

## ACESSO DE CRIANÇAS A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL

Juana Maria Fraga Larrosa<sup>1</sup>; Patricia Pedrotti Soares<sup>2</sup>; Cristiane Kenes Nunes<sup>3</sup>; Michele Mandagará de Oliveira<sup>4</sup>; Valéria C. Christello Coimbra<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas 1 – fraga.juana@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas – patty\_discipula@hotmail.com

<sup>3</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Cris\_kenes@hotmail.com

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas – mandagara@hotmail.com

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas – valeriacoimbra@hotmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) são serviços que compõem a rede de atenção diária à saúde mental, implementados a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, voltado a crianças e adolescentes, com grave comprometimento psíquico, todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004).

Estes devem apresentar uma composição multiprofissional incluindo um psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental infantil, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as categorias psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médio técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, para o atendimento de 15 crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 pacientes/dia (BRASIL, 2004).

O acesso à rede de atenção psicossocial é indispensável para assegurar a qualidade do serviço de saúde. A articulação com outros setores de assistência à criança assim como saúde geral, educação, assistência social, justiça/direitos, vem sendo afirmada como principal estratégia para garantir uma rede ampliada de atenção baseada na intersetorialidade e garantindo assim a qualidade do serviço (TEIXEIRA ET al, 2015).

Sendo assim, o objetivo deste estudo é descrever as formas de acesso das crianças atendidas no CAPSi, na perspectiva dos profissionais.

### 2. METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa “Avaliação do centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil”, a escolha do local de estudo foi intencional, devido à história do município de São Lourenço/RS dentro do modelo da atenção psicossocial no estado do Rio Grande do Sul.

A pesquisa foi uma avaliação qualitativa fundamentada numa avaliação de quarta geração, construtivista, responsiva e com abordagem hermenêuticodialética. A Avaliação de Quarta Geração, desenvolvida por Egon G. Guba e Yvona S Lincoln (1985, 1989), foi norteadora do processo teórico-metodológico da pesquisa e os instrumentos de coleta de dados foram entrevistas semiestruturadas através do círculo hermenêutico-dialético com os grupos de interesse e a observação de campo de 380h.

Os grupos de interesse desta avaliação foram: trabalhadores do CAPSi; familiares das crianças atendidas no serviço; e um grupo de trabalhadores e gestores intersetorial (justiça, promotoria, conselho tutelar, escola, secretaria de saúde, assistência social). Os dados foram coletados no período de 12 de maio a 6 de junho de 2014.

Neste recorte será apresentado os dados relativos às entrevistas realizadas com os trabalhadores da rede, foram obtidos dados de quais serviços da rede o usuário foi encaminhado, seguindo o modelo de entrevista semi-estruturada. Os nomes dos trabalhadores foram mantidos no anonimato utilizando-se códigos para a representação (T1, T2 e T3).

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas 545.964/14. Os aspectos éticos do estudo foram assegurados aos participantes de acordo com a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas entrevistas feitas com os trabalhadores verificou-se que vários são os caminhos para que as crianças ingressem no serviço psicossocial. O fluxo de entrada a assistência psicossocial oferecida pelo CAPSi mencionado pelos trabalhadores foram através da unidade básica de saúde, assistência social, médicos da rede de saúde, ministério público, escola e demanda espontânea.

Sendo que o encaminhamento das escolas foi mencionado repetidas vezes como um problema, devido a encaminharem crianças e adolescentes que não estariam de acordo com o protocolo de assistência para um CAPSi, devido a serem transtornos menores, ou “problemáticas” que deveriam ser resolvidas em outros centros da rede de atenção, por exemplo por pedagogas da própria escola, assistentes sociais ou núcleo de assistência a saúde da família (NASF).

É uma demanda bem variável, mas são crianças normalmente encaminhadas pelas UBS's, escolas, o Ministério público. Crianças que apresentam sintomas de ansiedade, depressão problemas de aprendizagem na escola, algum tipo de déficit de atenção, com conflitos familiares que acabam desencadeando muitos desses sintomas, alguns altistas, adolescentes com transtornos de impulso. (T2)

Olha, acho que aqui do serviço agente faz de tudo pra dar toda atenção, inclusive casos que agente avalia que nem sejam pra CAPS, a gente acaba acolhendo, algumas queixas e dificuldades escolares que não são queixas pra serem tratadas no CAPS, mas como não tem nenhum outro órgão que não seja dentro da escola, a gente acaba acolhendo, então acho que por parte do nosso serviço aqui no CAPS infantil eu acho que é muito bom, que todos que vem nos pedir ajuda, agente acolhe. (T3)

Embora avaliem a rede como de atenção de forma favorável no modo geral, algumas fragilidades foram levantadas. A reclamação mais presente foi referente à necessidade de apoio para diminuir a patologização de crianças em idade escolar, esta como herança do modelo biomédico de atenção, da interpretação dos diversos problemas que podem surgir na vida criança, e que manifestam-se através de seu comportamento, como sendo um problema clínico impede que muitos profissionais percebam que a patologização e medicalização não é um fator positivo. Com isso temos um grande numero de crianças erroneamente diagnosticadas, ou pré-diagnosticadas por profissionais alheios a

esta competência como crianças com transtorno de déficit de atenção, hiperatividade ou distúrbios de conduta (TOASSA, 2012).

