

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DENISE TAMAROZZI MAMEDE

Caracterização do lugar atribuído a aspectos psíquicos de bebês no discurso de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo

São Paulo

2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Caracterização do lugar atribuído a aspectos psíquicos de bebês no discurso de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo

Dissertação entregue ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como exigência para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Departamento: Psicologia escolar e do desenvolvimento humano (PSA)

Discente: Denise Tamarozzi Mamede

Orientador: Prof. Dr. Rogério Lerner

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mamede, Denise

Caracterização do lugar atribuído a aspectos psíquicos de bebês no discurso de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo / Denise Mamede; orientador Rogério Lerner. -- São Paulo, 2018.

105 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Mental. 3. Primeira infância . 4. Bebês. 5. Psicanálise. I. Lerner, Rogério, orient. II. Título.

Mamede, Denise Tamarozzi. Caracterização do lugar atribuído a aspectos psíquicos de bebês no discurso de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo / Denise Tamarozzi Mamede; orientador Prof. Dr. Rogério Lerner. – São Paulo, 2018.

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora:

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Rogério Lerner por ter concedido a oportunidade de elaborar este trabalho e de estar na academia de uma outra forma que não apenas como aluna, mas pesquisadora. Agradeço a confiança em mim depositada, mesmo diante dos entraves pertinentes ao trabalho de escrita.

À Dra. Julia Garcia Durand e à Profa. Dra. Paula Chiaretti por toda sorte de trocas que tivemos, e especialmente por terem sido tão generosas na ocasião de meu exame de qualificação, contribuindo para a continuidade desta pesquisa.

Agradeço imensamente a todos que toparam participar desta pesquisa, os profissionais que abriram sua agenda para receber a mim e às minhas perguntas e que estiveram dispostos a contribuir.

Muito obrigada a Olívia, muito mais do que a secretária do PSA, pelo acolhimento das angústias, por saber dos prazos e por fazer funcionar essa grande engrenagem que é a Universidade.

À minha mãe, Fátima, por jamais ter medido esforços para me ver feliz, por ser tão amável e visionária, pela sensatez, por acreditar em mim e dizer isso com todas as letras.

À minha irmã Laura e meu irmão Anuar, pelo apoio incondicional mesmo quando as coisas pareciam não estar tão agradáveis; e aos meus sobrinhos Luiza, Guilherme e Mateus por terem sido bebês tão instigantes e amáveis.

Sou grata à minha amiga de hoje e de sempre, (agora Dra.) Clarice Pimentel Paulon, que abriu seus ouvidos, suas horas e seus olhos para o meu texto e para mim, estando sempre em contato e fazendo o ar ventilar por entre minhas linhas. Muito obrigada!

Às minhas amadas amigas Caroline Mortagua (e seu pequeno Arthur) e Marina Cano, por todo carinho, apoio e atenção constantes ao que eu tinha a dizer, obrigada por me ajudarem a sustentar mais esse desejo.

Aos amigos e amigas: Caroline Nurza, Juliana Tambelli, Patrícia Mamede, Aline Rubin, Heloísa Rigon, Nathália Fernandes, Marina Pontin, Juliana Halak, Fabiana Martins, Giuliana Luduvig (e seu miúdo Otto), Marcelo Evangelisti, Leandro Barcellos, Tadeu Alves, Rodrigo Melo David Barral, Kiko Pinceratti, Chico Lima e Mario Senhorini, por estarem junto de mim na caminhada, por sabermos que construímos lugares de silêncio, de paixão.

Agradeço à Raquel, companheira no percurso, que é presença e acalma, pelos dias em que fez de tudo para que eu pudesse escrever com alguma tranquilidade, e por sempre acreditar que era possível.

Aos meus parceiros Rafaela Piccin e Giovani Cidreira, pela paciência e por escutarem minhas angústias, por compreenderem que às vezes eu preciso de um tempo.

À querida Ligia Perez Paschoal por ter confiado em meu trabalho e ter me trazido a um lugar em que eu queria estar: a USP. Sou grata ao nosso encontro.

Agradeço ao meu analista, Ronaldo Torres, por me lembrar dos seixos perdidos na trilha.

A todos os meus companheiros do coletivo Psicanálise na Praça Roosevelt pela disposição e por suportarem a minha ausência presente, pelas trocas e pelo afeto crucial que dispensamos juntos a essa causa que nos move.

A Clarisse Lyra pela atenção e cuidado com a revisão deste texto.

À CAPES pelo financiamento que tornou possível a execução desta pesquisa.

Resumo

Este trabalho tem por finalidade investigar o lugar dado aos aspectos psíquicos de bebês por meio do discurso de profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde da zona norte de São Paulo. Há alguns anos vem crescendo a preocupação de profissionais de diversas áreas pelo conhecimento dos processos de constituição psíquica nos primeiros anos de vida. Esta atenção pode estar relacionada tanto aos altos índices de crianças com diagnósticos psiquiátricos, como às queixas que envolvem os bebês – choro, recusa alimentar, refluxo, entre outros. Desta maneira surgiu o interesse em compreender de que maneira a saúde mental dos bebês aparece no discurso de profissionais que recebem muitos deles diariamente. Há uma hipótese de que esse “lugar” funciona como um suporte, ajudando a sustentar a constituição psíquica do bebê, na medida em que esse lugar é requisitado como promotor de saúde. Pesquisas prévias apontam para um desconhecimento dos profissionais envolvidos na atenção primária em detectarem sinais de vulnerabilidade psíquica, tanto por falta de formação, como por falta de recursos em rede de assistência, contudo, há um saber mostrado pelos profissionais de saúde, mas que não é conduzido conseqüentemente, como encaminhamentos ou reportes que poderiam ajudar na prevenção de sintomas graves. É enraizado, ainda, um discurso biologizante vindo da medicina, mesmo em equipes multiprofissionais. Para verificar qualitativamente isso que os estudos apontam, este trabalho tem como chave as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde que lidam diretamente com famílias e seus bebês, e que foram transcritas e analisadas por meio do método da Análise Institucional do Discurso (ad).

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde Mental; Primeira Infância; Bebês; Psicanálise.

Abstract

This work aims to investigate the place given to the psychic aspects of babies through the discourse of a Basic Health Unit's professionals located in the north of São Paulo city. For some years now, the concern of professionals in different areas regarding to knowing the processes of psychic constitution in the first years of life has grown. This attention may be related to both the high indexes of children with psychiatric diagnoses and to the complaints involving babies - crying, refusal, reflux, among others. Thus, the interest in understanding how babies' mental health appears in the discourse of professionals who receive many of them daily. There is a hypothesis that this 'place' works as a supporter, in order to help sustaining babies psychic constitution, as far as this place is required as a health promoter. Previous research indicates that professionals involved in primary care are not aware of psychic vulnerability signs, either due to lack of training or lack of resources in a care network. However, there is a knowledge that is shown by health professionals, but is not led to consequences, such as referrals or reports that could help in the prevention of severe symptoms. There is still an engrained biological discourse coming from medicine, even in multiprofessional teams. In order to verify qualitatively what the studies indicate, this work has got interviews with health professionals who deal directly with families and their babies as a key, as these will be transcribed and analyzed through the Institutional Analysis of Discourse (a.d.) method.

Keywords: Public Health; Mental Health; Early Childhood; Babies; Psychoanalysis.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitária de Saúde

IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF / PSF – Estratégia/Programa Saúde da Família

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Sumário

Preâmbulo	10
Apresentação	12
1 Introdução	13
1.1 Políticas Públicas de Saúde e saúde mental infantil	15
2 Objetivos	21
3 Metodologia	22
3.1 A instituição em estudo	24
3.2 Procedimentos	25
<i>3.2.1 Roteiro de entrevista</i>	26
4 Análise das entrevistas	27
4.1 Um saber que não se sabe: o psíquico	28
4.2 Lugar institucional / lugar social: reconhecimento e desconhecimento	40
4.3 A relação de clientela: representações imaginárias e poder	48
5 Discussão	50
6 Considerações Finais	56
Referências Bibliográficas	57
Anexos	59

Preâmbulo

Esta pesquisa surgiu relacionada a outros trabalhos que foram e estão sendo realizados pelo grupo de pesquisadores orientados pelo Professor Doutor Rogério Lerner, dentro do departamento de Aprendizagem e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da USP de São Paulo.

Há alguns anos o professor pesquisa e orienta tendo como um dos objetivos dar visibilidade ao conhecimento que hoje circula a respeito da constituição psíquica na primeira infância, desenvolvendo pesquisas¹ e trabalhos de extensão, desde 2013, com crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e/ou profissionais da saúde que atuem nessa área.

A partir da análise do conjunto de dados das famílias que se dispuseram a participar dos estudos já referidos e do acompanhamento clínico de parte delas, foi possível caracterizar o perfil dessas famílias e suas crianças e traçar algumas estratégias – trabalho este em constante construção – capazes de promover melhores condições de saúde mental para pais e irmãos mais novos de crianças com TEA.

Dessa maneira, os programas de Saúde Pública, e por consequência a maior parte da população,² podem se servir de elementos trazidos da psicanálise em articulação com a neurociência e outras áreas de saber; bem como se abre um diálogo entre academia e sociedade, benéfico para a prevenção e tratamento de entraves no desenvolvimento.

Inicialmente nós, as pesquisadoras, fomos a campo a fim de encontrar famílias e bebês que estivessem dispostos a participar de um trabalho que incluiu 133 famílias, entre elas o “grupo caso”³ (55% da amostra). Nas Unidades Básicas de Saúde buscamos famílias com crianças de desenvolvimento típico, e, para tal, a função como pesquisadora era permanecer na UBS e abordar mães/pais e seus bebês, convidando-os para o trabalho e fazendo a avaliação da díade, a partir de instrumentos como os *Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – Protocolo IRDI*; *Alarm Distress Baby Scale – ADBB*; *IRDI*; *Escala de Apoio Social – EAS*, *Self Report Questionnaire – SRQ-20*; *mCHAT Modified Checklist for Autism in Toddlers*. Todos os encontros

¹ Paschoal, L. P. (2016). Retraimento social em bebês: um estudo exploratório sobre os irmãos mais novos de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. Dissertação (Mestrado). 155f;

Morais, A. S. (2013). Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo;

Tocchio, A. B. (2013). Educação permanente de profissionais de Enfermagem da Atenção Básica à Saúde a partir de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² De acordo com os dados da pesquisa “Demografia Médica do Brasil – 2015”, 75% da população brasileira utiliza exclusivamente o Sistema Único de Saúde.

³ Grupo formado por famílias com, ao menos, um filho diagnosticado com TEA e um bebê de até 24 meses.

foram filmados para posterior avaliação de interação a partir da escala *Coding Interactive Behaviour* – *CIB* (avaliação feita às cegas por parte do grupo de pesquisadoras).

Todo este trabalho mostrou seus resultados nos trabalhos acadêmicos do grupo de pesquisa, que confirmaram por meio dos dados que a prevalência de sinais de sofrimento em crianças que tenham um irmão diagnosticado com TEA é mais alta do que naquelas com irmãos de desenvolvimento típico, demonstrando também que a intervenção psicanalítica com os bebês e seus pais apresentam efeitos positivos no prognóstico desses bebês.

Diante desse campo, uma Unidade Básica de Saúde da zona norte de São Paulo, muitas coisas me chamaram a atenção: primeiro, a quantidade de bebês que passam por dia na unidade; em segundo lugar, o fato de ocuparem o mesmo espaço físico tanto a Unidade como a base da equipe de Estratégia em Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que configura uma Unidade Mista de Saúde, sendo o espaço um lugar privilegiado de trocas entre profissionais de diferentes áreas da saúde e com diretrizes que convergem e divergem entre si todo o tempo. Quero dizer com isso que a equipe estabelecida na UBS está estruturada de modo diferente daquela que vai às ruas em busca de pacientes, e o intercâmbio de informações, bem como a rede de serviços, devem respeitar esse funcionamento para que um bom uso dos recursos humanos seja feito e o trabalho possa ser cada vez mais efetivo.

Apresentação

Para que esta pesquisa seja entendida em seu esforço, a saber, caracterizar e discutir o lugar dado por profissionais de saúde a aspectos do psiquismo na primeiríssima infância, é necessário que passemos por alguns momentos na história tanto da infância como da saúde enquanto serviço prestado à população.

Trata-se de um estudo qualitativo, que propõe a análise de entrevistas realizadas a partir de um roteiro semiestruturado com profissionais de saúde que trabalham com a primeira infância (não somente com ela, mas também), em uma Unidade Básica de Saúde da Zona Norte da cidade de São Paulo. Entre esses profissionais estão enfermeiras, pediatra, psicólogos, equipe PSF e equipe NASF.

A introdução levantará alguns pontos históricos a respeito do conceito e da concepção de infância, do modo como as infâncias aparecem inscritas no social ao longo das décadas. É importante localizar que o que consideramos infância na periferia de São Paulo e o modo como as políticas de saúde são implantadas estão sempre relacionados. Ainda na introdução há um levantamento de dados em saúde infantil, um breve histórico da pediatria e dos demais serviços de saúde públicos que atendem essa população.

No segundo capítulo adentraremos o universo metodológico da pesquisa. Esse capítulo pretende dar uma visão dos conceitos e direções utilizadas para a análise das entrevistas, bem como apresentar a entrevista semiestruturada propriamente dita. Essa parte da dissertação é ponto chave para a leitura dos dados e a compreensão mais refinada dos vetores analisados nas falas dos profissionais de saúde.

O terceiro capítulo é dedicado à análise demonstrativa das entrevistas, buscando nos discursos as respostas à questão desta pesquisa: que lugar é atribuído aos aspectos psíquicos dos bebês por parte dos profissionais, e visando dar qualidade a esse lugar que foi aparecendo e se desenhando nos discursos dos agentes institucionais.

Em seguida apresento a discussão dos dados analisados. Cabe descrever aqui que os conceitos e a fundamentação teórica se enlaçarão nesse capítulo, com a finalidade de possibilitar maior articulação e abertura diante da fala dos entrevistados. Há também problemáticas relacionadas aos serviços de saúde voltados à saúde mental infantil que a análise levanta.

Por fim, faço algumas considerações gerais a respeito desta dissertação.

1. Introdução

“Não existe um ver que não seja também um olhar,
nem um ouvir que não seja também um escutar,
e o modo como olhamos e escutamos
é plasmado pelas nossas expectativas,
pelas nossas posições e pelas nossas intenções.”

Jerome Bruner

Pode parecer bastante óbvio que crianças e adultos estejam em diferentes momentos constitutivos, uma vez que os adultos já se arquitetaram psiquicamente, em oposição às crianças, que ainda se encontram nos instantes constitutivos, devendo ser cuidadas e ensinadas, olhadas e engajadas na vida social e da família. Apesar de essa realidade se mostrar tão evidente, esse tipo de relação entre pais e filhos, que preconiza o entendimento da criança como um ser em constituição com lugar específico – a infância –, é curiosamente recente.

Ao longo da história é possível notar diferentes momentos do olhar para as crianças, e cada um desses momentos se faz refletir pelo modo de vida e pela visão de mundo de determinadas épocas. Assim, a ideia que hoje temos do que é uma criança e o que pode estar implicado nessa fase da vida não é atemporal, mas sim uma construção social.

De acordo com o historiador francês Phillipe Ariès (1981), foi somente na transição da Idade Média para a Modernidade que as crianças começaram a ser vistas, constituindo-se o conceito de infância. A partir de então, não foram mais encaradas apenas como pequenos adultos que nada tinham a ver com o futuro das gerações. Esse instante de olhar para a criança como um adulto em devir está diretamente relacionado ao giro de olhar por parte dos pais, estudiosos e da sociedade como um todo.

Aparentemente, a distinção entre crianças, adolescentes e adultos pode ser dita como imperceptível até meados do século XVI. De acordo com o estudo de Ariès (1981), o ensino, a educação e tudo o que pode ser entendido hoje como uma escola em potencial, antes do XVI, se dava em comum espaço físico tanto para os adultos como para os pequenos e os adolescentes. A distinção das classes separadas por idade foi um avanço para o modelo de ensino mais próximo do que conhecemos nos dias de hoje.

Não foi sem entraves o modo como aconteceu essa distinção entre crianças e adultos. Ariès (1981) aponta em seu texto o viés pelo qual a criança era vista: dependente e fraca, o que, de certa maneira, alavancou a percepção daquela época, colocando a questão da divisão das idades, o castigo físico e enaltecendo a figura do mestre.

O sentimento da particularidade da infância, de sua diferença com relação ao mundo dos adultos, começou pelo sentimento mais elementar de sua fraqueza, que a rebaixava ao nível das camadas sociais mais inferiores. A preocupação em

humilhar a infância para distingui-la e melhorá-la se atenuaria ao longo do século XVIII [...]. (Ariès, 1981, p. 169).

Em meados do século XVIII, a população se mostrou insatisfeita, sobretudo na França, com o regime de castigos físicos a que as crianças e até os adolescentes eram submetidos, forçando uma nova atitude dos mestres diante dos alunos. Mais uma vez a escola apareceu no centro da discussão, tomando forma com maior interferência do Estado e menor influxo da religião, principalmente dos jesuítas, que haviam dominado por anos o modelo de “educação”.

Na transição de pensamento e de épocas, não só a infância começou a ser tomada de modo diferente, como também foi concebido um lugar social destinado a ela, a saber, a escola,⁴ cuja finalidade era formar moralmente aqueles humanos que ainda não estavam totalmente prontos para assumir seu papel de cidadãos.

A reestruturação do sistema de ensino foi ponto cardeal na história da infância tanto pela divisão das idades e pela atenção dedicada a elas, como também pela suposição que lhes era depositada: honrarem a família, a instituição e serem adultos moralmente “enquadrados” na sociedade. Nesse ínterim, a família foi se reestruturando e o papel das crianças deixou de ser secundário.

Diante de tudo isso, houve um movimento mundial de realocação da infância e da juventude, reconhecendo que a criança, para o pleno e harmonioso desenvolvimento de sua personalidade, deve crescer no seio da família, em um ambiente de felicidade, amor e compreensão.

Com os novos tempos, as percepções científicas a respeito da infância e a medicina também tomaram seu espaço, tendo como resultado uma nova especialidade médica, voltada para um período da vida. A pediatria teria surgido no Ocidente, segundo Ariès (1981), como dispositivo da “Paidéia” dos modernos, ainda na perspectiva de apontar os problemas físicos, morais e mesmo sexuais na infância.

