

# **Eixo: Promoção a Saúde – Orientações educacionais quanto a promoção da saúde e atenção à saúde mental no contexto escolar**

Versão 1

## **Convivência na escola**



# **Eixo: Promoção a Saúde – Orientações educacionais quanto a promoção da saúde e atenção à saúde mental no contexto escolar**

*Versão 1*

## **Senac São Paulo**

### **Diretor do Departamento Regional**

Luiz Francisco de A. Salgado

### **Superintendente Universitário e de Desenvolvimento**

Luiz Carlos Dourado

### **Gerência de Desenvolvimento 2**

Roland Anton Zottele

### **Gerência de Desenvolvimento 2 | Grupo Educação | Posicionamento Educacional e Representação Política**

Ana Luiza Marino Kuller

### **Coordenação e Elaboração**

André Rogério Pereira

### **Assistente**

Priscila Simon

### **Consultoria Técnica**

Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Moral (GEPEM)

Raul Alves

Talita Bueno Salati Lahr

## Sumário

Introdução.....	6
Contexto social e saúde mental .....	10
Sobre os problemas mentais e os transtornos mentais.....	13
O processo de inclusão e acolhimento .....	15
Por que evitar uma visão diagnóstica? .....	16
Promoção da saúde mental na educação .....	18
Acolhimento educacional.....	19
Papel do docente.....	20
Ações intersetoriais .....	21
Encaminhamentos.....	26
Situações de crise .....	28
Registros .....	30
Considerações finais.....	31
Referências.....	32



## Introdução

O tema “saúde mental” tem se tornado muito comum nas escolas brasileiras e ficou ainda mais evidente após a pandemia de covid-19 e o período de isolamento social vivido por estudantes, docentes e famílias. Abordar a saúde mental passa também pela ideia de “doença” e envolve ações de atenção e cuidado a todos os ambientes nos quais adolescentes e jovens convivam, inclusive a escola.

Vieira et al. (2014) já alertavam para a quantidade de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental no Brasil **antes da pandemia**. Segundo pesquisas citadas por eles, entre 10% e 20% das crianças e dos adolescentes já manifestavam algum tipo de transtorno mental em 2014, e 1 a cada 8 estudantes matriculados na escola na Região Sudeste apresentavam dificuldades que justificavam atendimentos especializado nessa área.

No contexto **pós-pandêmico**, em 2022, os dados relacionados à saúde mental preocupam ainda mais. Uma pesquisa realizada em 2020 com 45.161 brasileiros verificou que, durante o período de isolamento social, 40,4% dos respondentes se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos; 52,6% se sentiram ansiosos ou nervosos, e 43,5% relataram início de problemas para dormir (BARROS et al., 2020).

Em relação às crianças e aos adolescentes, uma enquete do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com 4 mil adolescentes entre 15 e 19 anos, em 2020, indicou que 72% deles sentiam necessidade de buscar ajuda para o seu bem-estar físico e emocional, 46% estavam se sentindo mais pessimistas, e 80% relatavam sentimentos negativos relacionados a depressão, ansiedade, preocupação etc. (UNICEF, 2020).

Outra pesquisa, de Orgilés et al. (2020), ao perguntar aos pais quais mudanças observavam nas expressões emocionais e nos comportamentais de seus filhos durante a quarentena, apurou que 76,6% deles estavam com dificuldade em se concentrar; 52%, mais entediados do que o habitual; 39%, mais irritados; 38%, mais nervosos; 31,3%, mais solitários; 30,1%, mais preocupados; 29,7%, mais propensos a discutir em família; 28,4%, mais ansiosos; 28%, mais dependentes, e 24%, mais tristes.

Duan et al. (2020) identificaram a prevalência de sintomas depressivos em 23,87% de crianças e em 29,27% de adolescentes em um estudo transversal com 3.613 estudantes de 7 a 18 anos.

Todos esses dados reforçam o agravamento dos problemas gerados pela pandemia na saúde mental de crianças e adolescentes.

Alguns psiquiatras atribuíram a denominação “síndrome da gaiola” ao sentimento de medo e angústia das pessoas em sair de casa após o isolamento social (ZAMBÃO, 2021) – algo que, embora pudesse não requerer o uso de medicamentos, seria capaz de evoluir para um quadro depressivo.

Diante dos números e das preocupações, alguns especialistas chegaram a considerar que os problemas relacionados à saúde mental constituiriam a “quarta onda” da pandemia da covid-19 (“Impacto da pandemia...”, 2020). Assim, com o retorno das atividades presenciais, esses problemas migrariam para o ambiente escolar, e os profissionais que ali atuavam teriam não só que lidar com sua dor, mas também com a de milhares de estudantes que voltariam com dificuldades no reconhecimento de seus sentimentos e, conseqüentemente, com questões nas relações instituídas naquele ambiente.

Para tratar desse tema do ponto de vista da educação, consideramos importante apresentar alguns conceitos de saúde mental encontrados na literatura. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental “é um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade” (“Saúde mental no trabalho...”, [s. d.]).

Esse conceito pode dar a impressão de que, quando uma pessoa não se recupera de uma condição de estresse ou sofrimento, a responsabilidade recai sobre ela e suas habilidades, desenvolvidas ou não. Entretanto, cabe salientar o aspecto complexo e multifatorial que envolve os problemas relacionados ao sofrimento humano. Dessa forma, Fleitlich-Bilyk et al. (2014) reforçam a importância de considerarmos que nenhuma pessoa é 100% saudável ou 100% doente. Esses autores consideram um desafio conceituar o termo “saúde”, optando por afirmar que “crianças e adolescentes saudáveis são aqueles que apresentam desenvolvimento cognitivo, emocional e social satisfatórios para a idade, fatores estes que definem a capacidade de adaptação aos desafios da vida” (FLEITLICH-BILYK et al., 2014, p. 26).

Ou seja, para ambas as definições – a da OMS e a de Fleitlich-Bilyk et al. –, as habilidades das pessoas para lidar com suas dificuldades e seus sofrimentos são de extrema importância à sua saúde mental.

Para Tognetta (2022), existe uma preocupação quanto à utilização do termo “saúde mental” no âmbito das atribuições da escola. Primeiro, porque as orientações e os documentos referentes ao tema são destinados à área da saúde, não à da educação, e pode haver confusões sobre a função da instituição escolar, inclusive em relação ao papel do psicólogo na escola. Segundo, porque não cabe, à escola, assumir a responsabilidade frente ao tratamento em saúde mental. Entretanto, se falta saúde mental, há sofrimento; dessa forma, a autora prefere a utilização do termo “sofrimento emocional”, definindo-o como a dor psíquica manifestada por sentimentos como medo, tristeza, solidão, ansiedade e por comportamentos de risco, como autolesões e ideias suicidas (TOGNETTA, 2022).

