos que esta pesquisa poderá contribuir com um aprofundamento sobre a realidade do trabalho nos CAPSi e nas escolas em relação ao acompanhamento das crianças e adolescentes com sofrimento psíquico como também poderá contribuir para um melhor delineamento das políticas intersetoriais para infância e adolescência.

Os dados serão coletados por meio do preenchimento de questionários a serem preenchidos diretamente pelos coordenadores dos CAPSi, representando a primeira etapa do estudo. Os questionários serão preenchidos diretamente pelos coordenadores dos CAPSi. A segunda etapa será composta pela realização de entrevistas com os coordenadores de CAPSi e com coordenadores pedagógicos de escolas que serão indicadas pelos CAPSi. A duração prevista para o preenchimento dos questionários é de trinta minutos e para a realização das entrevistas é de uma hora. As entrevistas serão realizadas pela doutoranda Bruna Lidia Taño.

Gostaríamos de convidá-lo a participar desta pesquisa preenchendo o questionário enviado. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados serão informados de modos a não revelar sua identidade. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde assim como também foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos com parecer número 748.766.

Ressaltamos que sua participação neste estudo não é obrigatória e que a qualquer momento você poderá desistir de participar. Salientamos que possíveis riscos deste estudo, no que concerne a vossa participação, estão relacionados com algum desconforto psicológico proveniente das temáticas abordadas. Estamos a disposição para esclarecê-lo, há qualquer momento, sobre outras dúvidas em relação ao presente estudo. O principal pesquisador é Bruna Lidia Taño, que poderá ser encontrada nos seguintes telefones 11. 98538-5409 e 11. 97393-4969 ou no seguinte email: brunatano@gmail.com



Bruna Lidia Taño

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e CONCORDO em participar.

() Declaro que li este Termo de Consentimento e NÃO desejo participar desta pesquisa.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Participante – Sujeito da Pesquisa (NOME e CPF):

ANEXO A. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As constituição das ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Pesquisador: Bruna Lidia Taífo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27766014.0.0000.5504

Instituição Proponente: CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 748.766

Data da Relatoria: 08/07/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa com uso de entrevistas e questionários a serem aplicados a coordenadores de escolas e do CAPSi, visando a caracterização deste serviço e a comunicação deste com outros setores.

Objetivo da Pesquisa:

"Identificar como tem sido produzido o trabalho intersetorial nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) tendo como foco as ações realizadas junto ao setor Educação (escolas regulares e especiais)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras:

"Riscos:

Por se tratar de pesquisa que objetiva identificar como se constroem as ações de articulação das redes de atenção para crianças e adolescentes por meio das contribuições dos coordenadores dos CAPSi e de escolas, estes poderão estar submetidos ao risco de trazerem à tona emoções que produzam algum incômodo emocional. Entretanto trata-se de risco pequeno que não tem como intenção os participantes a qualquer situação vexatória no prosseguimento de sua ocupação ou mesmo na sua relação com outras instituições. Salientamos que a qualquer momento os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.665-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: oephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 748.768

participantes poderão desistir da participação na pesquisa. Serão seguidas com seriedade as condutas éticas em pesquisa, entre estas as prerrogativas mencionadas na resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando entre outras coisas o anonimato dos participantes, o rigor com o tratamento dos dados e o compromisso ético quando da realização das entrevistas. A pesquisadora se manterá disponível para a qualquer momento da pesquisa, prestar informações e outros esclarecimentos aos participantes.

Benefícios:

A identificação das formas com que atualmente se produz o cuidado e a atenção em saúde mental infantojuvenil em seu aspecto intersetorial reforça a importância de se constituírem ações que tenham como foco principal a melhoria das condições de vida das crianças e adolescentes. Embora as políticas de saúde e de educação tratem dos processos de inclusão destes sujeitos, muitas vezes o fazer cotidiano dos serviços encontra barreiras para o trabalho em conjunto. Pelo exposto fica premente a importância de se ampliar o debate acerca das possibilidades de agenciamento das ações intersetoriais que se efetivem em redes compartilhadas e co-responsáveis pela proteção e cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Por meio das narrativas e contribuições dos diferentes atores presentes nessa temática e representantes dos serviços de saúde mental e das escolas será possível criar um panorama mais explícito de como se tecem estas relações nas rotinas institucionais. Acredita-se que essas constatações, efetivadas por meio dos questionários e das entrevistas, possam auxiliar no delineamento de políticas públicas condizentes com as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico e ofereçam novos aportes para o trabalho clínico, educacional e social. Posteriormente à elaboração do relatório final da pesquisa, este será disponibilizado para os serviços em que as entrevistas foram realizadas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e bem descrita

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

completos

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 748.766

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 13 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Página 03 de 03