Os estudos em antropologia da infância⁵ marcam a importância de não a tomarmos como um lugar universalmente constituído, tendo em vista que a criança se constituirá no fazer com aquilo que é colocado social e culturalmente, o que cria, ao mesmo tempo, novas concepções de infância à medida que as crianças são agentes dessa construção. Isso quer dizer que ser criança na periferia de São Paulo é diferente de ser criança em alguma cidade indiana.

Neste mundo em que as possibilidades de infâncias e de ser criança são inúmeras, há uma importância, então, em se compreender melhor o que é esse entorno, que assistência têm as famílias para criarem seus filhos, de que maneira os serviços de saúde localizam esses elementos da família, da infância, que cuidados, que programas são direcionados para isso.

De acordo com Cohn (2013), para os trabalhos de pesquisa que envolvem as noções de infância, é preciso “sempre levar em conta que, de um lado, a concepção de infância informa

⁴ Ariès, P. (1973) *A História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 49.

⁵ Cohn, C. (2013). Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. In: *Civitas*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio-ago.

(sempre) as ações voltadas às crianças – e, de outro, que as crianças atuam desde este lugar seja para ocupá-lo, seja para expandi-lo, ou negá-lo...”.

“Por isso”, Cohn continua:

A concepção de infância deve ser sempre considerada nas duas pontas das pesquisas em antropologia que fala de e com crianças – aquela que avalia o lugar da criança e trata de seus direitos, das políticas públicas a elas voltadas, de ações educacionais etc. e aquela que atenta para o ponto de vista das crianças. Se nem todos podemos ver ambos os lados ao mesmo tempo, ou todos os lados destas realidades multifacetadas, ao menos devemos ter isso em mente: que as ações voltadas às crianças e o lugar que lhes é destinado são definidos por concepções de infância na mesma medida em que o modo como as crianças atuam e o que elas pensam do mundo acontece a partir (mesmo que contra) desta posição que lhes é oferecida e que elas conhecem e reconhecem. Assim, podemos inclusive deixar de debater qual a melhor abordagem – a das crianças ou das políticas, por exemplo – na condição de admitir que serão sempre incompletas se desconsiderarem o outro lado, mesmo quando não o abordem diretamente. (Cohn, 2013, p. 21).

Fica evidente que, para a prática de políticas públicas de saúde, o conhecimento da área que será atendida deve ser respeitado, de modo que crianças que crescem em meio a uma grande vulnerabilidade social possam ser atendidas em suas necessidades mais básicas, em conjunto com suas famílias, mas sem serem deixados de lado aspectos mais sutis do desenvolvimento, sinais de saúde/doença que muitas vezes passam despercebidos por conta do trabalho basal que é demandado.

Estudos de prevalência epidemiológica que tenham como foco a saúde mental na infância são imprecisos no Brasil e em outros países em desenvolvimento (Fleitlich e Goodman, 2000). Os estudos apontam diferentes variações, mas, de acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), os números são muito significativos: entre 10 e 20% das crianças parecem sofrer de um ou mais problemas mentais (Kupfer et. al., 2009). Além disso, o relatório acusa que os transtornos mentais são mais comuns na infância e adolescência, e justamente para esta população a atenção – diagnóstico e tratamento – dispensada a esses aspectos é bastante insuficiente (OMS, 2001).

1.1. Políticas Públicas de Saúde e saúde mental infantil:

É inevitável que, para pensarmos este trabalho em sua potencialidade, estejamos atentos a algumas informações históricas e bibliográficas a respeito da saúde mental na infância e o impacto das políticas de saúde para esta área.

No Brasil, entre finais do século XIX e meados do século XX, inicia-se um processo de profissionalização da medicina especialmente voltada para o atendimento e cuidado de crianças. O advento da pediatria foi, então, a junção da necessidade das sociedades de responder suas

questões sobre a infância, no sentido de “resolver problemas”, com o contexto da modernidade que trouxe uma crescente onda de privatização da vida e uma busca por longevidade (Pereira, 2008).

O processo que levou à formulação e institucionalização da pediatria brasileira pode ser entendido também como decorrente de novas percepções a respeito do corpo em fusão com os progressos técnico-científicos, fatores que geram constantes mudanças na maneira de olhar a relação saúde-doença.

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2008), o conceito saúde-doença sofreu grande transformação nas últimas décadas, passando-se o foco da doença e da morte – “aproximações negativas” – para uma atenção maior à qualidade de vida, “à produção social de saúde, ou seja, concepções mais positivas”.

Partindo do paradigma flexneriano, calcado na biologia e especialização, foi preciso migrar para uma nova forma de entendimento de produção de saúde, como um processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos. Este novo paradigma permite a ruptura dos limites do setor saúde, incorporando, desta forma, a interdisciplinaridade como campo de conhecimento e a intersectorialidade como campo de prática. (Breilh, J., 2001 apud Tanaka e Ribeiro, 2008, p. 4).

A ampliação do campo causal das doenças e o acúmulo de conhecimento exigiu que outros meios para alcançar fins práticos fossem criados, tanto em hospitais como nos demais serviços de saúde.

A dificuldade em implementar políticas de saúde para a infância está relacionada à extensa e variada gama de problemas ligados à saúde mental, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (TEA) até outros ligados a fenômenos de externalização (como transtornos de conduta, TDAH), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, entre outros (Couto, Duarte, & Delgado, 2008).

Além da sintomatologia, há considerável variação no período de incidência – alguns transtornos eclodem na infância e outros apenas na adolescência –, e nos tipos de prejuízos relacionados, adicionando complexidade à avaliação diagnóstica e situacional. Nesta população, a formulação de um diagnóstico de qualidade exige procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes, o recurso a fontes de informação diversas, como familiares, responsáveis, professores. (Couto, Duarte, & Delgado, 2008).

Os autores supracitados também destacam outro fator relacionado à demora mundial em implementar políticas específicas para a infância, que “diz respeito ao caráter recente do conhecimento sistematizado sobre frequência, persistência, prejuízo funcional e consequências na vida adulta associadas aos transtornos mentais da infância e adolescência” (Couto, Duarte, & Delgado, 2008).

Internacionalmente, há dados disponíveis indicando a persistência e consequências prejudiciais dos transtornos da infância na vida adulta. De acordo com o levantamento de Fleitlich e Goodman, esses estudos evidenciam que:

(1) os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são comuns e prejudicam o rendimento escolar e o relacionamento social das crianças e adolescentes; (2) os problemas de saúde mental tendem a persistir ao longo dos anos; (3) a maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado; (4) os transtornos não tratados favorecem a ocorrência de eventos graves na vida adulta, como problemas de saúde mental, criminalidade, abuso de álcool e drogas, desemprego prolongado e dificuldades na educação dos filhos. (Fleitlich e Goodman, 2000, p. 2)

Segundo Pereira (2008), a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 20 de novembro de 1989 foi o resultado de um trabalho profundo entre diversos países. Durante 10 anos, a convenção foi constituída, marcando assim uma mudança séria no que se refere à proteção e às garantias das crianças e adolescentes, tendo em vista que incorporou em um mesmo texto regras de procedimento flexíveis que podem ser adaptadas a diversos contextos sociais, regras essas que delineiam futuras políticas legislativas dos Estados Partes.

De toda forma, de acordo com a autora, “o grande desafio consistiu em definir direitos universais para as crianças, considerando a diversidade de percepções religiosas, socioeconômicas e culturais da infância nas diversas nações” (Pereira, 2008, p. 592). Ou seja, a política pública deve ela mesma fazer uma relação entre o singular daquele sujeito, daquela criança, com o particular (diversidade) e o universal que é possível apreender. É, ao que parece, uma tentativa que contemplaria cada população em sua especificidade, contudo sem ser exclusiva ou excludente.

Albernaz Júnior e Ferreira (2011) nos colocam que o objetivo primeiro desta Convenção era dar um incentivo aos países-membros em implantarem políticas que primassem pelo “desenvolvimento pleno e harmônico da personalidade das crianças, estimulando e favorecendo o crescimento destas em um ambiente familiar sadio”.

No âmbito do Direito e das leis, cito o preâmbulo da Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança:

Tendo em conta que a necessidade de proporcionar à criança uma proteção especial foi enunciada na Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança e na Declaração dos Direitos da Criança adotada pela Assembleia Geral em 20 de novembro de 1959, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (em particular nos artigos 23 e 24), no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (em particular no artigo 10) e nos estatutos e instrumentos pertinentes das Agências Especializadas e das organizações internacionais que se interessam pelo bem-estar da criança (1989).

Os princípios adotados pela Carta das Nações Unidas vieram com a finalidade de que fossem as crianças cidadãos aptos à vida social e educados pelos “princípios do espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade”. Entre as diretrizes e princípios estabelecidos nessa convenção que orientavam os Estados Partes, destaco:

Art. 24:

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à

recuperação da saúde. Os Estados Partes envidarão esforços no sentido de assegurar que nenhuma criança se veja privada de seu direito de usufruir desses serviços sanitários.

2. Os Estados Partes garantirão a plena aplicação desse direito e, em especial, adotarão as medidas apropriadas com vistas a:

a) reduzir a mortalidade infantil;

b) assegurar a prestação de assistência médica e cuidados sanitários necessários a todas as crianças, dando ênfase aos cuidados de saúde. (Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança, 1989).

A implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) se deu em 1990, um ano após a Convenção, e, desde sua criação, diversas foram as propostas de melhorias no sistema de atenção primária à saúde, mas somente a partir de 2003 o Ministério da Saúde passa a orientar a construção coletiva e intersetorial das diretrizes de uma assistência para esta faixa etária, de base comunitária e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência de interlocução e saberes acumulados por diversos profissionais que integram o SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo.⁶

Cabe à atenção básica, lugar onde esta pesquisa se inscreve, a efetivação de integralidade por meio da integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, coordenação do cuidado na rede de serviços.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica.

As mudanças na concepção de infância e as noções posteriores das diferenças entre as diversas etapas da infância relacionadas ao cuidado em saúde abrem aqui novos caminhos e olhares também para os primeiros momentos da vida.

Atualmente, como estratégias para a saúde pública podemos ver planos voltados à Primeira Infância (bebês e crianças entre 0 e 6 anos de idade), como o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), elaborado em 2010 pela Rede Nacional pela Primeira Infância,⁷ que tem diretrizes específicas para os cuidados pré-parto, puerperal e ações sanitárias diretas com as famílias e crianças até os seis anos, incluindo atenção à saúde mental do bebê e da família.

No PNPI é possível perceber a preocupação com a parte subjetiva das crianças e sua formação:

Estatísticas, descrições globais de problemas, comparações, taxas e índices são construções abstratas que ajudam no planejamento das intervenções mais urgentes e adequadas, mas elas são frias, distantes e insensíveis ao drama de uma criança concreta, de uma família, de um grupo social que vive o problema ou sucumbe a

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

⁷ Articulação nacional de organizações de sociedade civil, do governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância como item prioritário na defesa dos direitos da criança e do adolescente. A Rede foi constituída em maio de 2006 e contava, no início de 2010, com 70 organizações membros.

ele. Quando se melhoram estatísticas de mortalidade infantil não se muda um número apenas, mas se salva a vida de crianças; quando se expande o atendimento em creches e pré-escolas de qualidade não se atinge uma meta apenas, mas se incluem crianças na trajetória educacional e se lhes assegura base sólida de êxito; quando se restabelecem os laços familiares ou os vínculos afetivos de uma criança com seus pais, responsáveis ou cuidadores, se dá à criança novamente a chance de constituir-se como sujeito, seguro e confiante. (Plano Nacional pela Primeira Infância, 2010)

Dentro de suas diretrizes, e sendo especialmente cabível no contexto deste trabalho, estão as ações voltadas à saúde mental, compreendidas dentre os seguintes tópicos:

1. atenção à gestante;
2. preparação e atenção ao parto;
3. apoio ao pai e à família;
4. acompanhamento no período do pós-parto;
5. serviços complementares: assistência social e educação;
6. equipes especializadas em saúde mental da primeira infância;
7. construção de redes profissionais de atenção e cuidados à primeira infância.

Destaco o item seis:

Para o tratamento dos distúrbios precoces do desenvolvimento e da constituição psíquica das crianças faz-se necessário ampliar o número dos centros de atendimento especializado, com equipes multiprofissionais atuando interdisciplinarmente. Além dessa expansão, é oportuno inserir tais equipes nos serviços já existentes, em especial na rede de atenção psicossocial composta pelos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) e outros serviços ligados ao SUS. (Plano Nacional Primeira Infância, 2010) (grifos nossos).

Vemos então que a atenção à saúde mental se inicia antes mesmo que o bebê tenha nascido, é um cuidado com o seu entorno, sua família.

O que tem chamado a atenção daqueles que estão em contato com bebês em serviços de saúde é a necessidade de uma atenção maior aos sinais que o bebê dá a ver em seu corpo de que algo poderá não seguir conforme o planejado no que se refere ao seu desenvolvimento psíquico (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992; Laznik-Penot, 1997; Kupfer et al., 2008). Entre estes riscos, estão o risco de autismo, ou de um quadro dentro do espectro do autismo, e as psicoses infantis, que hoje podem ser avaliados por escalas criadas para isso, como o protocolo IRDI. Os Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDIs) foram criados a partir da observação de quatro eixos da constituição do sujeito: suposição de sujeito, estabelecimento de demanda, alternância presença/ausência e função paterna (alteridade), sendo que os indicadores são avaliados a partir da observação do bebê e um de seus principais cuidadores.

É importante saber que os estudos, dentro e fora do Brasil (Formiga, C., 2010; Jerusalinsky, J., 2002; Lerner, R., & Kupfer, M. C. M., 2008; Crespín, G., 2004), já nos permitem dizer que a

intervenção desde a primeira infância, voltada ao psiquismo e à constituição de vínculos, melhora prognósticos em crianças com algum tipo de perturbação no desenvolvimento.

Desta maneira, conhecer o lugar dado no discurso ao psiquismo por profissionais que estão em contato direto com os bebês, sendo eles ou não da área da psicologia, pode nos dar um indicativo da qualidade da atenção aos bebês, o que pode ajudar na formulação de políticas para a formação desses agentes, assim podendo haver uma integralidade maior por parte deles ao olharem um bebê, tanto na relação familiar, como em contato em rede entre os próprios profissionais de saúde.

Na cidade de São Paulo foi implementado, como estratégia do SUS, o programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana, um programa municipal de saúde voltado para a mãe e para o bebê. O programa foi mencionado por parte das entrevistadas neste trabalho. O objetivo do “Mãe Paulistana” é prestar assistência à gestante durante a gravidez – o que inclui consultas pré-natais (no mínimo sete), o parto, o puerpério e visitas regulares até o primeiro ano de vida do bebê.

A atenção à gestante e ao bebê em seu primeiro ano consiste em uma estratégia fundamental para uma integralidade da saúde. A importância do primeiro ano de vida no desenvolvimento biológico e na constituição do psiquismo será abordada com mais detalhes ao longo deste trabalho, mas vale dizer desde já que a promoção de saúde para gestantes/mães e bebês é um ponto central para a prevenção em saúde coletiva.

Para concluir, é preciso ressaltar ainda que o tratamento precoce, ou a tempo, pode ser fundamental para que seja restabelecido o vínculo estruturante entre um bebê e seus pais (ou cuidadores), e é possível que este tratamento se torne acessível a grande parte das famílias, tendo em vista o ressoar de todo o trabalho acadêmico, a extensão universitária, que deve alcançar o público.

De acordo com Fleitlich e Goodman,

Como consenso, a literatura sobre os países em desenvolvimento indica a crescente necessidade de obtenção de informações mais precisas sobre os problemas de saúde mental infantil e seus fatores de risco e proteção, utilizando-se instrumentos apropriados. Essas informações permitiriam uma melhor estruturação dos serviços e o estabelecimento de estratégias preventivas (Fleitlich e Goodman, 2000, p. 3).

2. Objetivos

Circunscrever o lugar da atenção dada a aspectos psíquicos de bebês pelos profissionais de saúde que os atendem na Unidade Básica de Saúde Parque Novo Mundo I. Essa investigação tem por finalidade compreender melhor o acolhimento a queixas da primeira infância e também os pontos de vista que os próprios profissionais têm da atenção que oferecem.

Estão, portanto, colocadas questões centrais relativas ao Serviço Público de Saúde, como a maior necessidade do conhecimento dos aspectos tanto psíquicos como sociais envolvidos na primeira infância, e de que maneira os profissionais escutam e/ou reconhecem sinais de sofrimento psíquico em bebês cujas famílias apresentam ou não queixas específicas.

Visto que há diversas maneiras descritas (Guedeney, A. et al, 2011; Szejer, M., 2009; Taperman, D., 2005) de como pode funcionar um trabalho clínico “precoce”, ou “a tempo”, seja ele em UTI neonatal, abrigos provisórios, tratamentos particulares ou em berçários, é também objetivo desta dissertação adentrar o universo da Saúde Pública e compreender, tomando como base uma Unidade de Saúde, o universo do tratamento da primeira infância.

3. Metodologia

O foco desta pesquisa é circunscrever e caracterizar, na fala dos profissionais de saúde, o lugar dado aos aspectos psíquicos dos bebês. É possível destacar daí duas palavras: “caracterização” e “lugar”, que estão relacionadas, neste caso, a uma instituição de saúde, que por sua vez se constitui pelo discurso de seus agentes. Neste enunciado estão implicados conceitos que se articulam com a metodologia escolhida para análise dos dados.

Por “caracterização” deve-se pensar menos em uma adjetivação e mais em uma rede de representações que sustentam, imaginariamente, um “lugar” para os aspectos psíquicos no discurso institucional. Para alcançar o objetivo e pensar com rigor tanto acadêmico quanto científico, a metodologia que embasa o trabalho mostrou-se rica. Utilizamos a perspectiva da Análise Institucional do Discurso (a.d.), metodologia proposta por Guirado (1987, 1998) e que tem como ponto nodal a articulação das teorias de Michel Foucault, Dominique Mangueneau, a Análise do Discurso francesa e a psicanálise⁸ (Freud e Lacan, mais especificamente).

Trata-se aqui de análise de entrevistas realizadas com profissionais de saúde, o que cunha um aspecto imaginário irreduzível àquilo que se lê, em conjunto, com certos crivos de agrupamento e uma leitura vetorizada que perpassa a polissemia das palavras, os lugares institucionais que ocupam os agentes de cada discurso, e que se constituirá como um discurso em torno daquilo que é o objeto dessa pesquisa: o que podem nos dizer os agentes de saúde sobre os bebês? Que aspectos consideram psíquicos? Como os consideram – os aspectos psíquicos – na atenção à saúde? E, ainda, que lugar ocupa este saber/não-saber no dia-a-dia da instituição que está em contato com a comunidade?