Considerando a dimensão multifatorial da promoção à saúde, essa posição contribui para entendermos que o sofrimento emocional faz parte da condição do estudante e que o tratamento ou a resolução de tal sofrimento não são atribuições da escola.

Na visão de Calderaro e Carvalho (2005), cabem à instituição escolar o trabalho com as emoções dos estudantes e a promoção da convivência de forma que esses sentimentos possam se manifestar, ser compartilhados, e para que seja possível cuidar deles. Ocorre que, por vezes, tal sofrimento é incompreendido no ambiente escolar e passa a ser visto como comportamentos que desqualificam os sentimentos e os próprios estudantes. São estudantes vistos como aqueles que não têm vontade de aprender, que não querem participar, que são preguiçosos (CALDERARO, CARVALHO, 2005).

Essa ideia condiz com o olhar de Estanislau e Bressan (2014), que, ao trazer o tema da saúde mental para a escola, refletem que é preciso compreendê-la como um “elo entre o aprender e o poder viver e conviver no âmbito escolar” (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014, p. 277). Ou seja, para esses autores, que atuam diretamente no âmbito escolar, a saúde mental está relacionada com a instituição de ensino, porém no dia a dia e na promoção da convivência entre as pessoas que frequentam aquele espaço.



Além disso, vale ressaltar que a escola tem um limite de atuação diante de tais problemas e situações. Ao mesmo tempo que lhe é função cara e importante cuidar dos sentimentos e da convivência como promotora de saúde mental, não são seus papéis realizar tratamentos, dar diagnósticos ou decidir pela não participação de seus estudantes no ambiente escolar em razão de sofrimentos apresentados por eles. As tarefas do cuidado em saúde e do tratamento desses problemas cabem à política e aos profissionais da área da saúde.

Para compreensão dessas diferentes funções e dos encaminhamentos pertinentes à instituição escolar, é importante entender o recorte da saúde mental a partir do percurso que a inseriu no debate sobre a inclusão de pessoas em todas as instâncias sociais e dos movimentos, nacional e global, que enlaçam a sociedade na promoção da saúde.

## Contexto social e saúde mental

No mês de maio, comemoramos nacionalmente a luta antimanicomial e as mobilizações em torno do fechamento de manicômios, da implantação da rede de saúde mental e atenção psicossocial e da instauração de novas práticas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Essa luta começou no início da década de 1970, na Itália, com o médico psiquiatra Franco Basaglia. Ele defendia que a psiquiatria não era suficiente para tratar os pacientes e que o modelo de isolamento social, internação em manicômios e métodos clínicos questionáveis, como eletrochoques, altas doses de ansiolíticos e choques de insulina, entre outros, poderia agravar a condição dos pacientes.

Em contrapartida, os tratamentos terapêuticos aliados à socialização resultavam em uma melhora considerável dos pacientes, desafiando a convivência social afetada pelos estigmas criados pelo desconhecimento acerca dos comportamentos de pessoas com transtornos mentais e pela institucionalização (ou seja, pela internação em instituições psiquiátricas).

Esse movimento permitiu que tratamentos abusivos e a precarização do trabalho realizado nos manicômios em todo o mundo fossem denunciados. Em 18 de maio de 1987, realizou-se um grande encontro de grupos favoráveis às políticas antimanicomiais, e desse evento surgiu a proposta de Reforma Psiquiátrica, que culminou na Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Todo esse processo abriu caminho para os atendimentos dos pacientes em hospitais dia e outros serviços de caráter ambulatorial.

Desde 1986, com a Carta de Ottawa – documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde –, já se vinham compreendendo os aspectos sociais como integrantes da promoção da saúde individual e coletiva e relacionando esta a uma proposta educativa. Ou seja, passou a haver uma aposta de qualificação do conceito de saúde em prol da integração de um corpo único, constituído pelo corpo biológico, psíquico e social.

No Brasil, a luta também objetivou a extinção dos chamados hospitais psiquiátricos, proposta reformada dos manicômios. Em 1984, havia tido início a formulação de um projeto de política pública voltada a esse público, e tinham surgido instituições chamadas Ambulatórios de Saúde Mental e Equipes Mínimas de Saúde Mental na Atenção Básica, que confrontavam o modelo

manicomial ainda vigente naquele tempo. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi implantado em 1986, em São Paulo, com o nome de CAPS Luiz Cerqueira. O modelo tinha como base experiências realizadas na Itália e na França. Na época, as medidas de internação deveriam ser substituídas por internações de curta permanência em hospitais gerais ou nos próprios CAPS (COSTA-ROSA, 2013).

Costa-Rosa (2013) enfatiza a diferença conceitual entre os termos “reforma psiquiátrica” e “luta antimanicomial”. Para o autor, o primeiro se restringe às mudanças na área médica, enquanto o segundo remete à ideia de atenção psicossocial, ou seja, dispõe de um conjunto de ações, saberes e políticas necessários para a atenção adequada e humana a pessoas que vivem com transtornos mentais, superando a atenção médico centrada (COSTA-ROSA, 2013).

A ideia em torno do surgimento dos CAPS era a de que fossem uma proposta intermediária entre a vida (e a convivência) na comunidade e a internação. Assim, o “atendimento dia” constituía seu maior objetivo, propiciando que os usuários do serviço permanecessem com suas famílias e passassem por atendimentos terapêuticos durante a semana. No fim da década de 1980, surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em alguns municípios, atendendo a situações de crise de forma ininterrupta, ou seja, 24 horas por dia (FREIRE, 2004).

Enquanto a luta antimanicomial ganhava força, o Brasil também implementava o Sistema Único de Saúde (SUS), e suas diretrizes e princípios compunham o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. Em 1992, os NAPS e os CAPS foram unificados, e em 2002 o CAPS se tornou a expressão concreta do Ministério da Saúde em relação aos cuidados de saúde mental no Brasil (BRASIL, 1992, 2002). Em 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que organizou e integrou o acompanhamento dos usuários nesses serviços (BRASIL, 2011).

Em 2017, o Ministério da Saúde promulgou a Resolução nº 32 (BRASIL, 2017), que modificou a estrutura da RAPS e incluiu o hospital psiquiátrico como uma modalidade de atenção, o que contrariou as discussões realizadas até então e confirmou um problema ainda presente em nossa sociedade: a manutenção dos hospitais psiquiátricos em decorrência da dificuldade no atendimento às pessoas com transtorno mental, além da crença equivocada de uma parte da população sobre o isolamento social dessas pessoas, o que torna crônica a condição patológica da pessoa com transtorno mental e a impede de conviver com sua família e com a comunidade, princípio do trabalho desenvolvido pelos CAPS (SOUZA; JORGE, 2019).

Todo esse processo evidencia as mudanças recentes no entendimento sobre saúde mental e seus transtornos e sobre promoção da saúde integral. No entanto, permanece o preconceito sobre o tema, principalmente em razão do recorte que damos aos diferentes tratamentos, imperando com absoluta força o formato clínico, médico centrado e de isolamento social daqueles que vivem com transtornos mentais.