Ainda dentro da rede deste município os profissionais identificaram como fator predisponente para o erro de encaminhamento das escolas a mudança de função do que hoje é o CAPSi da cidade, pois este anteriormente era um Centro Integrado de Saúde Escolar, para onde eram encaminhados estes casos, e a atual falta de apoio as escolas.

A demanda maior de crianças é via escolar, ou seja, encaminhados por professores, normalmente por distúrbio de conduta, dificuldade de aprendizado e limites são as principais sendo que a grande maioria não é demanda de CAPS, então, a gente tem uma demanda muito grande por falta de triagem nas escolas, a gente vem tentando a vários anos, a gente vem se reunindo com as escolas para que essa demanda seja mais triada, e se for ver de todos que vem a procura um Maximo de 20% tem indicação de CAPS, os outros não seriam, seriam para Unidade Básica de Saúde, ou rede escolar, e não seria para CAPS, a demanda maior é de 6-12 anos nesta faixa etária. (T1)

É, essa sempre foi uma dificuldade nossa, porque isso aqui antes de ser CAPS era CISE, Centro Integrado de Saúde Escolar, e na verdade as escolas é que encaminhavam na época do CISE e depois que se transformou em CAPS Infantil as escolas continuaram encaminhando e continuam encaminhando e a gente sempre tem que bater na mesma tecla a gente sempre tem que fazer reuniões com as escolas pra explicar que não é assim que funciona, mas enfim sempre acontece delas acabarem encaminhando antes mesmo da necessidade existir, é isso que eu observo. Porque antes da escola chegar ao limite, chegar a fazer tudo o que puder ser feito até encaminhar essa criança esse adolescente pra um CAPS, a gente nota assim que isso não acontece, elas encaminham bem antes, existem casos que não são de CAPS infantil que são encaminhados pra cá, a gente tem que dar um novo rumo a esses casos, a gente não tem como ta atendendo aqui (...) uma criança que esta passando por dificuldade, por exemplo, de adaptação escolar, isso não tem cabimento, então a gente sempre se reúne com as escolas, mas a gente percebe que ainda é uma dificuldade das escolas, as escolas elas estão muito defasadas no sentido de conseguir esse suporte, elas estão sem esse suporte, é o que a gente percebe, mas é uma luta constante, a gente continua tentando. (T2)

Meira (2012) considera uma epidemia de crianças diagnosticadas com problemas clínicos, que na verdade são mais de cunho social de vulnerabilidades a que estão sujeitas. Assim como se tem ainda uma indústria farmacêutica que se beneficia com o aumento dos tratamentos, e esta por sua vez incentiva cada vez mais esse tipo de comportamento, onde sofrimentos da própria vivencia são vistos como problemas clínicos.

Quando o aluno não corresponde ao que o profissional da educação compreende como normal para o rendimento acadêmico, mesmo que esta seja uma manifestação da própria singularidade ou de problemas de sua vivencia, este tende a querer uma solução dos profissionais de saúde que possam neutralizar esta manifestação fazendo com que este volte ao que eles veem como normal. Este método adotado pela rede escolar mostra uma dificuldade real em perceber a singularidade de cada pessoa, e a inaptidão de planejar soluções pedagógicas reais para resolver problemas da própria educação, percebendo então a medicalização como a única saída para fazer com que tal aluno se encaixe no seu cotidiano educativo sem ter que fazer nenhum esforço além (LEONARDO e SUZUKI, 2016).

Tal comportamento além de superlotar a rede de atenção psicossocial faz com que em longo prazo estas crianças desenvolvam outros problemas mais graves. O estigma da não aceitação social desde a infância pode resultar em adultos com reais problemas de conduta como inserção na criminalidade (MEIRA, 2012).

#### **4. CONCLUSÕES**

Com as entrevistas verificamos que há na rede uma dificuldade de organização no que cerne ao encaminhamento das escolas, devido à falta de apoio que estas tem para resolver problemas cotidianos das crianças. Esta primeira dificuldade leva a segunda fragilidade que é o diagnostico precoce ou ate mesmo ao diagnostico errôneo, que por muitas vezes leva a medicalização para mascarar a expressão de um problema social.

Percebe-se então que a questão da medicalização e patologização dos escolares não é uma problemática que possa ser colocada em segundo plano, pois esta leva a graves problemas ate a vida adulta da pessoa. Precisa-se ajudar os educadores do real problema de medicalizar os alunos, método utilizado como primeira opção para toda manifestação fora do que eles percebem como normal.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção Psicossocial. Brasília (DF); 2004.

LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. Fractal: Revista de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 46-54, 2016.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. Psicologia Escolar e Educacional, p. 136-142, 2012.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). Estud. psicol.(Campinas), v. 32, n. 4, p. 695-703, 2015.