A articulação profícua que propõe alinhamentos entre pressupostos foucaultianos, da Análise do Discurso e da psicologia institucional de Guirado torna possível o objetivo de operar analiticamente, em condição de paridade, certa análise do discurso e certa escuta psicanalítica (Guirado, 1995).

O “discurso” também aparece aqui como ponto central. O conceito de discurso que utilizamos, produto da leitura e reflexão de Mangueneau empregando-se elementos foucaultianos, é o seguinte: “[o discurso] é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (Mangueneau, 2006 apud Lerner, p. 29).

⁸ Guirado, M. (1995). *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus.

O discurso é dinâmico, no sentido de que as contingências afetam diretamente o enunciador “como uma série de segmentos descontínuos, cuja função tática não é uniforme nem estável” (Foucault, 1995, p. 95). Podemos pensar, desse modo, que a pedra angular que sustenta esta metodologia são as noções de discurso como prática discursiva, como “dispositivo que define as regras da enunciação” (Guirado, 2018, p. 20), seu caráter interiorizado dentro das condições em que é produzido e uma concepção do que poderia vir a ser a sua análise.

É importante dizer que esse “lugar” que busco circunscrever, o dos aspectos psíquicos, está embutido nos discursos por meio uma posição, ou seja, um lugar prenhe de palavras para serem ditas e ouvidas, que posicionam os personagens diante de um determinado contexto.

Os conceitos de “dispositivo” e “lugar institucional” fazem-se necessários, uma vez que, para Foucault, há uma abordagem cujos pressupostos prescindem do eixo imaginário das significações e representações do discurso, enquanto a proposta de Guirado (1995) tenderia a reposicionar esse eixo, potencializando a dimensão da heterogeneidade discursiva.

Partamos então do ponto institucional. De acordo com Guirado (1995), o discurso carrega consigo o estatuto de institucional, uma vez que os sujeitos,⁹ pensando nestes como sujeitos-dobradiça, respondem com seu discurso, que é por sua vez produzido no interior de um determinado lugar institucional. Nos escreve Guirado (1995):

A questão, inclusive, não está em analisar isoladamente as entrevistas e no conjunto delas reconhecer as regularidades. Até porque estas se podem reconhecer no interior de uma mesma fala. A questão está na perspectiva que se tem de análise, os recortes que ela permite e as “amarrações” ou as reconstruções a que se chega, que acabam falando ao mesmo tempo dos autores das cenas enunciativas e das condições de enunciação. Aí, a metáfora da “dobradiça”, ou melhor, de um “conceito dobradiça” de sujeito. (Guirado, 1995, p. 89).

O conceito adotado denota um movimento das singularidades discursivas, ao mesmo tempo em que acusa certas formações sociais, fazendo esta ou aquela representação acontecer e se instituir. “O sujeito que se desenha aqui é, então, aquele dividido enquanto fala, fundado nas posições que exerce e no discurso, sempre” (Guirado, 1995, p. 87).

A proposição toma o sujeito como aquele constituído e constituinte das relações institucionais, ao que a autora nos aponta:

Essa concepção privilegia a posição do sujeito na estrutura institucional e não as características ou capacidades individuais e pessoais. Assim, os conflitos, os distúrbios, os desvios, as inadequações são considerados, sobretudo, como expressão desta articulação de posições, e não como sintoma de um indivíduo que está na instituição. (Guirado, 1995, p. 71).

⁹ Destaco aqui que este sujeito não deve ser confundido com o sujeito do inconsciente da psicanálise. Estamos aqui mais no campo da ideologia que do inconsciente, de modo que o que funda a análise institucional do discurso é a rede imaginária de representações que sustentam os lugares institucionais na prática concreta.

Ainda no plano institucional, tomaremos, como Guirado (1986), a definição de instituição de Guilhon de Albuquerque (1978), que conceitua “a instituição como um conjunto de práticas ou de relações sociais que se repetem e legitimam-se enquanto se repetem” (apud Guirado, 1986).

A resultante dessa conflitiva são os efeitos de reconhecimento das posições subjetivas institucionalizadas como naturais e legitimadas pela repetição. Por fim, “tal concepção de instituição leva-nos, ainda, a pensar que a vida social se faz possível por e nas instituições, sempre” (Guirado, 2009, p. 147).

A trama formada pelos discursos dos profissionais de saúde, ou o que esperamos dela, é que evidencia as relações de poder instituídas a partir dos lugares institucionais, os lugares de reconhecimento/desconhecimento, os elementos de saber e de verdade que nos indicam por sua estrutura e o modo como são dados no ato do discursivo.

Para além disso, e como complemento, a experiência da pesquisadora nesta UBS também será levada em conta, uma vez que ela esteve presente em campo nesta mesma Unidade durante 8 meses como técnica (com bolsa FAPESP), tempo durante o qual recrutou participantes (díades mãe-bebê) para um estudo (mestrado) do mesmo departamento, intitulado “Retraimento em bebês irmãos de crianças com TEA”, que teve como pesquisadora responsável Lígia Perez Paschoal, orientada pelo Professor Doutor Rogério Lerner.

3.1 A instituição em estudo

A Unidade Básica de Saúde na qual os dados para esta pesquisa foram coletados está situada na Zona Norte de São Paulo, e cabe aqui deixar explícito, na medida do possível, como se organiza e o que comporta a unidade, tendo em vista a noção de “institucional” adotada por Guirado.

Primeiramente, é uma Unidade Mista, o que significa dizer que, no mesmo espaço físico, estão a Unidade Básica de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que não é fixo nessa unidade, atuando também em outra unidade no mesmo bairro.

A Estratégia de Saúde da Família é um programa de atenção básica criado pelo Governo Federal, e, de acordo com o Ministério da Saúde:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

De acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade de São Paulo hoje tem os seguintes números: 451 Unidades Básicas de Saúde, mais de 1300 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 105 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Então, especificamente na Unidade pesquisada, a equipe da UBS é formada por duas pediatras, duas psicólogas, médico psiquiatra, médico ginecologista e médico geriatra, contando ainda com enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A Equipe ESF (os agentes se referem a ela também como “PSF”) é composta por cinco equipes, cada uma com uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde. De acordo com Paim (2006, p. X), “o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis”.

A UBS funciona entre sete da manhã e sete da noite, diariamente, exceto domingos e feriados, e não se trata de um serviço com portas abertas. Todas as consultas são previamente agendadas. Caso o paciente necessite de algo prático como troca de receita ou remédios, ele passará pelo acolhimento e será atendido.

3.2 Procedimentos

Os participantes foram convidados a participar pela frequência com que veem os bebês; também foram convidadas a participar as duas psicólogas que trabalham na Unidade e a psicóloga da equipe NASF. Dentre os profissionais a decisão foi por tentar diversificar as entrevistas, mas manter uma coerência entre as áreas: foram ouvidas mais ACSs do que outros profissionais, por elas estarem em contato direto com bebês e crianças do bairro em suas casas e serem residentes na comunidade. O intuito foi observar também se há algo sobre a proximidade com as famílias atendidas no discurso delas e de que modo isso aparece.

Devido ao trabalho de campo anterior a este estudo, muitos na Unidade já conheciam a pesquisadora, sabendo de sua profissão e muito comumente estranhando com curiosidade a possibilidade de um trabalho com bebês ainda tão novinhos. Para iniciar a atual pesquisa, fiz reuniões com a Equipe de Saúde da Família, com enfermeiras e com o gerente da unidade, nas quais me apresentei e falei sobre a pesquisa, convidando enfermeiras e ACSs a participarem.

Quanto aos outros profissionais – médicos e psicólogos –, o contato foi direto, com o intuito de não atrapalhar o funcionamento da unidade ou suas agendas.

As entrevistas foram realizadas em uma sala da Unidade e com horários agendados.

Foram coletadas 12 entrevistas:

Pediatra I

Enfermeira I

Enfermeira II

Auxiliar de Enfermagem I

ACS I

ACS II

ACS III

ACS IV

ACS V

Psicóloga I

Psicóloga II

Psicóloga III

Todas as perguntas foram feitas, não necessariamente na mesma ordem ou com as mesmas palavras, caracterizando uma entrevista semiestruturada.

3.2.1 Roteiro de entrevista

1. Qual a sua função nesta Unidade?
2. Quais serviços são oferecidos na UBS? Como são os pacientes?
3. Como funciona a unidade? Me dê exemplos, se possível.
4. Qual a faixa etária mais frequente neste serviço?
5. Que serviços são oferecidos à primeira infância? O que vocês fazem? Exemplos?
6. Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são trazidas com mais frequência pelas famílias? O que elas buscam?
7. Há uma busca ativa das famílias para tratar das questões dos bebês?
8. O que chama mais a atenção quando chega um bebê?
9. Caso esse bebê não esteja bem, que aspectos você avalia para chegar a esta conclusão?
10. O que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?
11. O serviço compreende a demanda destas famílias?
12. Caso não atenda, qual o procedimento a ser seguido?

4. Análise das entrevistas

Partindo do método escolhido para este estudo, todas as entrevistas foram analisadas levando em conta a pergunta que se pretende responder, sempre com atenção às regularidades e marcas de diferenças dos discursos, assim como sua heterogeneidade e opacidade.

Nesse processo surgiram palavras e temas importantes que levaram à elaboração de vetores constituídos para organizar e orientar a análise de modo que os dados não fossem só amontoados de informações, mas sim de maneira a direcionar para as amarrações teóricas que são possíveis de serem pensadas e que pretendem elucidar os pontos referentes ao lugar do psíquico para os profissionais da instituição.

Entre esses eixos gira a questão que essa dissertação coloca, especialmente naquele sobre o que consideram saber ou não sobre os aspectos psíquicos dos bebês, e é precisamente a esse eixo que será dedicada maior atenção, fazendo-se referência aos outros quando necessário. Há um esforço no sentido de analisar os lugares atribuídos aos profissionais de saúde dentro de suas funções e o lugar assumido por eles na instituição, tendo em mente o objetivo do que se busca caracterizar aqui como “lugar atribuído” aos aspectos psíquicos dentro da teia discursiva dos entrevistados.

Uma análise das representações e dos lugares de reconhecimento/desconhecimento, os discursos sobre o saber prático a respeito do funcionamento da instituição que se apresentaram, bem como os jogos de poder e a relação de clientela enunciados foram levados em conta.

- Representações dos profissionais sobre o desenvolvimento dos bebês – os aspectos psíquicos;
- Representações dos profissionais acerca da clientela;
- Representações dos profissionais a respeito dos serviços oferecidos à primeira infância.

Cada um desses eixos possibilitou a organização dos dados e dentro deles as contradições que os discursos comportam, o fato de a pesquisadora ser psicóloga não foi esquecido, dado este de conhecimento prévio de todos os participantes da pesquisa, e que não deixa de ter uma implicação no quadro de produção do discurso dos entrevistados.

A partir desses eixos foram nomeadas as etapas de análises das entrevistas. Primeiro virá a análise dos aspectos psíquicos. Os trechos das entrevistas virão em recuo e destacados, a fala da pesquisadora aparecerá como P e a do entrevistado com a letra E.

4.1 Um saber que não se sabe: o psíquico

Esse é o cerne deste trabalho, é por meio das perguntas feitas referidas especificamente aos bebês que circulará a análise e caracterização do lugar dado aos aspectos psíquicos.

O discurso dos profissionais surpreende por terem demonstrado com clareza a dualidade com a qual as pessoas lidam com o seu saber e prática em um contexto específico, neste caso uma UBS. Se buscarmos nas respostas concretas para a pergunta “O que você sabe sobre os aspectos psíquicos dos bebês?”, notamos que houve quase uma unanimidade nas respostas dos profissionais não-psicólogos: “nada”, “não sei”, “não vou saber falar”; os agentes institucionais referiram nada saber sobre os aspectos “psi” que envolvem os bebês.

Apesar disso, ao longo de outras perguntas, no discurso sobre o desenvolvimento dos bebês ficou claramente enunciado que existe um saber por parte do profissional de saúde que é ignorado por ele mesmo, ou simplesmente aparece sem representação suficiente, trazendo um efeito de desconhecimento daquilo que se pratica. Melhor dizendo, os profissionais atribuem um lugar para si mesmos – como funcionários de um serviço de saúde – que os coloca distantes daquilo que eles fazem na prática. O conhecimento trazido da convivência pessoal e privada com bebês em suas famílias é o que supre essa atenção. É uma percepção que não encontra aparato teórico.

Entre as psicólogas o conhecimento sobre o lugar do psiquismo dos bebês é mais fluido, no sentido de que está mais estruturado esse conhecimento vindo da “formação”; foram mencionadas as teorias de Winnicott, a interação com os olhos e gestos, o vínculo, as respostas e a vitalidade.

Um modo de aproximação das questões do bebê que vem muito no discurso das psicólogas está associado ao lugar do bebê para a mãe ou cuidador, o que já é um traço de um discurso da formação psicanalítica que elas relatam ter. As psicólogas apontam que o sintoma de um bebê pode estar ligado aos problemas do casal parental. Conversar com as famílias para que os efeitos sejam vistos nos bebês e perceber as nuances dessa intervenção é fundamental. Ainda assim, a opacidade discursiva se evidencia, pois elas se colocaram como desconhecendo de forma profunda o assunto, tendo em vista que não são convocadas a trabalhar desse modo com os bebês – apesar de fazerem isso em algumas situações.

Psicóloga II

P: *E se você percebe que a criança não está bem, que aspectos você observa e que você ressaltaria pra chegar nessa conclusão?*

E: *Na verdade eu tenho uma paciente, né, uma mulher, ela teve uma criança recentemente, a criança tem por volta de três meses, e eu notei durante a consulta que essa criança não estava bem, então eu comecei a trabalhar com a mãe, inclusive eu pedia pra essa mãe vir com a criança. E aí a mãe começou a notar a importância desse vínculo, porque o que estava acontecendo? qual era a queixa dessa mãe? era uma queixa relacionada ao casamento, que não está... o casamento está fragilizado e aí está resultando nessa falta de qualidade na interação mãe-bebê, e eu aponto isso pra ela, isso é importante, até ela observar que ela não pode deixar de lado, né, a*

questão da amamentação, do olho no olho, desses primeiros momentos que são trocas afetivas, e o quanto que pra o desenvolvimento emocional dessa criança havia essa importância.

P: O que a criança mostrou que chamou sua atenção?

E: A criança parecia muito apática, muito quieta, não havia muito estímulo, assim, dela... ela tava muito, como se tivesse divagando, né. Então não havia vivacidade, parecia... nem energia, nem vitalidade.

Psicóloga III

P: O que você conhece, o que me diz sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Olha, eu vou ser sincera, pouco. Eu conheço o que eu me lembro da minha formação, e de um pouco de uma leitura que eu faço, grupos de estudos... e o meu trabalho com bebê ele não é, na prática, eu não tenho, então talvez, então eu vou te falar mais ou menos o que dos aspectos psíquicos do bebê? A questão afetiva do laço entre o cuidador e esse bebê, eu acho que esse é o ponto central, e a forma, porque eu acho que é isso, o cuidador tem que, o “holding”, né, eu lembro disso, então eu lembro da questão do Winnicott, dessa coisa do holding do bebê, pra mim isso é muito importante, e do quanto que isso vai trazendo, marcando psiquicamente, contornando, sabe. É mais ou menos isso só, não tenho muito. Esse cuidador apresenta o mundo, como que, “que lugar é esse que eu cheguei?”, é esse impacto primeiro, é esse acolhimento, é esse cuidado, é as boas vindas, sabe. Então eu acho que esses aspectos psíquicos estão no vínculo, a função, não ter prática como eu expliquei, justifiquei, o que eu entendo é isso basicamente, no vínculo.

Psicóloga I

P: Então quando você vê o bebê, que coisas específicas você olha?

E: Daí depende, né. Depende muito assim de como é o contato, o contato com o bebê assim. É que é uma coisa que não tem muito como nomear, acho que é o contato, um pouco do afeto, observando mais entre a mãe e a criança, né. Tem a questão do olhar, né, acho que tem toda aquela coisa, né, do autismo e tudo... mas assim, é mais essa questão do contato mesmo, do contato do bebê com o familiar mesmo. E de que forma que a mãe vai trazendo um pouco no discurso aquele bebê, é o que eu fico mais atenta na minha... nos meus atendimentos, né.

Inicialmente, a pergunta tratava das queixas a respeito dos bebês que as mães ou cuidadores levam à UBS, sendo bastante comuns as queixas relacionadas à amamentação, ao refluxo e ao choro frequente do bebê. É previsto que esses casos passem tanto pela equipe PSF quanto pelo médico, até, pelo menos, os dois anos de vida da criança.

Em seguida, todos foram questionados sobre o que chama a atenção quando veem um bebê. As palavras “cuidado” e “higiene” são recorrentes, apontando para essa atenção com o entorno do bebê, com o ambiente em que ele mora, com os cuidados básicos que recebe. A condição física – o tônus muscular, se é um bebê “molinho” ou “durinho” – também é enunciada como ponto principal na observação dos profissionais, entrando neste rol o estado nutricional da criança.

A pergunta sobre o que se observa quando veem o bebê se referia aos momentos do atendimento que oferecem, ou seja, a partir do lugar que ocupam enquanto promotores de saúde de um serviço público, contudo, aparecem aí marcas de diferença discursivas que denotaram um saber pela via da experiência pessoal, adquirida na vida cotidiana, na relação com seus próprios bebês.

ACS I:

P: *E o que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê?*

E: *Ah, eu amo bebês, né.. (risos). Ah, a higiene do bebê, né.. a questão da saúde eu acho que a gente vê primeiro na questão da higiene.. quando a criança tá limpinha, tá com um sorriso no rosto, a gente já imagina logo que tá bem, né... é isso.*

Enfermeira I:

P: *O que te chama mais a atenção quando você vê um bebê, nas casas ou quando chega aqui?*

E: *O que mais chama a atenção? A higiene. Num primeiro momento pra mim é a higiene, que a higiene diz muito sobre os cuidados... então no primeiro momento pra mim assim é a higiene, aí a partir disso a gente vai tirando a roupa da criança, conversando com a mãe, tudo, e vai avaliando. Mas no primeiro momento é a higiene, o cuidado básico com essa criança.*

ACS III:

P: *O que chama mais a sua atenção quando chega ou você vê um bebê?*

E: *Na minha visita ou na unidade?*

P: *No geral.*

E: *Vou falar da minha visita, quando eu faço a minha visita eu já procuro saber se a criança passou na consulta, vejo a carteirinha de vacina, se a criança teve alguma intercorrência durante aquele mês, se foi internado, se foi pra pronto-socorro, como está a alimentação dessa criança... vou fazendo as perguntas e a mãe vai respondendo. Às vezes a mãe trabalha e já deixa com um cuidador, uma babá, onde aquela babá já tem outras crianças que cuida também, já procuro saber qual o cuidado que aquelas pessoas têm, na minha área tem muito. Olho muito o cuidado, o ambiente que a criança mora, tem que entrar, o local, a higiene, tem que ver.*

“Cuidado” e “higiene” são um caminho para acessar as representações imaginárias que rodeiam a questão do psiquismo. “Cuidado básico”, o cuidado com o ambiente, se o bebê está “limpinho”, todas essas são referências a algo que se pode perceber, sendo bem mais do que simplesmente limpar, trocar ou amamentar; dizem respeito ao “vínculo”, à atenção da família para com o bebê.