Os educadores devem entender esse processo que identifica a origem dos preconceitos instalados na cultura e, por meio de sua atuação, refinar sua escuta para o acolhimento dos estudantes e para a promoção de ações que combatam os preconceitos em relação a pessoas que atravessam momentos de crise emocional.

## Sobre os problemas mentais e os transtornos mentais

Fleitlich-Bilyk et al. (2014) destacam que cada pessoa reage de uma forma a eventos capazes de gerar sofrimento e que, dependendo de uma série de condições, as respostas individuais podem estar acompanhadas de um problema mental ou de um transtorno mental. O primeiro conceito – problema mental – remete a condições mais amenas e pode estar relacionado a uma questão que requer uma adaptação, como o rompimento de uma relação, o divórcio dos pais, uma demissão etc. Nessas situações, o apoio dos educadores, dos pares e de familiares pode ser essencial para sua superação. Nos casos em que o sofrimento perdura, torna-se necessário o acompanhamento de um profissional.

Já o termo “transtorno mental” envolve a interação de fatores individuais (biológicos, genéticos e psicológicos), sociais (financeiro, moradia, rede de apoio) e ambientais (relações estabelecidas com a família, com colegas na escola, exposição a eventos estressores etc.) e gera problemas na adaptação às atividades diárias e nas relações entre as pessoas, levando a maior sofrimento. Os transtornos mentais tendem a ser duradouros e requerem um diagnóstico, além de intervenção profissional adequada (FLEITLICH-BILYK et al, 2014).

Assim, podemos considerar que na escola temos mais situações de problemas mentais do que situações de transtornos mentais, sendo as primeiras passíveis de manejar por meio da convivência e do cuidado oferecido nas relações do ambiente escolar.

Entretanto, cabe ressaltar que há casos de transtorno mental em que o estudante pode apresentar dificuldade da convivência, afetando seu acompanhamento. Em situações como essa, a apresentação de um laudo por parte do estudante indica a consciência da sua condição de saúde e oferece possibilidades para a instituição acolher suas necessidades e se adaptar a elas, visando um melhor desenvolvimento de atividades para sua aprendizagem. Para a escola, a função do laudo é uma identificação complementar que, quando discutida, pode ampliar as estratégias de ensino para o planejamento das situações de aprendizagem.

É fundamental estabelecer acordos de aprendizagem e acompanhar o processo dos estudantes nessa condição. Ampliar a compreensão das características não significa deixar de desafiá-los, mas entender quando as estratégias deixam de ser eficazes.

Isso também se aplica às regras de convivência. Alterações de humor e comportamentos agressivos que venham a gerar incômodo aos colegas, situações de desrespeito e prejuízos ao ambiente devem mobilizar a análise da escola. A condição de saúde não deve impedir intervenções e mediações que favoreçam a construção de relações mais respeitadas no ambiente escolar. Por exemplo, em decorrência dos estigmas que circulam sobre as pessoas com doença mental, é comum haver generalizações e serem atribuídas agressividade ou inadequação a elas. Se o estudante seguir o acompanhamento clínico indicado e não houver qualquer outra complicação clínica, ele terá condição de compreender as regras de convivência e as mediações.

Os desafios educacionais mobilizam as pessoas de maneira diferente, o que pode fazer com que respondam aos objetivos de aprendizagem em percursos distintos. Disso surge a necessidade de manter a transparência nas devolutivas aos estudantes e docentes, para alinhamento das expectativas e intervenções a serem realizadas. Essa dinâmica é saudável para o aguçar a autoavaliação, tanto da aprendizagem quanto da autopercepção de seu estado de saúde global.

Apesar do importante papel da escola na promoção e na prevenção aos problemas de saúde mental, ações intersetoriais que envolvam o acompanhamento de outras políticas setoriais e outros serviços são essenciais para garantir os cuidados necessários aos estudantes.

## O processo de inclusão e acolhimento

A [Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência \(LBI\)](#), de 2015, trouxe para a escola o desafio de reinventar as estratégias de aprendizagem, enriquecendo os diálogos acerca do que acreditávamos ser uma limitação para aprendizagem. Esse desafio se estende quando tratamos de pessoas com transtornos mentais que, no passado, invalidavam a participação escolar. Contudo, muitos dos avanços no âmbito do acompanhamento de estudantes com deficiência na escola não se aplicam àqueles com hipóteses diagnósticas no campo da saúde mental, como o direito a um acompanhante em sala de aula para favorecer as relações e o desenvolvimento, o que dificulta as ações da escola e seu manejo, especialmente em relação aos estudantes que apresentam comportamentos agressivos e dificuldades na socialização.

Assim, torna-se necessário rever as estratégias ou didáticas a fim de objetivar o protagonismo dos estudantes para aprender, e não para resolução de sua doença, que, apesar de se apresentar como uma dificuldade, tem origem em uma limitação para a qual falta manejo técnico por parte da escola. Por exemplo, um estudante com depressão pode se entusiasmar frente às situações de aprendizagem e melhorar seu ânimo, o que é suplementar ao tratamento clínico, e não o contrário. Ou, esse mesmo estudante pode ter seu quadro piorado diante de situações de intimidação sistemática (*bullying*) no ambiente escolar, o que demandaria intervenções sistematizadas da escola a fim de superar o problema de convivência citado.

Desse modo, as relações interpessoais e a convivência com pessoas em situação de sofrimento nos desafiam a repensar a organização social como um todo, no sentido de revisarmos estruturas e ambientes que segregaram as singularidades.

## Por que evitar uma visão diagnóstica?

O diagnóstico clínico é uma ferramenta útil para o tratamento de doenças, mas, infelizmente, apresenta uma condição que pode ser limitadora para aquele que o recebe.

A escola deve evitar reforçar as limitações e apostar em potencialidades, apresentando propostas pedagógicas que desafiem o desenvolvimento, entendendo que o desejado é a superação do problema, e não a cura.

No ambiente escolar, muitas vezes o documento tão requerido intitulado “laudo” limita e dificulta o desenvolvimento dos estudantes, uma vez que pode os estigmatizar. Nessa abordagem, de integração e cuidado, o laudo deve ser um documento que compõe a história do estudante e não os encerra em um enquadramento que pode ser ou se tornar situacional.

A necessidade desse documento reflete o modelo clínico praticado pela medicina, que traz uma ideia de que todas as demais abordagens seguem o mesmo modelo. Por exemplo, queixa de sintomas, solicitação e análise de exames, formulação diagnóstica, medicação e acompanhamento. O diagnóstico dá nomes e prognósticos, o que alivia a angústia do não saber o que se tem e permite a definição de um tratamento objetivando a cura.