Auxiliar de Enfermagem:

P: *O que te chama mais a atenção quando você vê um bebê?*

E: *Olha, a gente de cara já procura ver a limpeza do bebê, sei lá, pode ser besteira, mas se está assim, hidratadinho, gordinho, porque parece que não, mas chega criança que você olha e fala assim “meu deus, será que essa mãe tá amamentando, não tá?!”. Então a gente olha... eu olho isso. No físico, né.*

ACS II:

P: *O que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê? Quando chega aqui, ou quando você vê nas casas.*

E: *Se ele está sendo bem cuidado.*

P: *Como você percebe se o bebê está bem cuidado ou não? O que você olha, que aspectos você avalia?*

E: *Assim, ó... depende né... que nem... posso contar um caso?*

P: *Pode.*

E: *A gente foi na casa de uma paciente, o bebê chorando, chorando demais lá na cama, e a gente perguntava o que ele tinha e ela falava, a mãe falava que nada nada, e depois eu peguei o neném e ele tava com mau cheiro, né, da fralda, aí eu falei pra ela trocar ele, que ele tava sujo, quando ela tirou o bebê tava em carne viva. Pra mim isso não é bem cuidado, neném que tá em carne viva de assadura não é bem cuidado, aí isso a gente traz pra enfermeira, a enfermeira manda chamar a família, entendeu?*

Todo cuidado, levando a cabo o termo, refere-se também ao cuidado psíquico, uma vez que um bebê sujo, mal assistido, “em carne viva”, deixa clara a falta de atenção diante dele, além de um ambiente desfavorável ao desenvolvimento mental.

A presença constante da palavra “vínculo” faz notar que há uma atenção à maneira como família e bebê interagem, e mesmo como os profissionais interagem com o bebê. Vínculo diz respeito à ligação existente entre aqueles que participam dos cuidados, que suprem necessidades e que sustentam a presença do bebê, e as respostas do bebê diante desse que cuida, sempre em um vai-e-vem de trocas e afeto.

É interessante perceber nesse quesito – ver um bebê – que o que foi mencionado por muitos converge no sentido de uma atenção geral ao estado de ânimo do bebê, a “vitalidade”, se o bebê está “choroso” ou “não quer saber de nada”. De acordo com os entrevistados é possível perceber pela “carinha do bebê” quando alguma coisa não vai bem em seu desenvolvimento. É algo que vai além do concreto, de pegar o bebê e colocá-lo de bruços, por exemplo. É uma percepção da interação, da maneira como esse bebê responde ao mundo e o que o entorno oferece ao bebê, especialmente a relação que se estabelece entre o bebê e a mãe.

ACS I:

P: *O que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*

E: *Nenhum, não conheço. Sou leiga nessa questão.*

P: *Se esse bebê não está bem, que aspectos você avalia pra chegar nessa conclusão e dizer “bom, esse bebê não tá bem”?*

E: As crianças quando não tá muito bem fica chorando, né... criança bem chorosa... ou às vezes calada. Na minha área mesmo, aí quando eles tão doentes eles ficam calados, não querem nem me receber, que às vezes eles são os primeiros que me recebem, mas quando num tá... tá doente, não querem nem saber, não querem saber de nada.

Enfermeira II

E: (...) mas eu não tenho nada, nada assim concreto, eu acho que a partir disso eu vou saber, a partir da relação com a mãe, alguma coisa assim, que se eu conseguir, depende até do tom da voz que a mãe tem contato com a criança, que a criança já fica puta, e aí você já dá aquele salto, “não, pera aí”, alguma coisa tá acontecendo... comigo, a mãe não pode pegar que a criança já começa a chorar, né... e aí comigo ela vai de boa, vai tranquilinha, aí você começa a dar uma percebida, assim, alguma coisa deve estar de errado.

Há discursos bastante claros relacionados ao que é tomado como físico, mas que fazem referência a uma globalidade do desenvolvimento, envolvendo o psiquismo. Regularmente a palavra “desenvolvimento” aparece denotando o psiquismo. Esse é um ponto preciso: os sintomas dos bebês se dão a ver em seu corpo e em outras variáveis.

Há uma grande regularidade nas respostas no que se refere ao “olhar” do bebê. Especialmente entre as psicólogas, mas outros profissionais também falaram sobre o olhar. O compartilhamento de olhares é um indício de saúde. Características do olhar, como agitação, também foram citadas como sinais que chamam a atenção para alguma perturbação no desenvolvimento. Esse “olhar” denota um saber bastante sensível a respeito dos bebês, o que é altamente importante para a percepção de sinais de vulnerabilidade psíquica.

ACS III:

P: *O que faz você pensar assim: “essa criança não está bem”?*

E: Pelo olhar. Pelo olhar da criança.

P: *O que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*

E: Assim, eu não vou saber te explicar muito, mas é a questão mesmo do olhar, do olharzinho da criança, a criança, assim, como eu te falei, aos dois meses a criança já acompanha alguma coisa, mas já não é aquele olhar parado, já é uma criança vivinha que começa a procurar as coisas, eu acho que é isso.

O fato do psiquismo ainda ser tomado pelo cérebro em si, associado ao desenvolvimento neurológico e motor, não deixa de sustentar um discurso médico, de maneira que, quando estão diante de um bebê, o conhecimento adquirido acerca de seu desenvolvimento – psíquico – tende a ser camuflado ou aparece colocado como alguma coisa “leiga” ou ainda “errada”, como é o caso do

uso do manhês¹⁰ por parte de algumas profissionais. Essa característica opaca diante da palavra “psíquico” não afasta o olhar que vai além do corpo em si. Apoia-se no corpo, evidentemente, já que os bebês não falam, mas é uma camuflagem: o conhecimento está posto em prática, fala-se com o bebê, observa-se sua relação com o mundo, mas aparentemente essas percepções não tomam lugar de reporte, os encaminhamentos são geralmente feitos para os médicos ou enfermeiros.

No recorte a seguir vê-se a atenção ao “físico”, que aparece destacado do “neurológico”, mas cuja avaliação e exame, de acordo com os exemplos da enfermeira, levam para o mesmo caminho: as pernas que não se movimentam, o queixo que não sobe quando o bebê é colocado de bruços. São avaliações físicas que dizem sobre o desenvolvimento geral do bebê.

Enfermeira I:

P: *E se você percebe que esse bebê não está bem, que aspectos você avalia pra chegar a essa conclusão?*

E: *Que aspectos? Então... eu avalio... quando a gente vai fazer os primeiros atendimentos, né... quando a mãe se queixa, vamos dizer que ela veio hoje já se queixando, então eu vou examinar, fazer o exame físico nessa criança e perguntar por que a mãe veio, né... qual que seria a dúvida dela, mas ao mesmo tempo eu avalio a parte física, mas eu tento avaliar a parte neurológica também de desenvolvimento dessa criança, né, porque algumas vezes a mãe acha que é alguma coisa física, né, que a criança tem, mas às vezes pode ser alguma alteração no desenvolvimento, então eu tento avaliar isso, então a partir dessa alteração você chama a médica, já.*

P: *E o que você chama dessa “alteração neurológica”?*

E: *Neurológica, por exemplo, no primeiro mês a gente tenta colocar a criança de bruços, né, pra ela levantar, a gente coloca o queixo dela na maca, né, e fazer com que ela tenha esse reflexo de levantar, né, um pouquinho a cabeça, e tem criança que ela não faz isso em torno de mais ou menos um mês, dois meses, uma outra coisa é... ah... é.. às vezes você levanta a criança e ela estende as perninhas, desculpa, ela flexiona a perninha, não entende... a mãe diz que a criança só chora, chora, chora e às vezes não é nada físico, né.. às vezes pode ser alguma coisa da parte do desenvolvimento, então é uma alteração que eu observo. Então, a gente teve um... uma capacitação pra gente avaliar tanto essa parte física como neurológica, né... enfermeiros, e não me lembro se os médicos também, mas a gente tem até um encarte, eu falo encarte, pra gente avaliar a cada mês o que que a gente precisa avaliar nessa criança... na parte motora e neurológica também, por exemplo, sete meses ela precisa sentar, então vai... uma média mais ou menos, a partir de sete meses ela tem que ficar durinha pra sentar, né... se ela não tiver, olha, a gente faz isso, isso e isso...que que faz? então a gente tem o normal, né, que a criança precisa fazer em cada faixa etária, é... o que não tiver nessa faixa etária que são as*

¹⁰ O manhês se caracteriza por um tipo de prosódia utilizado pela mãe (ou maternante) para se dirigir ao bebê. É bastante comum que qualquer adulto utilize essa linguagem para falar com um bebê quando está de fato implicado na relação com ele, ou seja, quando há investimento nessa relação. Esse tipo de fala tem como características o "prolongamento das vogais, que a torna mais lenta e sonora, aumento da frequência, que a faz mais aguda, e glissandos característicos que a tornam mais musical". (Laznik & Parlato-Oliveira, 2006, p. 58).

avaliações, de que forma a gente precisa avaliar e pra onde a gente vai encaminhar.

A enfermeira menciona o choro, este talvez seja o único aspecto que não se pauta por algo físico ou uma etapa esperada no desenvolvimento da criança. Depois de serem feitas as avaliações, o bebê então pode ser encaminhado para a médica. “Alteração no desenvolvimento” aqui está relacionado também com algo além do físico, em conjunto com o “neurológico”, “*mas às vezes pode ser alguma alteração no desenvolvimento, então eu tento avaliar isso, então a partir dessa alteração você chama a médica, já*”.

Enfermeira II:

P: *E o que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê?*

E: *Eu olho fisicamente, tipo, olho até o rostinho do bebê, se ele tá aquele... porque eu ainda até mudo um pouco o tom, que talvez seja errado... que eu falo: “oi, amor!”, com aquela vozinha de criança.*

P: *E porque isso seria errado?*

E: *Porque a gente acaba tratando criança com aquela vozinha e idoso também com aquela vozinha que não era tão necessária.*

E: *Acaba fazendo essa comparação: “ô, meu deus do céu”, sabe, com aquela vozinha... (risos). Aí a criança vai sorrir ou não, aí é nesses aspectos que você fala. Às vezes tem criança que só de olhar, teve uma vez que eu passei mesmo no corredor, o olhar da criança, se é aquele olhar triste, aquele olhar pra baixo, você fala: não, pera aí, ela não tá bem, ela não é desse jeito, né. E é bom que a gente faz até o acompanhamento da gestante, que a gente acaba conhecendo e depois quando nasce a gente faz a primeira visita, então você conhece a criança desde o primeiro dia, a gente, normalmente, antes dos sete dias, a gente tá fazendo visita na casa, então a gente tem contato maior e você sabe que aquela criança não é daquele jeito, aí você olha pro rostinho dela com aquela vozinha “cadê o nenê mais gostoso?”, e aí ela faz aquela carinha, cê fala “ih, ela num tá bem, alguma coisa tem”...*

P: *Então tem alguma coisa na resposta da criança que chama a atenção.*

E: *Sim, no olhar.*

P: *E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*

E: *Não conheço.*

Este último recorte nos revela uma posição da profissional que fala sobre aquilo que faz na prática da instituição concreta, sabendo de seus resultados – “fala com a vozinha... aí a criança vai sorrir ou não” –, mas há uma necessidade de afirmação por parte da entrevistadora para que a entrevistada ratifique ou não seu movimento, pela via do reconhecimento, uma vez que ela diz não deter esse saber, expresso pelo “não conheço”, logo após ter dito sobre ele – sobre sinais de sofrimento psíquico –, o que aponta, pelo próprio discurso, que quando ela observa o olhar do bebê estando em uma relação direta com ele, este saber não é da ordem do “treinamento”, da “capacitação”, mas tem efeitos práticos que podem levar a equipe a olhar aquele bebê com mais atenção.

Muitos outros elementos do que podemos considerar “aspectos psíquicos” ficaram claros na fala dos agentes: a interação com o ambiente e a atenção do bebê, a interação do bebê com a mãe e a qualidade dessa relação, o choro e, especialmente, falado com muita frequência, o olhar do bebê.

Os bebês “moles” dão indícios de que algo não vai bem, seja por falta de estimulação, seja por um problema neurológico. Esse nível de atividade faz questão para os profissionais, bem como a interação do bebê com a mãe e com o ambiente:

Pediatra:

P: *O que chama mais a sua atenção quando chega um bebê?*

E: *É... assim... se ele tá, dependendo da faixa de idade, se ele está interagindo com o ambiente, né. O estado nutricional, que só de você olhar a criança você já define mais ou menos se ela tá desnutrida, se está obesa, né... E a atividade da criança, né... ver se a coordenação dela tá boa, se é uma criança de dois anos que entra no colo da mãe eu já fico preocupado... hum... uma criança com seis meses que ainda não firma a cabeça, muitas vezes é por má... é... é... são crianças que não são estimuladas... não são estimuladas. Você tem muito boliviano, é típico, o boliviano, toda criança é mole, fica no berço o dia todo, só sai do berço pra mamar.*

P: *E o que o senhor sabe sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*

E: *Não... aí... eu, eu tive um pouco de experiência com os recém-nascidos, né... principalmente neonatologia um bom tempo, então eles fazem uma caracterização da dor nos recém-nascidos.*

P: *E como é isso? Como o senhor percebe esses sinais de dor?*

E: *Pela irritabilidade, pelo tipo de choro, né... pela careta que faz, né... Então, são... tem uma, uma... neonatologista muito experiente que é a doutora R. G., ela que definiu as características, ela é a mais experiente nessa característica da dor na criança... no, no lactente.*

ACS I:

P: *E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*

E: *Ah, não conheço não...*

P: *Da constituição psíquica.*

E: *Do desenvolvimento?*

P: *Sim.*

E: *Ah... é difícil né... que a gente não sabe muito bem... às vezes tem aqueles bebês que são mais espertinhos, outros são mais molinhos (pausa).*

P: *Então você percebe que tem algo diferente?*

E: *Isso, tem, tem uma diferença sim. Às vezes a gente chega tem um bebê de quatro meses que é bem espertinho assim, cê já conversa, ele tá prestando atenção, e outros não.*

É muito sutil o modo de considerar o psiquismo em algumas situações. Por exemplo, esse olhar geral, da limpeza, do cuidado, está muito relacionado à precariedade das casas que os profissionais visitam no bairro em que se localiza a UBS. Existem “invasões”, que são os terrenos ocupados por pessoas que não têm onde morar, existem também os bolivianos que moram no bairro

e que trabalham e vivem em ambientes muito pequenos e fechados, deixando o bebê “o dia todo no berço”, sem estímulos.

Pediatra:

(...) são crianças que não são estimuladas... não são estimuladas. Você tem muito boliviano, é típico, o boliviano, toda criança é mole, fica no berço o dia todo, só sai do berço pra mamar.

O discurso segue se apresentando como falando de um assunto que ele “não sabe”, que não está na trama adquirida de conhecimento, não circula porque nele não há palavras que o localizam diante daquele grupo de profissionais. Aparecem em exterioridade. Mesmo o médico ressalta que há uma pessoa, uma médica de fora da UBS, que “pode” falar sobre aquilo, sobre a dor no recém-nascido, sobre as “características”.

O cenário é uma instituição na qual os agentes institucionais trabalham levando em conta o psiquismo dos bebês, mas esse não é um saber que circula instituído; é algo identificado ao conhecimento obtido nas vidas privadas no geral, que alcança o olhar daqueles que veem os bebês de modo a fazer operar, com alguma fluidez, uma rede de assistência à saúde mental, como pode ser observado nos discursos quando os profissionais falam sobre os encaminhamentos.

Psicóloga II:

E: (...) já aconteceu de aparecer gente de fora, porque fica via regulação esses agendamentos, né, então pode vir diversos públicos, e já apareceu casos graves, por exemplo de esquizofrenia, inclusive esquizofrenia em crianças, né. Já apareceu. É raríssimo, mas aparece. Crianças é mais questão de aprendizagem, hiperatividade, né. Mas caso grave assim é raro aparecer aqui, geralmente vai direto no CAPS, mas quando aparece aqui eu encaminho direto pro CAPS também pra uma avaliação ou pro AME psiquiatria. E acontece às vezes de eu ficar em atendimento concomitante com esses serviços.

P: Ah, tem essa possibilidade?

E: Tem essa possibilidade, mas em geral a gente encaminha mesmo para a “psiqui” no serviço do CAPS, daí lá já tem todos os atendimentos necessários, né, de psiquiatria, todo um respaldo, né, e uma estrutura também, né, apropriada pro caso.