Assim, observa-se na literatura e na prática das escolas uma busca desenfreada por diagnósticos, o que tem gerado, também, a medicalização da infância e da adolescência. E, sendo o sofrimento algo inerente ao ser humano, cabe a reflexão acerca da medicalização como uma forma de evitar o “sentir”, patologizando aquilo que pode ser natural do desenvolvimento humano e gerando um evitamento do próprio sofrimento ou do sofrimento alheio, quando não intolerância a estes.

Segundo Souza (1997), no ambiente escolar, muitos docentes requerem encaminhamentos médicos ou psicológicos ao se depararem com conflitos entre seus estudantes, demonstrando incapacidade para lidar com problemas corriqueiros na escola e terceirizando um trabalho que está diretamente ligado às relações e à convivência. De acordo com Vieira et al. (2014), o sentimento de impotência despertado em educadores e familiares diante de problemas relacionados à saúde mental gera certa dependência da figura do médico, que seria responsável por soluções rápidas.



O mesmo acontece com as famílias que, por não saber como lidar com comportamentos ditos inadequados ou com o sofrimento dos filhos, veem-se cobradas pela escola a fazer cessar tais comportamentos ou a enquadrar meninos e meninas nas exigências da instituição escolar. O resultado frequente de uma situação assim é os pais ou os responsáveis levarem os filhos a médicos e sentirem alívio ao receber diagnósticos e medicações, inclusive por considerarem que aquele comportamento tem um motivo que é biológico e não guarda relação com suas funções, dinâmicas ou falhas como pais. E o mesmo se aplica à escola (BENEVIDES, 2015; SILVESTER; BOTTOLI, 2021).

Por outro lado, em alguns casos, o diagnóstico revela uma condição, uma estrutura de funcionamento, e, na leitura de um quadro clínico, compreendem-se os padrões que configuram os efeitos de uma doença ou um transtorno, o que pode ser, para a escola, um ponto de partida para um leque de possibilidades de desafios educacionais.

Portanto, embora possa ser solicitado pela unidade escolar, o laudo não pode ser considerado a solução ou a definição dos problemas, tampouco desviar a equipe gestora e os docentes de suas ações educativas.

## Promoção da saúde mental na educação

Considerando a escola como uma instituição social fundamental, que contribui para a construção de uma visão cidadã, ressaltam-se a responsabilidade formadora – tanto na educação básica como na formação profissional – e o olhar de acolhimento voltado para as questões relacionadas à saúde mental e ao sofrimento emocional.

Atuar para dissolver os preconceitos relacionados à saúde mental é fundamental para a inclusão, pois, ao reconhecer que as doenças têm um tratamento, caminhamos em direção à autonomia para o autocuidado e ao acolhimento daqueles que estão em condição de maior fragilidade e de vulnerabilidade e que necessitam de um olhar especial, cuidadoso e especializado.

Assim como as doenças corporais trazem limitações quando não são tratadas e podem, de fato, restringir a participação social no trabalho, na escola e nas relações de forma geral, os problemas da mente que não recebem o tratamento adequado têm o potencial de levar às mesmas limitações e se agravarem a ponto de afetar o desenvolvimento e a independência dos jovens e adultos.

O estigma que recai sobre as doenças mentais as desqualifica em sua gravidade. Com medo de serem rotuladas, é comum que as pessoas não deem importância aos sintomas e ao sofrimento em si e neguem que estejam passando por dificuldades para enfrentar perdas, superar histórias difíceis etc.

Nesse contexto, é necessário entender que temos um grande desafio social. A partir da extinção do tratamento manicomial, ficou uma grande lacuna para o atendimento da saúde mental, que se evidencia pela quantidade insuficiente de equipamentos públicos e de profissionais qualificados para atuarem nessa área e gerarem o necessário reconhecimento social das pessoas em sofrimento, conforme destaca o Caderno HumanizaSUS:

Significa dizer – correndo o risco de estarmos enunciando o óbvio – que a luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado para a população que padece de sofrimento psíquico passa pelo reconhecimento desses sujeitos como cidadãos que gozam do direito de buscar ajuda quando avaliarem necessário, de dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços a serem acessados em diferentes circunstâncias de suas vidas. (BRASIL, 2015, p. 8)

Dessa forma, ao compreendermos a escola como um espaço de convivência e de cuidado com as relações interpessoais, constata-se também sua importância no que tange a promoção e prevenção de saúde mental para os estudantes, atuando não apenas no desenvolvimento de fatores de proteção como também no fortalecimento da autoestima, da socialização entre pares e do autocuidado, na construção de um clima escolar positivo e na redução de fatores de risco. Isso envolve, inclusive, o cuidado com a segregação de estudantes com comportamentos difíceis e a identificação precoce de dificuldades as quais demandem avaliação de uma equipe interdisciplinar que atue com saúde mental (VIEIRA et al., 2014).

### Acolhimento educacional

É na dimensão da orientação educacional que podemos qualificar as ações da escola em dois aspectos, e o acolhimento é um deles. O outro consiste no papel do docente (ver próxima seção).

O acolhimento se constitui em uma atitude de escuta que suspende julgamentos prévios, ou seja, que compreende o sofrimento sem rotular nem discriminar, evitando restringir o acompanhamento dos estudantes a diagnósticos ou laudos. O profissional que acolhe o estudante consegue manejar estratégias educacionais que contemplem seu desenvolvimento e pode, se necessário, oferecer ou indicar orientação a especialistas. Entretanto, é preciso estar consciente das dificuldades em realizar tais encaminhamentos, seja pelos preconceitos em relação ao tratamento em saúde mental, seja pela minimização dos problemas relacionados ao sofrimento emocional. As pessoas tendem a achar que os sintomas podem ser de uma “tristeza passageira” ou uma ansiedade em relação a uma situação específica e evitar procurar ajuda.

No acolhimento, é possível perceber que os aspectos psicossociais interferem na vida escolar dos estudantes. Todos nós temos alguma interferência na maneira como lidamos com trabalho, estudo, relacionamentos e nem sempre encontramos nas instituições das quais fazemos parte a compreensão acerca desses momentos que vivenciamos. Tais aspectos geram estresse e ansiedade.

Para a escola, a estratégia de acolhimento deve ser o parâmetro principal, pois todas as estratégias educacionais visam fortalecer o desenvolvimento das pessoas. Nesse contexto, é coerente que observemos como os estudantes estão se relacionando com a aprendizagem diante dos desafios pessoais que vivem.

Nesse recorte de escuta educacional, situamos o estudante sobre sua posição frente à aprendizagem e à convivência nos espaços escolares, favorecendo o reconhecimento de possíveis lacunas no cuidado do clima relacional e possíveis ações voltadas à promoção da saúde mental. Recomenda-se que, nesse processo de escuta, sejam evitados aconselhamentos e fórmulas de autoajuda e/ou religião, considerando que a autoajuda é autorreferente e generalista e o teor religioso afeta a laicidade. Portanto, o ideal é que sejam utilizadas técnicas de linguagem construtiva e escuta ativa.

Dessa forma, promovemos uma ação potente, que dialoga com o compromisso empreendido pela Carta de Ottawa e torna a promoção da saúde uma responsabilidade de todos. De certo modo, estamos coerentes com o pilar educacional “saber ser”. Em outras palavras, reconhecer-se como cidadão e, progressivamente, aprender a lidar com sua condição.

Vale ressaltar que, ao acolher os estados de saúde dos estudantes, não estamos nos comprometendo com a resolução de tais condições, mas contribuindo para autopercepção e a autorregulação de sua saúde e seus estados emocionais.

### Papel do docente

Os docentes são os primeiros a identificar mudanças no comportamento dos estudantes, razão pela qual seu papel é importante para o início de um processo de acolhimento que ofereça, ao estudante, escuta e proteção.

Cabe aos docentes manter o acolhimento educacional, filtrando os aspectos que podem ser manejados nas estratégias didáticas. Por exemplo, diante de uma queixa de ansiedade, o docente avalia as atividades que tenham prazos para entrega, reduz a velocidade das aulas, considerando sempre o que não esvazia ou fragiliza o processo de aprendizagem.

Em caso de queixas recorrentes e agravamento de sintomas, como redução do desempenho, falta de participação das atividades, agitação excessiva, apatia frequente e crises agudas de pânico que interfiram na aprendizagem, os estudantes precisarão buscar tratamento para dar continuidade à sua formação.

Cabe ressaltar que entender os quadros clínicos e as mudanças abruptas de comportamento é diferente de implicar-se na resolução de tais estados. Esse é o limite que se impõe à escola.

Outro papel relevante para a promoção da saúde mental e que cabe a professores e gestores diz respeito ao cuidado com o clima relacional da unidade escolar e com as relações entre os estudantes. Proporcionar momentos de troca e escuta entre os discentes e o cuidado entre pares favorece tanto o clima institucional quanto as relações entre eles, o que pode ser importante para amenizar possíveis sofrimentos.

Assim, elencamos condutas que **não** são papéis esperados do docente:

- vincular-se à resolução do sofrimento emocional dos estudantes;
- oferecer suporte emocional para além da relação de ensino e aprendizagem;
- manter conversas periódicas com o estudante ou com seus familiares sem a presença de outro colega, seja um professor, seja a coordenação;
- colocar-se como a única referência de rede de apoio;
- disponibilizar seus contatos particulares para acionamentos fora da relação de aprendizagem;
- deixar de participar as situações para a coordenação;
- tomar para si a responsabilidade exclusiva de cuidado.

As questões emocionais possuem camadas que nem sempre são reconhecidas pela consciência, o que demanda orientação, ajuda especializada e manejos técnicos que o educador não tem. Isso não esvazia seu papel, o qual, na dimensão da orientação educativa, oferece suporte quando considera que o sofrimento emocional interfere no aproveitamento e desempenho do estudante e, a partir daí, propõe outras estratégias pedagógicas sem esvaziar a intencionalidade e os objetivos da aprendizagem.

### Ações intersetoriais

A escola tem enfrentado desafios que a modificam. Por exemplo, focar o ensino sem o um olhar integral sobre os estudantes, sem considerar os recortes de classe, suas lutas para se inserirem no mundo do trabalho, suas dificuldades em sustentar uma identidade diferente da norma, coloca em questão o que de fato se ensina ou o que deveria ser ensinado nesse processo de formação.

Nesse sentido, sustentar uma postura acolhedora é também uma estratégia para entender as mudanças pelas quais toda a sociedade está passando. Estar no meio das transformações nos impede de ter clareza de todo o processo, portanto cabe aprender. Isso significa deixar-se afetar por esse novo que se constitui, em vez de criar resistências.

Esse processo ocorre tanto dentro quanto fora da escola. O cuidado com a convivência dentro do ambiente escolar contribui para que o estudante identifique sua responsabilidade na sociedade, amplia o saber conviver para além dos muros da escola e favorece o reconhecimento de espaços para o exercício de sua cidadania. E, em relação ao cuidado de sua saúde e ao reconhecimento de emoções e sentimentos, favorece a busca por profissionais e instituições do campo psi.

Para isso, a escola deve manter o relacionamento com o entorno, dialogando e reforçando parcerias intersetorialmente. Isso significa que a escola pode fortalecer sua ação educativa a partir dos suportes externos, como áreas de saúde coletiva, assistência social, cultura, esporte e lazer, e realizar projetos com universidades e demais setores sociais que tenham alguma ação local importante para o desenvolvimento de pessoas.

Nesse sentido, adentramos uma outra perspectiva do pilar educacional “aprender a conviver”, extrapolando as vivências aprendidas na escola em direção ao relacionamento e à articulação com outros setores da sociedade.

A fim de contribuir para tal formação, podemos usar ferramentas de pesquisa com o intuito de mapear as instituições de saúde locais, bem como clínicas e projetos em universidades, organizações e instituições. Também constituem estratégias participar de ações promovidas por esses setores, estar atento às decisões de conselhos setoriais e convidá-los a virem para a escola apresentar suas expertises e formas de atendimento, criando conexões.

Nos casos de problemas ou transtornos mentais, cabe à instituição escolar realizar orientações aos estudantes e seus familiares (nos casos dos adolescentes) quanto aos cuidados requeridos no campo do sofrimento emocional e, quando necessário, realizar encaminhamentos aos serviços públicos ou privados que atendam a essa demanda, favorecendo, assim, a proteção aos estudantes.

O equipamento de saúde pública destinado a atender pessoas em sofrimento emocional consiste nos CAPS, que têm como objetivo realizar atendimentos individuais, com caráter medicamentoso, psicoterapêutico e orientativo, ou coletivos, por meio de grupos psicoterapêuticos, de orientação ou de suporte social.

O serviço também realiza visitas domiciliares, atendimentos à família e atividades comunitárias que favoreçam a integração do paciente com a família e a comunidade. No caso de adolescentes e jovens, os serviços podem auxiliar a equipe da unidade escolar na compreensão dos diagnósticos e no manejo com os pacientes, contribuindo para sua socialização e sua integração com as pessoas e os espaços de convivência (BRASIL, 2002).

Assim, quando a unidade escolar se depara com um estudante que precisa de um acompanhamento profissional em saúde mental, é necessário que haja a orientação e, se preciso, o encaminhamento para os serviços responsáveis por tais atendimentos.

No entanto, é importante ressaltar que os CAPS atendem apenas situações consideradas graves, como ideações suicidas, autolesões, transtorno bipolar e transtornos relacionados à psicose, como esquizofrenia, entre outras. Condições consideradas menos severas, como depressão, ansiedade e transtorno de pânico, devem ser encaminhados à Atenção Básica, ou seja, a Unidades Básicas de Saúde (UBS), a postos de saúde ou a clínicas conveniadas a operadoras de saúde (no caso de estudantes que tenham convênio médico ou seguro saúde e prefiram usar essa opção). O ideal é que tais serviços tenham uma equipe responsável pelos atendimentos em saúde mental, porém de menor complexidade e especificidade que as equipes dos CAPS.