A interação mãe-bebê e até mesmo a maternagem estão colocadas nos discursos, mas mais uma vez não apresentam consistência suficiente para que se localize um saber legitimado e com consequências claras, apesar de aplicado em maior ou menor grau:

Enfermeira I:

P: *E o que você sabe sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*
 E: *(Pausa). Pra falar assim, não sei te responder.*
 P: *O que é que você pensa quando ouve sobre isso: aspectos psíquicos de bebês?*
 E: *Ah, de que forma, posso até falar uma coisa ignorante, de que forma a criança... ela... se interage com a mãe... isso... de como foi esse pré-natal dessa mãe, de que forma esse desenvolvimento depois, se a mãe foi, eu acho, muito arredia com esse pré-natal, se não queria, e depois quando a criança nasce também... essa parte, como eu posso dizer... não agressividade, mas deixar a criança mais de escanteio, de lado, e a criança refletir isso depois no desenvolvimento dela, na parte psicológica, por exemplo, é... a criança começar a bater a cabeça de nervoso, porque a mãe, ela começa a gritar, ela já não queria aquela gestação, então qualquer coisa que a criança fazia, faça, a mãe começa a gritar e essa criança começa a ter um complexo, entendeu? Eu penso nessa parte... não sei se é psicológica não, mas é isso que eu entendi.*
 P: *E você me disse também que faz uma avaliação neurológica, ou seja, que não é física apenas. Você associa essa avaliação com o desenvolvimento psicológico?*
 E: *Sim, por exemplo, na parte psicológica, vou dar um exemplo do que eu acho... é... às vezes é o... choro intenso? alguma coisa? O choro intenso pode ser uma parte psicológica porque a mãe reflete isso pra criança e a criança desenvolve isso, daquele (inaudível) do pai e da mãe, a mãe grita, grita, né... e a criança passa isso pra os pais numa forma de choro, entendeu? a parte psicológica... e pode ser uma coisa neurológica também, que a criança tá gritando... tá ficando muito agitada, muito irritab... tem uma grande irritabilidade com qualquer coisa, entendeu? Agora, isso pode ser alguma coisa da parte da mãe psicológica, da relação da mãe, entendeu? da parte psicológica, ou pode ser uma coisa neurológica, na parte do desenvolvimento.*

Neste recorte a enfermeira usa, a título de exemplo, a agressividade materna diante do bebê – “essa parte, como eu posso dizer... não agressividade, mas deixar a criança mais de escanteio, de lado, e a criança refletir isso depois no desenvolvimento dela, na parte psicológica” – e a maneira como o bebê/criança irá responder desse lugar dado pela mãe na relação: gritando, batendo a cabeça na parede. Bater a cabeça na parede seria um sintoma, um sinal mais que evidente, de que há algo errado com a criança, e mais uma vez o olhar aparece na teia discursiva sobre a saúde psíquica do bebê:

ACS III:

P: *O que faz você pensar assim: “essa criança não está bem”?*
 E: *Pelo olhar. Pelo olhar da criança.*
 P: *E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?*
 E: *No olhar da criança?*
 P: *Você acha que o olhar tem a ver com os aspectos psíquicos?*
 E: *Sim. Tem criança... mesmo que seja um bebezinho, mas tem criança que é carente... de carinho, de cuidado, de atenção, às vezes aquela mãe que trabalha sempre deixa com outra pessoa... aquela pessoa que cuida, que é aquela babá, ela também tem que olhar com um diferencial para aquele*

bebê... eu sei assim porque eu tenho um bebezinho em casa (risos), eu tenho um netinho, tem um aninho meu bebê (risos).

O aspecto que chama a atenção na fala acima é o reconhecimento de uma postura diante do bebê: “aquela pessoa que cuida, que é aquela babá, ela também tem que olhar com um diferencial para aquele bebê...”, ou seja, há uma resposta do bebê àquele que lhe cuida, que lhe oferece um *lugar privilegiado*, “diferencial”, na relação, o que favorece a boa condição psíquica. Neste caso, a experiência que foi adquirida em casa, em contato com um bebê familiar, legitima a percepção e a condição de análise dos sinais do bebê.

Ainda que o discurso pela via da vivência construa uma representação imaginária acerca do desenvolvimento dos bebês, ele não faz circular o saber em sua potência interventiva como se viesse de uma alteridade instituída como tal: um mestre, aquele que tem a “capacidade”, um “especialista”, “o médico”, “a enfermeira”, pessoas que ocupam lugares supostos para a detenção de um determinado conhecimento. Poucas vezes foram mencionados serviços de psicologia ou psiquiatria referentes aos encaminhamentos.

Uma das psicólogas fala sobre o lugar da atenção ao psiquismo pela via da falta de demanda pelas famílias – seja por desconhecimento ou outros motivos –, mas também sobre a “falha de todos nós... de algo que é... psíquico”.

Psicóloga III:

E: Tem todo o acompanhamento pós-natal, que é pediatra, enfermeiro que faz, se não me engano... mas em relação à questão psicológica, não tem. É como se fosse assim, não é que não tem, que a gente não dá abertura, nunca houve uma identificação de uma demanda que alguém me viesse procurar. Então eu acho que existe uma falha de todos nós nesse sentido, de algo, é, é... psíquico. É claro, existe toda uma atenção da equipe, geralmente quando tem equipe da saúde, dos profissionais que atendem, por exemplo, se a criança está em vulnerabilidade, negligência, coisas do tipo... então acho que isso já oferece saúde à criança, saúde psíquica também. Mas eu nunca fui acionada, por exemplo, por esse tipo de questão, eu não sei qual é o desdobramento, nunca chegou em mim.

Essa “falha” parece estar relacionada à precariedade do reporte dos casos que “não chegam”, que não são encaminhados pelos outros profissionais para o serviço de psicologia por não estar disponível discursivamente esse lugar de acolhimento de queixas para os bebês, algo que está se abrindo aos poucos, a partir também desta dissertação, que fez essas questões circularem com palavras.

Lê-se que há uma preocupação com o estado de vulnerabilidade em que se encontram os bebês, no sentido de estarem socialmente vulneráveis, em ambientes impróprios, a falta de estrutura social, famílias que por vezes são adjetivadas como aquelas que apresentam uma

insuficiência no cuidado, mães “desleixadas”, que não buscam o serviço de saúde a tempo, que precisam ser buscadas, chamadas, interrogadas. Há uma posição de desconhecimento atribuída às mães, que fica marcada também nos discursos dos profissionais com relação a eles mesmos sobre aquilo que se pode tratar em um bebê para além dos encaminhamentos médicos.

P: Você sabe me dizer que serviços são oferecidos à primeira infância aqui na UBS?

E: A primeira infância é o quê? O recém-nascido?

P: Isso, de recém-nascido até os três anos.

E: É, assim... na maioria consultas, né. Todo mês consulta, um mês com o médico, um mês com a enfermeira. A gente busca não deixar atrasar a vacina, tem mães que são meio que... irresponsáveis, a gente cobra, se não vem dar a vacina a gente vai na casa com a enfermeira dar a vacina.

Psicóloga II

P: E dos bebês? O que você pode me dizer? As famílias buscam a UBS pra tratar dos bebês?

E: É que não aparece muito. Eu acredito que a própria comunidade não tenha muito da compreensão da importância da criança, do bebê, da primeira infância, dessa formação da personalidade inicial, né. Eu acredito que os pais acabam não sabendo tanto dessa importância e não procuram, ou até mesmo alguém de fora também não percebe ainda, né.

Constitui-se um lugar “diferencial” para os profissionais nessa dinâmica familiar, as percepções que envolvem o ambiente denotam esse lugar no discurso, que por outro lado alimentam as representações imaginárias sobre o que fazer com o bebê que está diante dessa situação, mas em algum ponto, logo após se darem conta de que ali há algo a ser tratado, esse saber se apresenta como insuficiente por falta de palavras que façam reportar aos outros profissionais “especializados”. Ainda assim há um reporte: encaminhamentos para os médicos, enfermeiros, para a psicóloga inclusive – o que foi relatado em uma das entrevistas –, neurologista, CAPS infantil e outros serviços voltados para o atendimento de crianças.

Um dado que chama a atenção é que, depois de iniciadas as entrevistas para este trabalho, uma das psicólogas foi chamada por uma das enfermeiras da unidade para “dar uma olhadinha” em um bebê.

Psicóloga II:

P: Você me contou que foi chamada pra olhar um bebê... como foi isso?

E: Foi, foi. Então, na verdade foi uma enfermeira que me chamou e falou: “Cê pode dar uma olhadinha no bebê?” e eu falei “posso dar uma observada”, né... só que era bem específico o que ela estava me dizendo, né, ela falou de um comprometimento que ela percebeu que era uma coisa motora, né, um gesto que a criança fazia com as mãos que parecia que não estava

condizente com o esperado naquele momento, né. Quando eu olhei pra a criança a primeira coisa que eu pensei foi: “vamos estimular essa criança”, vamos tentar pensar nessa interação mãe e bebê, o vínculo, né, e eu notei que a mãe estava tendo um pouco de dificuldade de se aproximar dessa criança, né, nesse sentido de saber que era importante essa coisa tátil, não do afeto, mas da parte do toque, né, e aí logo em seguida eu chamei a psicóloga do NASF, porque ela também entende dessa importância inicial, e aí ela também entrou na sala e a gente discutiu essa questão. Depois eu não sei como ficou o caso, parece que ela discutiu em equipe.

Considerando que os discursos dos diferentes profissionais apresentam suas respectivas bases de constituição e legitimação dentro da função que lhes é atribuída, é possível pensar que, para as psicólogas, ainda que seja discreto o número de casos que atendem em um modelo de intervenção “precoce”, há uma malha de significantes que marcam o lugar do psiquismo quando elas estão diante do bebê, e há possibilidade de se fazer algo com isso diretamente, além de, caso seja necessário, elas mesmas encaminharem a criança para serviços especializados externos à UBS.

Não é esperado que o mesmo discurso circule entre enfermeiras, ACSs, médico, auxiliares e psicólogas, e ainda assim nota-se regularidades no saber sobre o psiquismo dos bebês, que pode ser trabalhado levando em conta cada lugar específico dentro da rede de assistência à saúde.

4.2 Lugar institucional / lugar social: Reconhecimento e desconhecimento

Esta parte da análise girará em torno do funcionamento da UBS e como ele é percebido pelos agentes, de modo que são tecidos lugares para cada um que vão se delineando no próprio fazer institucional. Funcionamento tanto do serviço como da rede de serviços formada.

A instituição de saúde, a partir do discurso de seus agentes, traz consigo uma relação bastante contraditória entre o que se oferta à comunidade como serviço e quanto à capacidade de abranger as queixas trazidas pela clientela. Por ser uma Unidade Básica Mista, portanto de atenção primária, deve ficar claro que o objetivo da Unidade não é internação ou procedimentos de alto risco.

Os serviços prestados são por meio de 1) consultas agendadas; 2) acolhimento (em caso de falta do paciente à consulta ou emergência); 3) a equipe de Estratégia de Saúde da Família vai até as casas das famílias cadastradas; 5) a equipe NASF dá suporte e acompanha o matriciamento na Unidade; 4) é feito um encaminhamento para outra unidade caso não seja possível realizar o tratamento na UBS.

Enfermeira II:

P: *Quais os serviços que são oferecidos aqui nessa UBS?*

E: Todos os serviços? A gente tem a pediatria, tem ginecologia, temos psicologia... era isso? (pausa).

P: Uhum.

E: Psicologia, temos, é, tanto psiquiatra como psicologia, é... nutrição, assistente social, o fisioterapeuta... o fisioterapeuta é do NASF, a nutri também é do NASF, a gente também tem a outra equipe, né. Tem o... o... psicólogo da unidade e tem o psicólogo do NASF. O NASF não fica aqui todos os dias, ele gira, tem dia que tá aqui e tem dia que tá na outra unidade.

O funcionamento como uma Unidade Mista não é explicitado por todos os agentes institucionais entrevistados, mas a maior parte mencionou que funcionam ali, juntos, Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Unidade Básica. Foi também referida a importância de um “andar junto” dos serviços, que acontecem no mesmo espaço físico, e respondem à mesma comunidade.

Pediatra I:

P: Quais serviços são oferecidos aqui na UBS?

E: Serviços de rotina, né... consulta, né... laboratório e de outros exames é só o eletrocardiograma. Outros procedimentos têm que ser encaminhados pra outros serviços.

P: E como funciona essa unidade? Me dê algum exemplo, como chegam os pacientes...

E: Os pacientes... nessa unidade, como é uma unidade mista, além da consulta com especialistas cê tem também a Saúde da Família, então muitos desses pacientes eles são orientados ou pela enfermeira do posto, onde eles fazem visitas em domicílio e depois eles são encaminhados para o especialista. Aqui só tem pediatria, ginecologia, clínica e geriatria, são as quatro especialidades do posto.

Enfermeira I:

P: Quais os serviços oferecidos aqui na UBS?

E: Aqui são oferecidos desde vacina, curativos, é... medicação, atendimento médico, pediatria, geriatria, psiquiatria, a parte de inalação, urgência e emergência, a gente tem acolhimento e visita domiciliar, oxigenoterapia, acamado e restrito, que a gente fala AD1, e a Estratégia de Saúde da Família, que é o diferente de uma unidade básica simples.

No quadro de funcionários e de especialidades da Unidade Básica existem duas psicólogas, exceto a do NASF, que atendem na unidade três vezes por semana, contudo, o serviço de psicologia foi mencionado em apenas quatro das nove entrevistas analisadas nesse caso (já que as outras 3 são com as psicólogas). Cinco dos doze entrevistados não apontaram o serviço de psicologia em nenhum momento. Quando questionados sobre os serviços oferecidos na Unidade, a maioria mencionou os serviços de pediatria, geriatria, ginecologia, enfermagem e procedimentos que podem ser realizados – como o eletrocardiograma.

Ao mesmo tempo, e revelando o caráter opaco do discurso, quando foi colocada a pergunta sobre os serviços oferecidos à primeira infância (e não os serviços gerais da UBS), alguns profissionais citaram a psicologia – sendo que não a haviam mencionado anteriormente. Isto chama a atenção também pelo fato de as entrevistas estarem sendo realizadas por uma psicóloga, sendo já de conhecimento dos profissionais que a equipe de pesquisa trabalha com bebês, inclusive se dando por este motivo a sua frequência nessa Unidade de Saúde.

Essa supressão do serviço de psicologia do discurso coloca uma questão tanto sobre o lugar da pesquisadora ali,¹¹ como do lugar ocupado por aquilo que não é físico. Nesse sentido, a hipótese condiz diretamente com o que foi analisado em estudo similar¹² a respeito dos aspectos psíquicos (Tanaka & Ribeiro, 2009): aquilo que é psíquico não é “exato”, nem “concreto”; há um distanciamento dos profissionais diante daquilo que se relaciona ao psíquico por conta da grande abrangência do discurso médico. Isso quer dizer que há uma desvalorização do saber sobre o que é psíquico em benefício do que é de ordem orgânica e observável por meio de exames físicos.

Com relação aos serviços voltados à primeira infância, as entrevistas apontam uma dissonância: três entrevistadas mencionaram a existência de um grupo de massagem – Shantala – para mães e bebês, que não fica claro se já existiu ou se ainda existe, mas aparece como algo “importante” e “interessante de se fazer”, inclusive com recomendação de que a pesquisadora também participasse da “capacitação”. Apesar de terem apontado para uma importância desse serviço, a pesquisadora não foi adiante para aprofundar que importância seria essa, causando uma quebra nesse discurso. É notável também que um dos motivos pelo qual o grupo de Shantala não existe mais é a falta de procura por ele por parte do público (clientela).

Psicóloga I

E: Até tava comentando pra retomar uma capacitação que a gente, que as meninas tiveram de Shantala, que eu acho que é interessante fazer também... acho que essa capacitação se você conseguir fazer também vai ser bem interessante.

ACS III

E: Tem... as consultas, né, que é de rotina, pediatria, tem da UBS e tem da equipe PSF, tem o grupo Shantala também, de massagem, toda as sextas-feiras com as mães e os bebês... eu acho isso importante, ajuda.

¹¹ Ser psicóloga tem um impacto por ser suposta portadora de um discurso que abrangeria “toda” a temática perguntada.

¹² Tanaka, O. Y.; Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-486. São Paulo.

Psicóloga II

O que eu sei que já teve aqui é um grupo de Shantala, que eu acho que eu já tinha comentado com você, com a terapeuta ocupacional, é, não sei em que ano que foi, acho que foi que faz uns dois anos mais ou menos, né, que ela abriu o grupo, ela fez o curso, mas parece que não teve público, não houve tanta procura.

Também foram referidos os serviços de assistência social. Houve grande regularidade quando indagados sobre os serviços à primeiríssima infância: serviços de rotina, visitas domiciliares da equipe PSF durante os primeiros sete dias do bebê e acompanhamento mensal durante um ano, tanto na unidade como pelo PSF. O contato com o bebê é muito próximo, como afirmam enfermeiras, auxiliar de enfermagem e ACSs:

ACS II:

E: É, assim... na maioria, consultas, né. Todo mês consulta, um mês com o médico, um mês com a enfermeira. A gente busca não deixar atrasar a vacina, tem mães que são meio que... irresponsáveis, a gente cobra, se não vem dar a vacina a gente vai na casa com a enfermeira dar a vacina.

ACS III:

P: O que o PSF oferece pros bebês?

E: Vacinas, tem palestras, que nem agora no dia das crianças em outubro, houve também um evento aqui no terreno, né... na invasão, o pessoal da unidade tanto da UBS quanto do PSF foi até o local... fazer o acolhimento, ver a necessidade de cada um. Um bom acolhimento que a gente quer oferecer.

ACS III:

E: E é bom que a gente faz até o acompanhamento da gestante, que a gente acaba conhecendo e depois quando nasce a gente faz a primeira visita, então você conhece a criança desde o primeiro dia, a gente, normalmente, antes dos sete dias, a gente tá fazendo visita na casa.

Enfermeira I:

P: Quais são os serviços oferecidos aqui para a primeira infância?

E: Vamos lá... primeira infância, a gente faz a primeira, PSF, tá, porque a unidade básica não faz isso, e a gente faz as visitas domiciliares, em torno de sete dias, né, que é o nosso protocolo, desde que nasce. Nasceu, em torno de sete dias a gente vai fazer visita pra essa mãe, pra puérpera e pro recém-nascido, então já começa aí.

Nessas visitas são realizados procedimentos de rotina: ajuda na amamentação, observação do ambiente em que a criança está, avaliação física, e em meio a isso a atenção ao estado de desenvolvimento do bebê. A estratégia do SUS “Mãe Paulistana”¹³ foi mencionada por uma das entrevistadas. Esse é o programa que oferece a assistência desde o pré-natal até os dois anos de vida dos bebês que nascem em hospitais municipais da cidade de São Paulo. É uma estratégia importante para o acompanhamento das díades mãe/bebê, e um momento bastante oportuno de observação da criança em formação. Ainda assim, “preencher a ficha” e “avaliar a carteirinha de vacina” denotam uma rotinidade no processo.

Enfermeira II

P: *É mesmo? E o que é feito nessas visitas?*

E: *Então, como que é feito... a partir das agentes comunitárias, elas comunicam a gente que determinada pessoa ganhou, né... e a gente também tem a data provável do parto também, que a gente tem uma planilha, então a partir disso a gente consegue direcionar, né, quem tá previsto pra ganhar próximo... então é... mas o primeiro momento é: a agente comunitária nos avisa, a gente faz a visita, então a gente faz uma avaliação “céfalo-caudal” nessa criança nesse momento, né. A gente tem uma ficha que a gente tem que preencher que é o Mãe Paulistana, que é atrás, né, a parte da puérpera, peso...*

P: *É uma ficha da secretaria da saúde?*

E: *Isso, é a continuidade do “mãe paulistana”...*

P: *Mãe paulistana é um programa?*

E: *É um programa da capital. Então a gente preenche a continuidade dessa gestante, então atrás, no verso, tem essa parte da puérpera, em relação ao peso, como que foi o parto, então a gente pega esses dados pra gente preencher, né... e a gente avalia também a carteirinha de vacina. Por quê? Porque na carteirinha de vacina às vezes indica o que foi feito com a criança e com a mãe, é onde dá continuidade... por exemplo... aí uma criança teve uma alteração, entendeu? Então lá a gente consegue observar, uma alteração freno-lingual, que é a parte da língua, auditiva, então a gente consegue orientar a mãe pra que ela retorne, porque às vezes a mãe esquece, então a nossa função é essa: primeiro avaliar a criança, né, como um todo, olhar a carteirinha, né, para preenchimento e continuidade do mãe paulistana, né, e verificar se tem mais algumas informações que a gente pode dar pra mãe referente a alguma alteração durante o parto dela, né, e o nascimento da criança. E, além disso, a gente faz com que essa mãe mostre pra gente de que forma ela amamenta, ou de que forma que a alimentação dessa criança, às vezes tem mãe que fala “ah, eu não consigo amamentar”, então a gente vai lá, tenta trabalhar com ela sobre amamentação, explicar os benefícios.*

Percebe-se nas falas que o movimento das Agentes Comunitárias, e do PSF no geral, é uma posição bastante ativa: eles vão buscar, eles vão até o paciente, de modo que respondem aí a um

¹³Rede de apoio à Mãe Paulistana:

“protocolo”, sendo esse protocolo supostamente capaz de engendrar os profissionais naquilo que fazem, e esse é o modo esperado de atendimento da equipe PSF.¹⁴

É muito interessante pensar que essas agentes comunitárias são mulheres que vivem no bairro onde trabalham, portanto elas têm um contato direto e bastante pessoal com os pacientes da Unidade, o que traz ao discurso destas agentes uma recorrência dos verbos no presente, uma ação que é tomada diante dos pacientes: “a gente busca”, “a gente vai na casa”, “oriento a mãe”, “faço a mãe amamentar na minha frente”. Os verbos no presente remetem à atividade e à atualidade daquilo que é feito, representando uma proatividade por parte do profissional de saúde em cumprir sua função.

A recorrência desse tempo verbal circunscreve um lugar de poder que elas reconhecem ter diante da comunidade: é possível orientar, buscar, fazer, trazer ou, como dito, “virar referência”. O termo “referência” é utilizado pelas próprias portarias do Ministério da Saúde, o que denota um apelo burocrático, uma função reconhecida como tal dentro de uma instituição.

Seguindo por essa via, destaco a função de reconhecimento que o cumprimento da função toma, discorro aqui sobre o “vínculo” que se estabelece entre agentes e pacientes, e que se mostra útil na abertura de um canal de comunicação entre os cuidados com a saúde e o que é mais singular e particular de cada caso.

Vale notar que a referência ao vínculo das mães com as Agentes Comunitárias de Saúde aparece explicitado na fala das enfermeiras da equipe de Estratégia e Saúde da Família e não propriamente na fala das ACSs. O “vínculo” aparece como um articulador das relações que engendram agentes e comunidade e como o que confere às Agentes Comunitárias um lugar de reconhecimento diante da comunidade, abrindo um espaço para a fala de questões “mais difíceis”, que “chegam mais no PSF que no posto”, por conta dessa ligação especial, o vínculo, que, a propósito, é uma palavra central para compreendermos o discurso dos profissionais sobre os aspectos psíquicos dos bebês.

Enfermeira I:

P: E o que buscam essas mães (quando buscam ativamente a Unidade)?

E: Uma solução, então elas acabam vindo pra cá, porque foi aqui que fizeram o pré-natal, né... então você se torna uma referência pra ela. Mesmo que tenha vindo de um atendimento de pronto-socorro, elas voltam pro médico pra gente dar ciência de que ela pode tomar medicação sim ou não. Elas vêm confirmar, devido ao vínculo, delas gostarem do atendimento, né... então elas voltam com “n” queixas, com essas queixas e algumas orientações... “ah, eu fui no pronto socorro, tudo, e ele me prescreveu, é pra tomar mesmo?!”, devido ao vínculo.

¹⁴ De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, dentre as atribuições dos agentes de saúde: “VII. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local”.

P: *Então tem uma busca ativa por parte das famílias para tratar de questões dos bebês?*

E: *Sim, elas vêm sim, devido como te falei anteriormente, devido ao vínculo, né... você passou uma confiança que qualquer probleminha elas voltam.*

Enfermeira II:

P: *Tem uma busca ativa das famílias para tratarem dos bebês? Elas virem até vocês pra falar especificamente dos bebês?*

E: *Sim, tem. Acho que mais do PSF que do posto, porque a gente tem esse vínculo mesmo, né... com eles, então você até encontra, aliás foi ontem mesmo, a menina me parou porque a visita não foi necessariamente na casa dela, e aí ela me parou na rua e falando do refluxo até: “ai, minha bebezinha tá babando muito”, e ela já tinha passado com o médico no mês, nesse mês ainda. “Olha”, me encontrou no meio da rua, “minha bebezinha tá babando demais”, “ah, e você passou com o médico?”, “ah, passei, mas ela num tava no momento, agora tá”. Então ela vem, eu acho que por conta mais do contato, né, é muito mais próximo que do próprio posto, né... ela acaba conhecendo você por nome, chamando você pelo nome, porque fora a gente tem a ACS que passa lá, as auxiliares de enfermagem... então eles buscam a gente. As ACS têm um vínculo maior com elas, e acabam contando muitas coisas que talvez se a gente não tivesse esse vínculo maior elas não contariam, né... por isso do posto não chega tanto quanto no PSF. Questões mais difíceis de se falar chegam mais no PSF.*

Quando perguntados sobre os serviços, todos os participantes que são da Estratégia colocam a agilidade também em plano: “já marca, já”, “coloca no pico do atendimento”, “a gente vai na casa”, e como função é possível também ver “levar saúde pras famílias”.

ACS II:

P: *Caso alguma família não consiga ser tratada aqui?*

E: *Mas a família só não é tratada aqui se não quiser mesmo. A gente vai atrás, a gente leva o médico, leva o enfermeiro, então só se não quiser mesmo. O médico vai na casa.*

Enfermeira I:

P: *Caso [o serviço] não compreenda, o que é feito?*

E: *Assim, eu vou falar do PSF né, que é a minha área do que eu faço... Pode acontecer de uma mãe, de ela não ser atendida, então, porque ela não foi cadastrada, porque a gente não encontrou ela em casa, por esse motivo... e aí ela vem com essa demanda, mas a gente, imediatamente, a gente já coloca ela no pico de atendimento já.*

Em um plano geral é possível dizer que todos os agentes consideram que a Unidade é capaz de compreender, com seus serviços, a demanda das famílias, sendo o encaminhamento o recurso

utilizado em caso negativo. Um contraponto interessante a esse respeito é o fato de muitos apontarem a unidade como “oferecendo tudo”, “o médico vai na casa”, enquanto o médico sustentou que o serviço é “o mais basal possível”. Essa posição diferente no discurso refere-se diretamente ao lugar institucional atribuído e assumido pelo entrevistado, tendo em vista que, dentro do sistema de saúde, o médico exerce sua função tomada a partir do seu saber complexo, da especificidade da doença, e de seu referencial do que é saúde. Os campos disciplinares reivindicam para seu objeto a hegemonia da definição de saúde, e o que os discursos apontaram é que os diferentes lugares institucionais alcançam também diferentes objetos.

Pediatra:

E: A unidade básica é o atendimento primário que existe. Aqui você não tem sofisticação... é a porta de entrada pro serviço de saúde, é o mais basal possível!... os encaminhamentos acontecem com frequência.

O médico deixa claro a compreensão da unidade como a porta de entrada para os serviços de saúde, o que é de grande importância, mesmo não compreendendo todos os tipos de queixas. Com “basal”, ele se refere ao básico, trivial, serviços que, muitas vezes, são tomados pelas ACS e enfermeiras como suficientes para a população que os recebe.

Vemos, ainda, que ali onde o saber das agentes não encontra ancoragem prática ou teórica, há uma busca pela referência daquele que saberia o que fazer com aquele caso: “aí já passa pra enfermeira”, “passa pra médica”, “encaminha”. Esse mecanismo de compensação é bastante perceptível no contexto institucional que sustenta o lugar de cada agente dentro do seu saber/não saber, e é essencial para a manutenção das relações de trabalho, criando uma circulação e abrindo para discussões dos casos e seus encaminhamentos práticos.

Quero dizer que a segurança necessária para que um encaminhamento seja realizado leva em conta tanto o não-saber do profissional que encaminha como o saber depositado do lado de quem recebe o paciente; motivo pelo qual existem equipes multiprofissionais, já que cada agente institucional dispõe de uma gama de saberes que se diferenciam e acabam fragmentando o conhecimento.

Muito embora seja possível identificar falhas na rede de assistência apontadas nas entrevistas, também é possível notar o enlaçamento entre os profissionais que faz com que julguem como suficientemente bom para a comunidade o serviço oferecido.

4.3 A relação de clientela: representações imaginárias e poder

Durante as entrevistas e suas análises, a posição que os pacientes ocupam no discurso dos agentes institucionais é um aspecto crucial. Primeiro por denotar o modo como os agentes exercem seu poder diante daquele que procura o serviço; segundo, pela outra mão do discurso, o poder e os efeitos dos discursos de clientela/profissionais.

Os pacientes apareceram adjetivados correntemente com os termos “desleixados”, “irresponsáveis”, “ela não sabe”, “não sabem dos métodos”, “as mães esquecem”. Em contrapartida, a maioria dos agentes diz que há uma busca das famílias pelo serviço, “mães que você nem precisa falar, elas vão e marcam”.

Há um lugar que cabe aos profissionais, especialmente enfermeiras e equipe PSF, que é o de informar essas pessoas que utilizam o serviço, informar, monitorar, buscar, como se essas famílias não tivessem autonomia suficiente para buscar elas mesmas a saúde ou mesmo escolher não buscar. A grande maioria dos pacientes da Unidade, de acordo com os agentes, é composta por idosos e mulheres jovens e adultas, além de muitas gestantes (adolescentes ou não).

A percepção dos agentes com relação às queixas que as mães levam para serem ouvidas na Unidade também circunscrevem um lugar para essas mães de “insuficiência”. “Meu leite é fraco”, “não consigo amamentar”, “meu leite é pouco, não é o suficiente”, corroborando esse lugar pouco ativo e autônomo em que aparecem essas mulheres da comunidade.

Enfermeira II:

P: *Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são mais trazidas pelas famílias?*

E: *É... bom, como eu atendo um pouquinho maior de bebezinho, vem pra mim, é... vem queixas assim de... doenças respiratórias, é... assaduras, às vezes problemas de amamentação, de refluxo que eles falam bastante, “ah, eu não consigo amamentar”, até os seis meses, isso tem bastante queixa. “Ai, o neném chora demais”, “chora muito”, “o meu leite é pouco” e... “não é o suficiente”, né, que eles falam que o leite é fraco, então já introduz, antes dos seis meses, já vão introduzindo outro leite a não ser o materno, né, tem bastante disso nas queixas, bastante refluxo, eles acham que tudo é refluxo, então o bebê teve uma vez lá, ou sei o que lá de diferente, “ah, é refluxo”, sabe, eles vêm com bastante queixa assim.*

Com relação aos jogos de poder estabelecidos no fazer institucional, alguns trechos esclarecem:

Enfermeira I:

P: *E alguém faz esse trabalho de ajudar no aleitamento propriamente dito?*

E: *A gente mesmo, a enfermeira e a técnica, e o NASF também ajuda a gente, eu faço às vezes algumas visitas, né, compartilhada com a fono,*

então a fono conversa um pouquinho com ele sobre aleitamento materno, explica quais são os benefícios do aleitamento materno e a gente faz com que a mãe ofereça o leite na nossa frente, né... pra saber o que está fazendo de errado, pra gente acompanhar.

Cabe à equipe dar informações sobre o parto para a parturiente, bem como fazer “com que a mãe ofereça o leite na nossa frente”, para saberem o que está sendo feito de “errado”, e então dar a orientação correta. Na teia imaginária que se forma a partir do contato com a clientela, as representações acerca daqueles que necessitam do serviço ficam em geral na ordem daquele que é “desorientado”, se seguirmos o frequente uso do termo “orientação”, ou seja, aquele que não detém um saber, ou mesmo um querer saber, sobre sua saúde, precisando ser resgatado, ser buscado. A desorientação das mães pode mesmo ser um efeito do discurso dos profissionais de saúde, sempre dispostos a dar orientação, buscar e questionar.

Nestes outros trechos as profissionais não completam as frases, elas se encerram em um dito/não-dito que se faz compreender pelo final das frases:

ACS II:

P: *Qual a sua função nessa unidade?*

E: *É levar saúde pras famílias, né... é... buscar melhorias, né... buscar melhorias. nas casas, melhorias na saúde e na educação também, né... porque às vezes a gente pega pais assim... e crianças, bem... que não... não se unem, sabe. às vezes a gente conversa e chega numa resolução.*

Auxiliar de enfermagem:

P: *E você acha que é significativa a quantidade de bebês que vêm pra essa UBS?*

E: *Olha, pela quantidade de gente ao redor dessa UBS, até tem pouco... por conta das mães, né, que não traz. Que a gente sabe que tem muito mais criança, bebê, que às vezes as mães costumam ser mesmo... num traz.*

A função, neste caso, é buscar melhorias não só relacionadas ao atendimento de saúde, mas até mesmo de conflitos familiares. “Pais assim...”, “crianças bem...” e, por fim, “que não se unem”. Nem o pai nem a criança foram adjetivados diretamente, mas o complemento marca uma posição desunida, arbitrária entre eles, lugar no qual a interferência da agente entraria para trazer de volta a união. É um signo de poder conferido, legitimado ou não nas relações, apesar de a expectativa é conseguir que ele se legitime.

5. Discussão

Este capítulo pretende articular as características dos discursos sobre o psiquismo analisadas anteriormente às teorias que sustentam a importância de um lugar de atenção aos aspectos psíquicos na primeira infância, com o objetivo de pensar e problematizar o lugar no discurso e seus efeitos na prática da instituição concreta.

O discurso dos profissionais da instituição está banhado por outros discursos que se aproximam e se afastam entre si. Inclusive diferentes discursos sobre a saúde dos bebês; é o que se pode chamar de heterogeneidade discursiva. Dentro dessa perspectiva, o desafio é caracterizar o psiquismo nesse emaranhado discursivo. O que pode ser lido como regularidade, ou o que são marcas de diferença, nos levam a reconhecer lugares em determinados discursos.

Os discursos não são assépticos, ou seja, não é apenas o lugar do “cuidado”, da “higiene” ou da “nutrição” que leva atenção ao bebê. Em meio a eles existem discursos mais biologizantes, como o de enfermeiras ou mesmo do médico, que apontam em grande parte para o estado físico e motor do bebê, bem como um discurso altamente protocolar no que se refere ao preenchimento de fichas, carteirinhas de vacina e programas realizados pelas equipes nas casas.

Há, também, e isso como regularidade, uma concepção de família envolvida, do lugar do cuidador principal – a mãe – como aquela de quem depende todo o cuidado com o bebê, uma certa moralidade que tem por efeito muitas vezes o exercício do poder, um “ensinar” às mães como fazer, e ainda um outro efeito importante que advém de todos os discursos que atravessam o fazer institucional, o de levar a saúde às pessoas.

O lugar que se articula no fazer institucional, seja pela equipe PSF, enfermeiras, auxiliar de enfermagem ou pelas psicólogas, é o do olhar para o cuidado, a higiene, a atenção para as trocas de olhar da criança, seu vínculo com a mãe, as respostas que se podem perceber do bebê diante de quem o cuida. Ainda que existam essas percepções, é possível dizer que é prematuro o conhecimento prático e teórico no que diz respeito aos aspectos psíquicos dos bebês por parte tanto do médico como por parte dos enfermeiros e ACSs. Prematuro por se mostrar defasado em suas consequências – falta de encaminhamentos adequados e possíveis –, visto que não existe malha de significantes que o legitimem em meio a outros discursos.

De que se trata um bebê? Trata-se de facilitar sua inscrição em um *lugar*, o que não é qualquer coisa. Um lugar a partir do qual esse “puro organismo” possa ser tomado e investido libidinalmente como um sujeito, e que, em consequência disso, possa haver a ascensão a uma posição de onde ele, mais adiante, dialetizará a experiência humana, na qual as palavras vão além de signos e um conjunto vazio de letras: fala-se de um lugar simbólico, o sujeito do inconsciente.

Isso significa dizer que a relevância do lugar instituído se apresentaria por meio dos agentes institucionais como um saber sobre o qual se é capaz de localizar e minimamente apostar em sua

eficácia, levantando questões sobre esses bebês que são observados e fazendo circular uma rede de cuidados capaz de sustentar a constituição psíquica.

Para que um bebê viva, não basta que ele tenha vindo ao mundo. Não o bebê humano, que entre todas as espécies animais é o único que necessita inteiramente da relação com o outro para que tenha supridas suas necessidades e, ao mesmo tempo, precisa deste outro para que possa de fato se constituir enquanto um sujeito, um sujeito do inconsciente, referido ao seu desejo e imerso na cultura, na linguagem. A este respeito, nos diz Lacan (1964, p. 225): “[...] a linguagem com sua estrutura preexiste à entrada que nela faz cada sujeito a um dado momento de seu desenvolvimento mental”.

É preciso nascer e ascender a uma posição diante do mundo. Trata-se de um pensamento que preconiza o devir de um sujeito, e, para tanto, é preciso que nos detenhamos em momentos cardeais da vida deste pequeno *infans* desde o momento em que foi concebido até aquele momento em que sua existência passa a fazer parte de um discurso, um discurso que faça laço entre este bebê e o mundo humano. Por isso, a teoria psicanalítica é um caminho para a compreensão dos momentos constitutivos na vida psíquica dos seres humanos.

Esta é a possibilidade de serem lidos os sintomas e as outras formações do inconsciente, o que no bebê pode advir como um efeito de sujeito. O que nos interessa é o modo como este sujeito estabelece suas relações com o outro.

Há, então, uma hipótese de que se o lugar do bebê, ou mesmo da criança pequena, não está delineado, ou seja, se não há espaço para aquele novo ser em meio a seus cuidadores, então o serviço de saúde pode funcionar como um outro lugar, capaz de sustentar sua existência, tendo chegado a isso por meio de seus sintomas.

Uma pergunta importante é: o que poderia ser considerado um serviço eficiente em saúde mental para bebês, ou “a tempo”?