Assim, diante de uma demanda grave, é para os CAPS que os casos podem e devem ser encaminhados pela unidade escolar. O quadro a seguir apresenta as características que diferenciam cada um dos serviços públicos que atendem à população com transtornos mentais.

**Quadro 1 – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

Identificação do Centro de Atenção Psicossocial	Diferenças a serem consideradas
<b>CAPS I</b>  Centro de Atenção Psicossocial I.	<p><b>Serviços implantados em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes.</b></p> <p><b>Período de funcionamento:</b> das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana.</p> <p><b>Composição dos recursos humanos:</b> um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior (por exemplo, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos) e quatro profissionais de nível médio (auxiliar administrativo, técnico de enfermagem, oficineiro etc.).</p>
<b>CAPS II</b>  Centro de Atenção Psicossocial II.	<p><b>Serviços implantados em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes.</b></p> <p><b>Período de funcionamento:</b> das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O período pode ser estendido para o terceiro turno até as 21h.</p> <p><b>Composição dos recursos humanos:</b> um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio.</p>
<b>CAPS III</b>  Centro de Atenção Psicossocial III.	<p><b>Serviços implantados em municípios com população acima de 200 mil habitantes.</b></p> <p><b>Características específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Serviço ambulatorial de atenção contínua, <b>24 horas</b>, incluindo feriados e fins de semana. Deve estar referenciado a um serviço de atendimento a urgências e emergências da região, que poderá fazer o suporte médico.</li> <li>Além das atividades básicas, esse serviço prevê atendimentos domiciliares; acolhimento noturno nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos, para situações de repouso e/ou observação; refeições para os pacientes que permanecerem no local.</li> <li>A permanência do mesmo paciente no Serviço de Acolhimento se limita a sete dias corridos, ou dez intercalados, no período de trinta dias.</li> </ul> <p><b>Composição dos recursos humanos:</b> dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio.</p>
<b>CAPSi II</b>  Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	<p><b>Serviços implantados em municípios com população em torno de 200 mil habitantes</b> ou a depender do diagnóstico e do levantamento da situação da saúde mental desse público no território.</p>



	<p><b>Período de funcionamento:</b> das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O período pode ser estendido para o terceiro turno até as 21h.</p> <p><b>Características específicas:</b> além das atividades básicas, esse serviço prevê atividades comunitárias que objetivem a integração da criança e do adolescente na família, na escola e na comunidade, e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as políticas de assistência social e de educação e com a justiça.</p> <p><b>Composição dos recursos humanos:</b> um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio.</p>
<p><b>CAPS AD</b></p> <p>Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (atendimento a pacientes com transtornos decorrentes de uso e dependência dessas substâncias).</p>	<p><b>Serviços implantados em municípios com população superior a 70 mil habitantes.</b></p> <p><b>CAPS AD III – Atende cidades e regiões com pelo menos 150 mil habitantes.</b></p> <p><b>Período de funcionamento:</b> das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O período pode ser estendido para o terceiro turno até as 21h.</p> <p><b>Características específicas:</b> além das atividades básicas, esse serviço prevê a manutenção de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso dos pacientes, atividades comunitárias com o objetivo de integrar os pacientes com dependência química na família e na comunidade, e atendimento de desintoxicação.</p> <p><b>Composição dos recursos humanos:</b> um médico psiquiatra, um médico para avaliação e triagem, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio.</p>

Fonte: Lahr (2022). Quadro desenvolvido com base na [Portaria no 336, de 19 de fevereiro de 2002](#) (BRASIL, 2002), que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Atenção: caso o município não possua algum CAPS, o atendimento de saúde mental é feito pela Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, por meio das Unidades Básicas de Saúde ou dos postos de saúde.

A depender da região, as escolas também podem investigar outras instituições de formação educacional, como clínicas escola instaladas em universidades e escolas de pós-graduação. Alguns serviços em São Paulo são os listados a seguir.

- [Instituto Sedes Sapientiae](#) – contato: (11) 3866-2735;
- [Instituto de Psicologia da USP](#) – contato: [ceip@usp.br](mailto:ceip@usp.br);
- [Clínica Escola da PUC](#) – contato para triagem: (11) 3862-6070;
- [Clínica psicanalítica social](#) – contato: (11) 94303-4179 (WhatsApp) ou (11) 4275-9301;
- [Mapa da saúde mental](#) – contato: [contato@mapasaudemental.com.br](mailto:contato@mapasaudemental.com.br);
- [Territórios Clínicos](#) – contato: (11) 3168-3655 (sede) ou (11) 2956-0091 (galpão ZL).

Esses são alguns serviços, entre outros projetos que surgiram durante o período de isolamento social e que estabeleceram continuidade. Vale a pesquisa local.

### Encaminhamentos

É importante ressaltar que o resgate histórico acerca da luta antimanicomial e a organização dos cuidados em saúde mental no Sistema Único de Saúde visando à convivência e à integração dos usuários dos serviços são essenciais para o processo educativo ao qual nos referimos neste documento. É preciso discutir as dificuldades encontradas por professores e gestores escolares em lidar com comportamentos chamados “disruptivos” e a tendência em encaminhar tais situações a psicólogos, psiquiatras e outros profissionais da área. Os atendimentos na área do sofrimento emocional têm por objetivo, em primeiro lugar, humanizar os pacientes e favorecer sua inserção na comunidade, evitando novos episódios de exclusão. O conhecimento sobre os objetivos desses atendimentos contribui para que os encaminhamentos realizados pela escola tenham como propósito ajudar os estudantes – inclusive nas relações estabelecidas dentro da escola, seja com os adultos ou com seus pares –, e não terceirizar o cuidado e a convivência (LAHR, 2022).

Vamos supor que a instituição escolar tenha um estudante com comportamentos agressivos com outros colegas e com ele mesmo (autolesão). Sendo um adolescente, a gestão da instituição deve chamar os responsáveis e sugerir o atendimento em saúde mental a fim de favorecer o cuidado com seus sentimentos. Mas, além disso, deve proporcionar momentos na própria instituição em que a convivência, a mediação de conflitos e os problemas vivenciados por eles sejam acolhidos e reparados. Em situação na qual haja negativa da família em levar o adolescente para instituições ou profissionais que atendam nessa área e a instituição escolar considere que seu direito à saúde está sendo violado, cabe à escola acionar o Conselho Tutelar a fim de que esse direito seja preservado. O Conselho, por sua vez, deve acionar a família e aplicar medidas de proteção com o intuito de que os responsáveis garantam o atendimento ao adolescente. O mesmo órgão deve ser acionado caso não haja vagas ou serviços públicos destinados a esse atendimento no território/município. O Conselho Tutelar também tem por objetivo garantir que as políticas públicas relacionadas à infância e à adolescência sejam efetivadas e deve cobrar o Poder Executivo para tal. Esse processo de encaminhamento e atuação conjunta, cada órgão dentro da sua especificidade, mas trabalhando de forma simultânea para um melhor atendimento ao jovem, é chamado de articulação em rede.