É possível fazer circular um saber sobre o psiquismo mesmo que não esteja atrelado diretamente à prática psicanalítica; ainda assim, essa prática pode trazer bastante material para serem pensadas estratégias em saúde pública para este segmento da população. Os pais e os profissionais percebem que há uma lacuna nesse lugar da atenção, e, como nos coloca Coriat (1997, p. 89), “[...] os pais de um bebê solicitam intervenção de um profissional em função do que não sabem acerca do seu filho e lhes causa preocupação”.

O trabalho com um bebê que sofre, seja por sua prematuridade, sua dificuldade de se manter sentado quando isso já era esperado, sua recusa ao leite materno, choros intermináveis e muitos outros sintomas, está articulado fundamentalmente ao estabelecimento das inscrições primordiais e a possibilidade dos pais em encenar o seu filho, apostando em seu futuro como sujeito, dando a ele um lugar de desejo, um lugar vazio.

Portanto, o paciente é o bebê, e isso não pode ser perdido de vista. Apesar de não falar, um bebê está desde sempre colocado no mundo de linguagem, a qual o afeta em seu corpo.

Como nos ressalta Coriat (1997), na clínica com bebês é preciso que vislumbremos o seguinte:

O destino do bebê, enquanto sujeito, está sendo escrito nas marcas fundantes que vão se imprimindo em seu corpo no real, os atos dos adultos em relação a ele, atos cujo conteúdo e qualidade irão apresentar diferenças em função daquilo que significar para o adulto a imagem que vê nesse objeto-bebê que tem diante de si. (Coriat, 1997, p. 93).

Sobre essa representação que os pais têm de seus filhos, vale dizer que um possível diagnóstico dado à criança passa a mediar a sua relação com os pais, na medida em que o significativo do diagnóstico é lido pelo viés da própria fantasia de cada um deles. Dessa maneira, vemos como é impossível tratar um bebê sem escutarmos o saber inconsciente da mãe ou dos pais.

De todo modo, não é esperado que ACS ou enfermeiras tenham um discurso pautado pela psicanálise ou pela psicologia, do mesmo modo um médico ou uma auxiliar de enfermagem, então, como possibilitar a inscrição do psiquismo nos discursos? Para isso é necessário um trabalho dentro do que foi apontado nas entrevistas de algo como “formação”, “capacitação”, um lugar do qual aquele profissional se sinta “capaz”, ou autorizado, diante dos outros profissionais e da clientela, a realizar determinado manejo ou intervenção, mesmo que sejam apenas apontamentos ou orientações corriqueiras às famílias.

As ACS não utilizam um repertório médico propriamente, falam mais a partir de suas experiências de vida e do contato com a comunidade, aprendizados mais cotidianos e menos técnicos. É notável também que as ACS estão pouco integradas ao serviço da UBS, respondendo muitas vezes sobre os serviços prestados pelo PSF mesmo quando questionadas a respeito da Unidade.

O serviço de psiquiatria da UBS foi citado poucas vezes, e o de psicologia também, apesar de os profissionais referirem importantes nuances do comportamento infantil como capazes de denotar sofrimento psíquico, como o olhar do bebê, seu estado de ânimo e a frequência de seu choro. Além disso, os profissionais citaram os serviços de psicologia e psiquiatria para encaminhamentos ou mesmo discussões de casos que poderiam ser atendidos e melhor avaliados na UBS, ainda assim, a demanda por esses atendimentos se adjetiva como “rara” ou inexistente. O mais corriqueiro é o encaminhamento para os pediatras ou serviço de enfermagem.

Contudo, duas profissionais de saúde – uma enfermeira e uma ACS – relataram falar com o bebê utilizando-se do manhês; por experiência, elas sabem que falando desse modo despertará a atenção da criança. O ponto é justamente a falta de legitimação desse saber, que diante da falta técnica, do conhecimento passado por aquele que sabe, não toma consistência, não é investido de palavras, significantes e significados, ficando assim, digamos, “nada concreto”, ou ainda tido como “leigo”.

No quis diz respeito à voz, é sabido por meio de uma grande quantidade de pesquisas que o bebê escuta e reage à voz da mãe e de quem mais lhe falar ainda quando está dentro do útero.

O estudo de M-C Busnel (2002) vai ainda mais longe: os batimentos cardíacos do bebê se alteram ainda mais quando a mãe fala diretamente com o filho.

Não por acaso, como aponta Catão (2002), um bebê pode reconhecer a voz da mãe em meio a uma grande quantidade de vozes femininas. Fala-se com ele, fala-se *dele*, de modo que a partir disso é possível trocar, além de palavras, afeto, *falicizá-lo*, tomá-lo como corpo que responde, antecipar a sua resposta. Essas são maneiras de engendrar o corpo e psiquismo do bebê à imagem que há de vir como de seu corpo, haja vista que é preciso existir um corpo para poder haver sujeito.

Imerso desde sempre no mundo dos significantes e da cultura, a criança está constituindo o seu psiquismo e introjetando tudo aquilo que a ela parece inerente a si mesma, mas que vem do exterior: o tato, o olhar e a voz são essenciais para dar sustentação ao corpo prematuro do bebê.

Em uma analogia com a própria constituição psíquica, a teia discursiva demonstra que o saber sobre o bebê se dá também por interações não verbais – como falar disso que não se fala e apenas se faz? O lugar do psiquismo aparece mais do lado da percepção do que propriamente no nível da palavra, ele é mais sensorial do que simbolizado, legitimado.

Assim, na primeira infância, as relações afetivas são moduladas pela sensorialidade da experiência, sensorialidade aqui compreendida como uma vivência no corpo, desde que este corpo seja definido como um corpo relacional, marcado pelo outro. Ou seja, os cuidados maternos permitem que as experiências sensoriais façam sentido. Zornig (2008) apoia-se na noção de "afetos de vitalidade", utilizada por Stern (1992), para enfatizar que o bebê sente antes de compreender intelectualmente. A autora destaca que o bebê inicia seu percurso subjetivo através de modalidades afetivas marcadas por uma dimensão de intensidade e não só por seu conteúdo formal, que se diferenciam dos afetos categóricos (alegria, raiva, medo, tristeza). (Pierotti, Levy & Zornig, 2010, p. 5).

A esse respeito, o resultado condiz com estudos de mesmo escopo, saúde pública, como o já citado estudo realizado por Tanaka e Ribeiro (2008). Os autores apontam, como ação para melhoria nessas deficiências, as seguintes vias:

Implantação efetiva de oferta concreta de serviços de apoio em saúde mental e sua articulação em rede. Fica claro na fala dos médicos que a falta de rede de suporte é componente importante, pois quando o profissional identifica questões de saúde mental muitas vezes não sabe o que fazer e para onde encaminhar;
Capacitação dos profissionais da rede básica de saúde. O referido estudo mostrou que as atividades de educação permanente devem enfatizar, para além de questões conceituais, formas práticas de intervenção, pois os pediatras já têm, em grande parte, conceitos ampliados de saúde que envolvem aspectos psíquicos e sociais. A dificuldade principal é transformar em prática esta conceituação, tendo em vista a sua formação essencialmente biomédica. (Tanaka & Ribeiro, 2008, p. 484).

Fazer circular o discurso possibilitaria, então, que os agentes tivessem mais propriedade naquilo que percebem, uma posição de poder pelo saber, que viria a ser legitimado pela instituição e pelos próprios agentes institucionais.

O que é possível dizer é que o saber sobre o psiquismo aparece para os entrevistados como algo inédito, apesar de não ser, e que haveria ainda uma maneira "concreta", não-leiga, que poderia,

pelo par de opostos continuidade/descontinuidade, enredar essa teia que parece constituída sem os seus fios de sustentação.

Para a pergunta “que lugar?”, temos o lugar do cuidado, do vínculo, do olhar e da interação. É esse mesmo o lugar que se espera na atenção ao psiquismo dos bebês, contanto que ele seja reconhecido por aqueles que o colocam em prática. Isso não quer dizer que o conhecimento que se tem não funciona, mas que há limites mais ou menos estabelecidos para que, a partir deles, os próprios profissionais tenham ferramentas discursivas e técnicas para agir, encaminhar, registrar ou reportar esses casos antes que cheguem à UBS em um estágio mais tardio do desenvolvimento, o trabalho seria em prevenção.

Esse lugar que se expressa nos enunciados se articula, no caso de profissionais de saúde, a outras representações envolvidas no processo de promover a saúde, como por exemplo a relação que os entrevistados têm diante da clientela que atendem na região, contudo há um reconhecimento de elementos altamente importantes à constituição psíquica.

Há um uso de ensinamentos da psicologia e há também o importante saber adquirido da experiência, contudo, esses saberes não são os únicos esperados dentro de um serviço de saúde. É preciso mais. É preciso capacitação e formação dos profissionais para que estejam advertidos de que a constituição integral do humano depende em grande parte de sua vida psíquica, e, especialmente, que é possível prevenir, por meio de medidas práticas simples e um olhar atento, diversas perturbações no desenvolvimento mental.

Cabe dizer que desde 2007 o Ministério da Saúde vem desenvolvendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem por objetivo justamente levar aos profissionais de saúde uma formação continuada:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20).

Ainda que a proposta da educação permanente dependa dos municípios e de uma série de comissões e acompanhamentos, a diretriz denota uma preocupação com a integralidade da atenção e aponta para a possibilidade de serem aprendidos e formalizados novos saberes que, instituídos e legitimados, podem repercutir numa maior autorização dos profissionais em empregá-los, por eles mesmos e com outros, de outras áreas, com outros discursos.

Sobre a proposta de integralidade que prospectam as estratégias de saúde pública, Couto, Duarte e Delgado salientam:

Há muitos obstáculos a esta integração, como o estigma, a falta de qualificação profissional, dentre outros. Só uma direção publicamente afirmada, que se constitua como eixo organizador da intersectorialidade, pode produzir diferenças nessa realidade. A intersectorialidade, portanto, não se reduz à simples presença de serviços, mas efetiva-se quando uma linha de ação comum pode ser pactuada, partilhada e verificada entre diferentes programas. Fundamento principal da saúde mental infantil e juvenil, e imagem objetivo do futuro da saúde mental geral, a intersectorialidade é tributária do esforço para encontrar uma direção comum, no vasto mundo das diferenças setoriais, sob a perspectiva das necessidades da saúde mental. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 384)

Todos os esforços devem ser no sentido de prevenir doenças e promover a saúde, e mesmo que se esteja distante de um modelo ideal, é necessário reconhecer que existem saberes que estão colocados na prática das instituições sem o devido reconhecimento, e que podem e devem ser integrados, passando de um terreno (aparentemente) desconhecido para um valorizado, o que traz efeitos tanto entre os profissionais e a rede de assistência, como para a clientela atendida.

6. Considerações Finais

Como conclusão ressalto a dificuldade dos profissionais em reconhecer suas percepções acerca do psiquismo infantil como um saber passível de ser utilizado em maior escala, integrando outros setores da UBS, inclusive outros serviços de saúde pública, para a atenção à saúde mental do bebê.

A ESF, que propõe uma proximidade com a comunidade e o engendramento do acesso à saúde, se mostrou eficaz como referência à saúde, pelo discurso das ACS e enfermeiras da Estratégia, entretanto, faltam instrumentos e capacitação dos recursos humanos para de fato conseguirem trazer essas questões à tona e levar a cabo o tratamento ou o encaminhamento. Se podemos dizer, faltam palavras para o psiquismo dentro da rede de profissionais escutados.

De acordo com o que pode ser encontrado em pesquisa sobre a saúde mental infantil e saúde pública desenvolvida por Couto, Duarte e Delgado (2008):

No que tange à intersetorialidade no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, o principal problema brasileiro parece estar situado na presença desarticulada de serviços públicos para infância e adolescência, e não na ausência absoluta de recursos. O exame panorâmico e preliminar realizado neste artigo indica que há no país base concreta para construção de caminhos consequentes e efetivos em prol de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental das crianças e jovens. A transformação desta matéria bruta, mas potencial, em realidade assistencial depende, no entanto, de que as estratégias de cuidado à saúde mental infantil e juvenil possam ser expandidas e articuladas nas diferentes ações setoriais, considerando as diferenças regionais e os mandatos próprios a cada setor. Constitui, assim, um desafio central, relacionado diretamente ao fundamento intersetorial do sistema de cuidados, a necessidade de integração e articulação efetivas entre os diferentes serviços e programas existentes com as ações de saúde mental. O exame da realidade brasileira, baseado em dados oficiais, indicou haver serviços públicos em diferentes setores dirigidos à infância e juventude na extensa maioria dos Estados, sem que se possa afirmar a existência no país de uma rede consequente de cuidados. (Couto, Duarte & Delgado, 2008, p. 396).

Destaco ainda que houve um reconhecimento inicial bastante interessante para a realização da pesquisa por parte da UBS. Ao longo do trabalho a gerência foi substituída, e todo o processo precisou ser novamente discutido com o novo gerente, que acolheu igualmente a proposta desta dissertação e reconheceu a importância da extensão para a melhoria dos serviços em prevenção.

Por fim, fica evidente que, apesar de haver no imaginário de todos os profissionais algo que denota conhecimento a respeito dos aspectos psíquicos dos bebês, este fica limitado diante da falta de recursos dos próprios profissionais em aplicá-los mais efetivamente, em um trabalho integral para a prevenção e melhores prognósticos no âmbito da saúde mental infantil.

Referências Bibliográficas

- Albernaz Junior, V. H; Ferreira, P. R. V. (2011). *Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/textos/tratado11.htm>.
- Ariès, P. (1973). *A História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). Plano Nacional Primeira Infância. Brasília. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf>.
- Cohn, C. (2013). Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. In: *Civitas*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio-ago.
- Couto, M. C. V.; Duarte, C. S.; Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 384-389.
- Crespin, G. (2004). *A clínica precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa dos Psicólogos.
- Fleitlich, B. W.; Goodman, R. (2000). Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 02-06. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600002>.
- Formiga, C. K. M. R. (2010). *Intervenção precoce com bebês de risco*. São Paulo: Atheneu.
- Freud, S. (1996 [1912-1913]). Totem e Tabu. In: S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmundo Freud Volume XIII* (pp. 13-168). Rio de Janeiro: Imago.
- Guedeney, A.; Guedeney, N.; Tereno, S.; Dugravier, R.; Greacen, T.; Welniarz, B. (2011). Infant rhythms versus parental time: Promoting parent–infant synchrony. *Journal of Physiology - Paris*, 105(4), 195-200.
- Guirado, M. (1994). *Psicanálise e Análise do Discurso*. Matrizes Institucionais do Sujeito Psíquico. 1. ed. São Paulo: Summus.
- Guirado, M.; Lerner, R. (Org.). (2007). *Psicologia, Pesquisa Clínica: por uma análise institucional do discurso*. São Paulo: Fapesp e Annablume.
- Infante, D. P. (2011). O Outro do bebê: as vicissitudes do tornar-se sujeito. In: Rohenkohl, C. M. *A clínica com o Bebê* (pp. 84-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Ágalma.
- Kamers, M. (2004). Do universal da maternagem ao singular da função materna: reflexões acerca da educação primordial. *Pulsional, revista de psicanálise*, pp. 38-45.
- Kupfer, M. C. M.; Jerusalinsky, A. N.; Bernardino, L. M. F.; Wanderley, D.; Rocha, P. S. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat-Am. Journal of Fund. Psychopath*, 6(1), 48-68.
- Lacan, J. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Zahar.
- Lerner, R. (2006). *A psicanálise no discurso dos agentes de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp.

- Lerner, R.; Kupfer, M. C. M. (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo: Escuta.
- Pereira, J. S. (2008). História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX. Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais.
- Pereira, T. S. (2008). *Direito da criança e do adolescente: uma proposta interdisciplinar*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Renovar.
- Pierotti, M. M. S.; Levy, L.; Zornig, S. A. (2010). O manhês: costurando laços. *Estilos da Clínica*, 15(2), 420-433.
- Tanaka, O. Y.; Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):477-486. São Paulo.

Anexo I

Transcrição integral das entrevistas realizadas

Pediatra I

P: Qual a sua função nessa unidade?

E: Sou médico pediatra.

P: Quais serviços são oferecidos aqui na UBS?

E: Serviços de rotina, né... consulta, né... laboratório e de outros exames é só o eletrocardiograma. Outros procedimentos têm que ser encaminhados pra outros serviços.

P: Como são esses pacientes que você atende aqui?

E: Na maioria das vezes, os atendimentos com hora previamente marcada, são pacientes que não têm nenhuma patologia importante, então eles vêm mais pra rotina mesmo, pra pesar, medir, receber as orientações de dieta, né... vacinação.

P: E como funciona essa unidade? Me dê algum exemplo, como chegam os pacientes...

E: Os pacientes... nessa unidade como é uma unidade mista, além da consulta com especialistas cê tem também a Saúde da Família, então muitos desses pacientes eles são orientados ou pela enfermeira do posto, onde eles fazem visitas em domicílio e depois eles são encaminhados para o especialista. Aqui só tem pediatria, ginecologia, clínica e geriatria, são as quatro especialidades do posto.

P: E qual é a faixa etária mais frequente?

E: É mais de lactente, até um ano de idade, é o mais frequente.

P: E os serviços à primeira infância? Tem algum programa? Como são esses serviços oferecidos?

E: Ah, não tem... ahn... tem programa pra família, né... tem o bolsa família, tem o... o... PAC, quando a mulher está gestante, em casos especiais, por exemplo... crianças com intolerância a algum alimento, tipo leite ou lactose, existem leites especiais, que não é bem o posto que fornece, mas o serviço de saúde fornece.

P: Mas é possível pedir por aqui?

E: Uhum.

P: Quais são as queixas? Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são trazidas com mais frequência pelas famílias?

E: O mais frequente é “não come nada”, “só come porcaria”. Sempre o mais frequente (risos).

P: Só come porcaria, mas não mama também?

E: Não, a maioria sim... aleitamento materno. A maioria é aleitamento materno.

P: Mas então eles comem mal?

E: É, aquela orientação... “tadinho, não comeu... então dá isso, dá aquilo...”.

P: Tem uma busca ativa das famílias pelo tratamento das crianças? Elas buscam o serviço?

E: Não, é o contrário. Nós é que vamos até.

P: O que chama mais a sua atenção quando chega um bebê?

E: É... assim... se ele tá, dependendo da faixa de idade, se ele está interagindo com o ambiente, né. O estado nutricional, que só de olhar a criança você já define mais ou menos se ela tá desnutrida, se está obesa, né... E a atividade da criança, né... ver se a coordenação dela tá boa, se é uma criança de dois anos que entra no colo da mãe eu já fico preocupado... hum... uma criança com seis meses que ainda não firma a cabeça, muitas vezes é por má... é... é... são crianças que não são estimuladas. Você tem muito boliviano, é típico, o boliviano, toda criança é mole, fica no berço o dia todo, só sai do berço pra mamar.