Outro exemplo desse processo de articulação pode se dar quando a escola, instituição que atende a uma grande demanda de estudantes na mesma faixa etária, identifica um problema de ordem coletiva, como automutilação entre adolescentes ou envolvimento com substâncias psicoativas (SPA). Por se tratar de problemas complexos e cuja solução não cabe à escola de forma isolada, a articulação com os demais serviços torna-se essencial para a proteção dos estudantes. A escola deve realizar procedimentos internos de reflexão, discussões sobre o assunto, cuidados em relação a autoestima e formação dos estudantes, mas deve, também, solicitar apoio à saúde mental, seja para as situações de autolesão (CAPSi) ou de uso de drogas (CAPS AD), seja para outros órgãos, como a Guarda ou o Conselho Tutelar, quando necessário. A fim de facilitar os encaminhamentos dos gestores das unidades escolares, o quadro a seguir resume os locais de atendimento e proteção e suas respectivas atuações.

**Quadro 2** – Locais de atendimento e proteção e seus objetivos

Casos	Papel da escola	Encaminhamentos	
		Serviço/órgão	Objetivo de atendimento
Adolescentes com sintomas graves de sofrimento emocional (autolesão, ideação suicida, sintomas de transtorno bipolar e esquizofrenia, entre outros).	Acolhimento do estudante, cuidado com as relações interpessoais, aceitação do estudante pelo grupo e contato com a família.	CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil).	Atendimento interdisciplinar de crianças e adolescentes com transtornos mentais considerados graves.
Adultos com sintomas graves de sofrimento emocional (autolesão, ideação suicida, transtorno de esquizofrenia, transtorno bipolar, entre outros).	Acolhimento do estudante, cuidado com as relações interpessoais, aceitação do estudante pelo grupo e, em casos de ideação suicida, contato com a família ou pessoas de referência.	CAPS I, II ou III (lembrando que a classificação em algarismos romanos se refere à complexidade do atendimento e depende do serviço disponível no município).	Atendimento interdisciplinar de adultos com transtornos mentais considerados graves, com o objetivo de favorecer sua socialização e a convivência saudável em espaços de participação, assim como garantir seus cuidados em relação à saúde.
Adolescentes ou adultos com sintomas considerados menos no âmbito do sofrimento	Acolhimento do estudante, adaptação de atividades e prazos relacionados ao processo de aprendizagem, quando possível, contato	Unidade Básica de Saúde ou posto de saúde.  Em caso de necessidade apenas de atendimento	Atendimentos pontuais de acordo com a necessidade do paciente.

emocional (crises de ansiedade, sintomas depressivos etc.).	constante com o estudante e ações voltadas ao fortalecimento das relações interpessoais.	psicológico gratuito, a instituição também pode procurar por serviços alternativos, como os projetos em universidades para atendimento social.	
Adolescentes ou adultos usuários de substâncias psicoativas.	Realizar o acolhimento do estudante e as orientações que constam do documento Orientações educacionais quanto a uso e tráfico de substâncias psicoativas no contexto escolar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas)</li> <li>• Polícia, em caso de tráfico dentro da instituição.</li> <li>• Conselho Tutelar, no caso de adolescentes sem atendimento na saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento em saúde mental e cuidados acerca do vício.</li> <li>• Garantir a segurança na instituição e coletar as substâncias ilegais.</li> <li>• Garantir que o atendimento em saúde mental seja realizado.</li> </ul>
Adolescentes que, embora já tenham sido encaminhados aos serviços de saúde mental pela unidade escolar, não estão passando por atendimento, seja pela falta de serviços, seja por negligência da família.	Manter proximidade com o ao estudante e seu acolhimento, favorecer suas relações interpessoais na instituição, manter contato com a família, realizar os encaminhamentos para a rede de proteção, a fim de garantir o seu direito ao atendimento em saúde.	Conselho Tutelar.	Cobrança do órgão de proteção em relação às políticas públicas do município ou em relação à família (em caso de negligência ao acompanhamento em saúde mental).

Institucionalmente, temos o [Catálogo psicossocial](#), produzido pela Gerência de Operações (GO) e que faz o mapeamento das instituições e dos serviços por região, auxiliando no encaminhamento para diversas situações apresentadas pelos estudantes.

### Situações de crise

Uma crise é uma mudança brusca do estado de uma pessoa que apresenta dificuldades para se autorregular. Essa dificuldade pode se manifestar de forma espontânea, por estar associada a uma doença ou a uma desorganização física ou mental, ou ser provocada por fatores ambientais. Assim, as crises não possuem um único motivo disparador; mesmo em um ambiente seguro, uma pessoa pode sentir, de maneira repentina, desorganização mental acompanhada de sintomas corporais semelhantes a uma descarga.

Pode decorrer de uma rotina estressante, do excesso de preocupações e cobranças (principalmente ligadas ao futuro), de quadros clínicos específicos, como transtornos de

ansiedade ou do pânico, ou estar associada a qualidade e estilo de vida. Os sintomas menos agudos costumam ser negligenciados, e somente a partir de uma crise é que se procura por um especialista.

Por esses motivos, é difícil para a escola entender com propriedade quais são os fatores que podem desencadear uma crise.

Os protocolos de atendimento devem ser realizados por especialistas, e, a depender do estado, será necessária a administração de algum medicamento específico. Para esses casos, sempre é recomendável que o docente (caso aconteça em sala de aula) procure a coordenação, a fim de que o serviço de emergência à saúde seja acionado e um familiar seja contatado para acompanhar o estudante, enquanto mantém o cuidado e a atenção aos demais estudantes.

É comum que a pessoa fique constrangida por estar vulnerável durante o momento da crise, por isso a recomendação é não assumir uma postura investigativa sobre a causa ou o motivo disparador. Sempre que possível, é importante que a pessoa seja retirada do local ou que os demais estudantes sejam afastados. A privacidade pode favorecer a redução dos sintomas.

Mesmo que a pessoa se restabeleça antes da chegada do serviço de emergência, ainda assim deve receber atendimento, para ter seu estado de saúde avaliado.

Após o atendimento, a escola deve redobrar a atenção com os demais estudantes, que podem ter ficado abalados com a situação. Essa conduta abre oportunidade para falarmos sobre cuidados com a saúde mental, indicarmos serviços especializados e ressaltarmos que esse cuidado e o tratamento com a saúde são de responsabilidade individual.

O desejável é que os estudantes que receberam atendimento especializado mantenham o acompanhamento clínico de sua saúde, pois só assim poderão entender seu quadro e compartilhar com a escola os principais estímulos que dispararam uma crise, a fim de que sejam realizadas as adaptações possíveis.

Embora possam se sentir impelidos a agir, os funcionários de uma escola possuem limitações técnicas para atuar diante de uma crise, que pode ser multifatorial.

Para atendimentos a urgências como tentativa de suicídio, autolesão com cortes profundos e/ou crise que envolva comportamentos agressivos, recomenda-se acionar o Pronto Atendimento, como o SAMU, ou o Corpo de Bombeiros do respectivo município, conforme o documento **Orientações educacionais para o tratamento de situações de suicídio no contexto escolar**. No caso de adolescentes, o socorro deve ser prestado, e a família, acionada. Caso a instituição tenha dificuldade para encontrar um familiar, a prioridade deve ser o socorro à vida e ao bem-estar do adolescente.

### Registros

Ressaltamos a importância da manutenção e da atualização dos registros educacionais, campo “Observação dos alunos”, com o objetivo de marcar sua trajetória, bem como os incidentes e as ações realizadas pela escola. As atas de reuniões formais com família ou outros responsáveis que tenham sido recebidos pela escola valem como registros de acompanhamento que podem resguardar a unidade escolar em eventuais questionamentos.

## Considerações finais

Os desafios acerca da saúde mental ou do sofrimento emocional vivido na unidade escolar compõem a dimensão psicossocial e são tratados em sistemas integrativos dos quais a escola faz parte.

Por diversas vezes, a escola se vê diante de problemas que envolvem mais do que o dia a dia da instituição de ensino, na medida em que necessitam do apoio de outros profissionais e outras políticas públicas. É nesse momento que o trabalho em rede, de parceria e de corresponsabilidade se torna fundamental.

Para que o trabalho intersetorial seja possível, é necessário que a unidade escolar conheça os serviços do seu entorno: postos de saúde, serviços da assistência social, conselhos tutelares, entre outros.

A corresponsabilidade atribuída à escola em relação aos adolescentes nos coloca a necessidade de mantermos diálogos com os núcleos familiares aos quais os estudantes pertencem. Assim, a ação da escola se expande a toda a comunidade e ao seu entorno. Em relação a estudantes adultos que demonstram vulnerabilidade para atravessar momentos de sofrimento emocional, sempre que for possível e autorizado por eles a escola poderá solicitar o contato de alguém próximo para fortalecer o acolhimento e o encaminhamento a especialistas. A relação da escola com os equipamentos públicos e privados e com organizações sociais especializadas no atendimento da saúde mental favorece o encaminhamento de maneira mais eficiente.

No que tange aos cuidados relacionados à saúde mental no âmbito da educação, cabe ressaltar os cuidados necessários com a convivência na unidade escolar e o acolhimento aos estudantes, bem como o cuidado quanto à segregação dos estudantes que apresentam sofrimentos ou transtornos mentais. É preciso, sempre, observar o papel formativo da escola e a importância do papel dos docentes e gestores nessa formação, enquanto profissionais preocupados com seus estudantes e com as relações estabelecidas com eles e entre eles. O clima relacional positivo pode diminuir ou amenizar sofrimentos importantes na formação de adolescentes e jovens, contribuindo para a promoção e a prevenção em saúde mental.

## Referências

BARROS, M. B. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000400311&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222020000400311&script=sci_arttext). Acesso em: 30 abr. 2021.

BENEVIDES, P. S. Governar através das crianças: notas sobre a indústria de normalização pela infância. In: DANTAS, J. B. (org.). **A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfretamento da medicalização da vida**. Curitiba: CRV, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acesso em: 26 jun. 2021.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 13 jun. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental). Acesso em: 2 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: volume 5 – saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_volume\\_5.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf). Acesso em: 31 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017. Disponível em:



[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html). Acesso em: 26 jun. 2021.

CARTA DE OTTAWA: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, nov. 1986. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 10 jul. 2022.

CALDERARO, R. S. S.; CARVALHO, C. V. Depressão na infância: um estudo exploratório. **Psicologia em Estudo**, v. 10, 2005.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

COUTO JÚNIOR, J. M. 4 passos para tornar a diversidade e a equidade social protagonistas no processo de aprendizagem nas escolas. **Nova Escola**, 30 maio 2022.

DUAN, L. *et al.* An Investigation of Mental Health Status of Children and Adolescents in China During the Outbreak of Covid-19. **Journal of Affective Disorders**, v. 275, 2020.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.). **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FLEITLICH-BILYK, B. *et al.* Saúde e transtornos mentais. *In*: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.). **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FREIRE, F. H. M. A. **O sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial**: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/freirefhmam.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). 72% dos adolescentes sentiram necessidade de pedir ajuda durante a pandemia, mostra enquête do Unicef. Unicef, 29 set. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/72-dos-adolescentes-sentiram-necessidade-de-pedir-ajuda-durante-pandemia>. Acesso em: 31 maio 2023.

IMPACTO DA PANDEMIA: a quarta onda da covid-19 e a saúde mental. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná**, 13 out. 2020. Disponível em: <https://www.semprefamilia.com.br/comportamento/o-que-e-a-sindrome-da-gaiola-que-tem-afetado-criancas-e-adolescentes-na-pandemia/>. Acesso em: 31 maio 2023.

LAHR, T. B. S. **Territórios vulneráveis**: os problemas de convivência na escola e a rede de proteção. 2022. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/235040>. Acesso em: 10 jul. 2022.

ORGILÉS, M. M. A. *et al.* Immediate Psychological Effects of the Covid-19 Quarantine in Youth from Italy and Spain. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.579038>. Acesso em: 10 jul. 2022.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO é tema do Dia Mundial da Saúde Mental 2017, comemorado em 10 de outubro. **Biblioteca Virtual em Saúde**, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/saude-mental-no-trabalho-e-tema-do-dia-mundial-da-saude-mental-2017-comemorado-em-10-de-outubro/>. Acesso em: 31 maio 2023.

SILVESTER, J. A. C.; BOTTOLI, C. Medicalização na infância em tempos de crise psíquica. **XXV SEPE. Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**, 10 jul. 2022.

SOUZA, F. S. P.; JORGE, M. S. P. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZXdDcTXSsJtXbph5SZHwcr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2021.

TOGNETTA, L. R. P. (org.). **A convivência como valor nas escolas públicas**: a implantação de um sistema de apoio entre iguais. Americana: Adonis, 2022. Disponível em: <https://www.somoscontraobullying.com.br/convivencia-na-escola-publica>. Acesso em: 13 jun. 2022.

VIEIRA, A. M. *et al.* Saúde mental na escola. In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.). **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ZAMBÃO, S. O que é a “síndrome da gaiola” que tem afetado crianças e adolescentes na pandemia. **Gazeta do Povo**, 5 jul. 2021. Disponível em: <https://www.semprefamilia.com.br/comportamento/o-que-e-a-sindrome-da-gaiola-que-tem-afetado-criancas-e-adolescentes-na-pandemia/>. Acesso em: 31 maio 2023.