P: Caso esse bebê não esteja bem, que aspectos você avalia pra chegar a essa conclusão? Acho que já respondeu um pouco essa pergunta, mas se quiser complementar...

E: Não.

P: E o que o senhor sabe sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Não... aí... eu, eu tive um pouco de experiência com os recém-nascidos, né... principalmente neonatologia um bom tempo, então eles fazem uma caracterização da dor nos recém-nascidos.

P: E como é isso? Como o senhor percebe esses sinais de dor?

E: Pela irritabilidade, pelo tipo de choro, né... pela careta que faz, né... Então, são... tem uma, uma... neonatologista muito experiente que é a doutora Ruth Greensberg, ela que definiu as características, ela é a mais experiente nessa característica da dor na criança... no, no lactente.

P: E você acha que o serviço atende à demanda das famílias?

E: Acho que sim. A unidade básica é o atendimento primário que existe. Aqui você não tem sofisticação... é a porta de entrada pro serviço de saúde, é o mais basal possível.

P: E se o senhor percebe esse entrave no desenvolvimento, é aqui que compreende o atendimento ou ele é encaminhado?

E: Depende, depende do caso. Uma criança desnutrida, com problema de intolerância a algum alimento, vai ser encaminhada pra um nutrologista, se a criança tem convulsão, vai pro neuro. Os encaminhamentos acontecem com frequência.

P: Obrigada.

Agente Comunitária I

P: Qual é a sua função nessa unidade?

E: Agente Comunitária de Saúde.

P: Quais os serviços que são oferecidos aqui nessa unidade? Como são os pacientes?

E: Serviços oferecidos são... é... consultas, né... todos os tipos de consulta e acolhimento que a comunidade precisa. E paciente é... geral, todos, idosos, crianças, adolescentes, todas as pessoas que procuram na comunidade.

P: E como funciona essa unidade?

E: Como assim?

P: Como funciona a rede de serviço? Como você percebe o funcionamento, como chegam os pacientes...

E: Eles chegam na recepção e são acolhidos, né... aí, se conforme for alguma necessidade, sentindo algum problema, com algum encaminhamento de algum lugar, eles vêm pra cá... aqui eles são acolhidos e passam pelo clínico, depois são mandados pra outros especialistas, que não é aqui, é em outro lugar.

P: Qual a faixa etária mais frequente aqui no serviço?

E: Mais idoso e adolescente... é... as adolescentes ficam gestantes e os idosos ficam nisso mesmo.

P: E os bebês?

E: Também, mas não é tanto quanto os adolescentes que procuram pra... porque eles são muito ruins de gravidez aqui mesmo. Muitas adolescentes grávidas.

P: E que serviços são oferecidos à primeira infância?

E: O quê? Grupo de... de... formação, ou acolhimento pra consulta?

P: O que você entender que funciona como serviço pra primeira infância.

E: Tem todos. Eles... a gente vai buscar na casa, se eles não vêm aqui o atendimento vai na casa, a maioria deles a gente vai na casa.

P: Então tem uma busca de vocês pelas famílias.

E: Sim, tem! O nosso maior objetivo é esse, é buscar a família na casa, atendê-los em casa, quando não podem vir aqui, a gente vai na casa. A maioria das vezes quando eles não vêm a gente vai lá.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas vocês ouvem mais, com mais frequência pelas famílias?

E: Em questão de saúde ou de problemas sociais?

P: Trazem questões sociais também?

E: Sim.

P: Mas em questão de saúde, esses bebês que vocês veem, quais são as principais queixas que eles tem?

E: Mais problema respiratório... eles não têm muita queixa assim de... de... na minha área que eu faço não tem muita queixa sobre violência, essas coisas, não. Mais questão de problemas respiratórios, esse tipo de coisa... não tem muita criança com deficiência, essas coisas... nada agravante que seja absurdo. São crianças saudáveis, por mais que os pais sejam um pouco desleixados em questão de conduta, as crianças são saudáveis.

P: Há uma busca ativa das famílias pelo serviço? As famílias procuram o serviço?

E: Não mais que a gente.

P: Vocês buscam mais?

E: Com certeza, busca muito mais.

P: E o que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê?

E: Ah, eu amo bebês, né... (risos). Ah, a higiene do bebê, né... a questão da saúde eu acho que a gente vê primeiro na questão da higiene... quando a criança tá limpinha, tá com um sorriso no rosto, a gente já imagina logo que tá bem, né... é isso.

P: Se esse bebê não está bem, que aspectos você avalia pra chegar nessa conclusão e dizer “bom, esse bebê não tá bem”?

E: As crianças quando não tá muito bem fica chorando, né... criança bem chorosa... ou às vezes calada. Na minha área mesmo, aí quando eles tão doentes eles ficam calados, não querem nem me receber, que às vezes eles são os primeiros que me recebem, mas quando num tá... tá doente, não querem nem saber, não querem saber de nada.

P: O que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Nenhum, não conheço. Sou leiga nessa questão.

P: Você acha que o serviço compreende a demanda dessas famílias?

E: Sim. Tudo que eles procuram aqui tem... O que não pode resolver aqui é encaminhado pra outro lugar e acaba sendo resolvido também.

P: Obrigada.

Agente comunitária II

P: Qual a sua função nessa unidade?

E: É levar saúde pras famílias, né... é... buscar melhorias, né... buscar melhorias nas casas, melhorias na saúde e na educação também, né... porque às vezes a gente pega pais assim... e crianças bem... que não... não se unem, sabe. Às vezes a gente conversa e chega numa resolução.

P: Você é agente comunitária?

E: Sim, agente comunitária de saúde.

P: E que serviços são oferecidos aqui na UBS? Como são esses pacientes?

E: Como assim... é... (pausa).

P: O que você pensou?

E: Como são os pacientes? (pausa).

P: Sim, e os serviços que oferecem aqui.

E: Serviços da saúde, né... da família.

P: E como funciona essa unidade?

E: Ixi... (risos) é... (pausa). A gente vai pra rua, é... busca aquele paciente que tá necessitando, e a gente traz, marca consulta, ou eles vêm mesmo, a gente orienta eles a vir marcar a consulta, e é tratado. É o tratamento, né... a UBS dá o tratamento pro paciente.

P: E qual a faixa etária mais comum aqui nesse serviço?

E: De agente comunitária? Ou não... de pacientes?

P: Dos pacientes que chegam aqui na unidade.

E: Faixa etária de idade, é... mais idosos mesmo.

P: Você sabe me dizer que serviços são oferecidos à primeira infância aqui na UBS?

E: A primeira infância é o quê... o recém-nascido?

P: Isso, de recém-nascido até três anos.

E: É assim... na maioria, consultas, né. Todo mês consulta, um mês com o médico, um mês com a enfermeira. A gente busca, não deixar atrasar a vacina, tem mães que são meio que... irresponsáveis, a gente cobra, se não vem dar a vacina a gente vai na casa com a enfermeira dar a vacina.

P: Ainda falando sobre a primeira infância, que tipo de queixas são trazidas com frequência pelas famílias?

E: Ah... primeira infância... não tem nenhuma queixa não...

P: Existe uma busca das famílias pelos serviços da UBS para tratar os bebês?

E: Sim, tem. Eles vêm bastante também. Tem mães que, assim, você nem precisa ir lá e falar pra elas que precisam marcar a consulta, ela mesma já vem, já agenda...

P: E o que essas famílias geralmente buscam?

E: A saúde.

P: O que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê? Quando chega aqui, ou quando você vê nas casas.

E: Se ele está sendo bem cuidado.

P: Como você percebe se o bebê está bem cuidado ou não? O que você olha, que aspectos você avalia?

E: Assim, ó... depende, né... que nem... posso contar um caso?

P: Pode.

E: A gente foi na casa de uma paciente, o bebê chorando, chorando demais lá na cama, e a gente perguntava o que ele tinha, e ela falava, a mãe falava que nada nada, e depois eu peguei o neném e ele tava com mau cheiro, né, da fralda, aí eu falei pra ela trocar ele, que ele tava sujo, quando ela tirou o bebê tava em carne viva. Pra mim isso não é bem cuidado, neném que tá em carne viva de assadura não é bem cuidado, aí isso a gente traz pra enfermeira, a enfermeira manda chamar a família, entendeu?

P: Então você observa uma coisa mais física, se ele está bem fisicamente...

E: Fisicamente.

P: E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Ah, não conheço não...

P: Da constituição psíquica.

E: Do desenvolvimento?

P: Sim.

E: Ah... é difícil né... que a gente não sabe muito bem... às vezes tem aqueles bebês que são mais espertinhos, outros são mais molinhos (pausa).

P: Então você percebe que tem algo diferente?

E: Isso, tem, tem uma diferença sim. Às vezes a gente chega, tem um bebê de quatro meses que é bem espertinho assim, cê já conversa, ele tá prestando atenção, e outros não.

P: A atenção é uma coisa que você leva em conta?

E: Uhum.

P: O serviço compreende a demanda dessas famílias?

E: Sim.

P: Caso alguma família não consiga ser tratada aqui?

E: Mas a família só não é tratada aqui se não quiser mesmo. A gente vai atrás, a gente leva o médico, leva o enfermeiro, então só se não quiser mesmo. O médico vai na casa.

P: Obrigada!

Agente Comunitária III

P: Qual sua função nessa unidade?

E: Agente comunitária de saúde.

P: Quais os serviços que são oferecidos aqui na UBS? E como são os pacientes?

E: O tipo de pacientes ou tipo de acolhimento?

P: Como são esses pacientes que chegam?

E: Os pacientes são... pacientes bem idosos, crianças, gestante... e são bem acolhidos pela equipe PSF... porque é uma unidade mista, né.

P: E como funciona essa unidade? Me dê exemplos.

E: PSF e a UBS, sempre um ajudando o outro, PSF e UBS têm que andar junto, têm que caminhar junto, porque os profissionais têm que tá ali pra acolher, né... o acolhimento.

P: O acolhimento é feito pelo PSF?

E: Pelos dois. Toda a equipe. Mas o PSF vai nas casas, faz as visitas domiciliares todo dia, e tem meta também, né.

P: Meta? Como é isso?

E: É... Exemplo, da minha micro, a micro 1, eu tenho 231 famílias, então eu tenho que dividir pra ver quanto eu posso fazer por dia, pra que, assim, venha a cobrir a área toda, dar uma meta de 100% no fim do mês. E temos reunião duas vezes por semana.

P: E como é a comunicação com a equipe de enfermeiros e médicos?

E: É boa, é boa.

P: Qual a faixa etária mais frequente que busca o serviço?

E: Os idosos. Idosos e gestantes, um número bem maior de gestantes nessa unidade.

P: Que serviços são oferecidos aqui pros bebês, para a primeira infância?

E: Tem... as consultas, né, que é de rotina, pediatria, tem da UBS e tem da equipe PSF, tem o grupo Shantala também, de massagem, todas as sextas-feiras com as mães e os bebês... eu acho isso importante, ajuda.

P: O que o PSF oferece pros bebês?

E: Vacinas, tem palestras, que nem agora no dia das crianças em outubro, houve também um evento aqui no terreno, né... na invasão, o pessoal da unidade tanto da UBS quanto do PSF foi até o local... fazer o acolhimento, ver a necessidade de cada um. Um bom acolhimento que a gente quer oferecer.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas você observa mais pelas famílias? Do que é que as famílias se queixam com relação aos bebês?

E: Quando não tem consulta. Mas, assim, é raro, porque, assim, quando a gente tem a cobertura do PSF e... o bebê tem que passar, é necessário passar até pelo menos um ano de idade, tem que ter aquele bom acompanhamento, a consulta mensal. Passou de um ano, a consulta semestral, e assim sucessivamente. No PSF e no posto, uma vez por mês no PSF e uma vez por mês no posto, é bem acompanhado desde quando nasce até 1 aninho, tem que tá vindo todo mês, pra pesar, fazer a consulta de rotina, né... e a vacinação também.

P: E quando as mães falam dos seus bebês, o que aparece de queixas?

E: Às vezes de falta de vacina.

P: E especificamente sobre os bebês?

E: Se ele não se alimenta, aí entra, assim, a orientação do pediatra sobre alimentação da criança, tem a amamentação que é importante, até seis meses é importante... mas tem que ter aquele cuidado, porque, se é um bebê?! (Risos)

P: O que chama mais a sua atenção quando chega ou você vê um bebê?

E: Na minha visita ou na unidade?

P: No geral.

E: Vou falar da minha visita. Quando eu faço a minha visita, eu já procuro saber se a criança passou na consulta, vejo a carteirinha de vacina, se a criança teve alguma intercorrência durante aquele mês, se foi internado, se foi pra pronto-socorro, como está a alimentação dessa criança... vou fazendo as perguntas e a mãe vai respondendo. Às vezes a mãe trabalha e já deixa com um cuidador, uma babá, onde aquela babá já tem outras crianças que cuida também, já procuro saber qual o cuidado que aquelas pessoas têm, na minha área tem muito. Olho muito o cuidado, o ambiente que a criança mora, tem que entrar, o local, a higiene, tem que ver.

P: Se o bebê não está bem, o que é que você avalia para chegar a essa conclusão? Especificamente com ele.

E: Com ele? Oriento a mãe, a levar no PSF, ou no PVA, seja de convênio, seja na unidade... Porque tem muito também que não passa aqui, passa no convênio, ou passa no (inaudível), que é o social, "ah eu não tenho... não dá tempo de marcar", eu digo: é necessário marcar, é necessário levar a criança, todo mês.

P: O que faz você pensar assim: "essa criança não está bem"?

E: Pelo olhar. Pelo olhar da criança.

P: E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: No olhar da criança?

P: Você acha que o olhar tem a ver com os aspectos psíquicos?

E: Sim. Tem criança... mesmo que seja um bebezinho, mas tem criança que é carente... de carinho, de cuidado, de atenção, às vezes aquela mãe que trabalha, sempre deixa com outra pessoa... aquela pessoa que cuida, que é aquela babá, ela também tem que olhar com um diferencial para

aquele bebê... Eu sei assim porque eu tenho um bebezinho em casa (risos), eu tenho um netinho, tem um aninho meu bebê (risos).

P: É mesmo?

E: É... eu fui mãe cedo também (risos)... então, assim, eu não tenho muito tempo de ficar com ele, e nem o meu filho porque ele trabalha também... então ele fica com a mãe dele, com a bisa dele, então quando eu vejo que ele não tá bem eu vejo que o olharzinho dele não tá bem... pelo choro também, sabe.

P: E então você trouxe pro trabalho esse conhecimento que a experiência te deu em casa?

E: Sim!

P: Você acha que o serviço compreende a demanda das famílias?

E: Sim.

P: Caso não seja possível o tratamento na UBS, o que é feito?

E: Encaminha.

P: Obrigada!

Enfermeira I

P: Qual é a sua função nessa unidade?

E: Eu sou enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da equipe azul.

P: Quais os serviços oferecidos aqui na UBS?

E: Aqui são oferecidos desde vacina, curativos, é..., medicação, atendimento médico, pediatria, geriatria, psiquiatria, a parte de inalação, urgência e emergência, a gente tem acolhimento e visita domiciliar, oxigenoterapia, acamado e restrito, que a gente fala AD1, e a Estratégia de Saúde da Família, que é o diferente de uma unidade básica simples.

P: E como funciona essa unidade?

E: Vamos lá... essa unidade, ela... ela é mista, sendo Unidade Básica, onde tem clínica, geriatria e ginecologia, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, e a gente tem a outra parte que é de estratégia, a gente é formada por cinco equipes, né... de... são áreas de abrangência, cada equipe tem uma área de abrangência, então é mais ou menos uma quantidade de pessoas de 4.400, então nessas equipes elas são responsáveis por fazer visita domiciliar com essa área, a gente tem, na equipe, seis agentes comunitárias que é dividido nessa área de 4.400...

P: Cada equipe tem seis agentes comunitárias?

E: Tem seis agentes comunitárias, dois auxiliares de enfermagem, um médico e um enfermeiro, então, por ser uma unidade mista, os agentes comunitários fazem visita na rua e os seus dois auxiliares de enfermagem, um fica com a estratégia, fazendo visita fora e fazendo qualquer outra coisa que seja do PSF, e o outro auxiliar fica ajudando a cobrir a unidade, porque você não tem só pacientes da unidade básica, tem da estratégia também.

P: E qual a faixa etária mais frequente aqui no serviço?

E: Nesse serviço, na minha opinião, pelo... pelo levantamento que a gente tem, né... da idade, é entre 15 a 35 anos, é uma média, porque a gente faz o levantamento, né, pelo SIAB, que não usa mais SIAB...

P: O que é o SIAB?

E: SIAB é um sistema de informação do PSF, não se usa mais, agora é o E-PU (?), mas a gente utiliza ainda o SIAB pra dados, né... pra gente ver coisa de estatística, pra gente ver quantas pessoas tem na nossa área por faixa etária a partir do cadastro do agente comunitário. Isso é pra auxiliar o nosso serviço, não é mais utilizado. Então, é..., é..., pelo levantamento da minha equipe de 15 a 35 anos, aí, cada... cada área tem seu diferencial, por exemplo, na minha equipe tem muito mais jovens, mas na equipe amarela que eu já fiquei tem muito mais idoso, depende da área, das pessoas que moram na área, mas a população maior é essa: de 15 a 35 anos.

P: Quais são os serviços oferecidos aqui para a primeira infância?

E: Vamos lá... primeira infância, a gente faz a primeira, PSF, tá, porque a unidade básica não faz isso, e a gente faz as visitas domiciliares, em torno de sete dias, né, que é o nosso protocolo, desde que nasce. Nasceu, em torno de sete dias a gente vai fazer visita pra essa mãe, pra puérpera e pro RN, então já começa aí.

P: É mesmo? E o que é feito nessas visitas?

E: Então, como que é feito... A partir das agentes comunitárias, elas comunicam a gente que determinada pessoa ganhou, né... e a gente também tem a data provável do parto também, que a

gente tem uma planilha, então, a partir disso a gente consegue direcionar, né, quem tá previsto pra ganhar próximo... então, é... mas o primeiro momento é: a agente comunitária nos avisa, a gente faz a visita, então a gente faz uma avaliação “céfalo caudal” nessa criança nesse momento, né. A gente tem uma ficha que a gente tem que preencher que é o Mãe Paulistana, que é atrás, né, a parte da puérpera, peso...

P: É uma ficha da secretaria da saúde?

E: Isso, é a continuidade do mãe paulistana...

P: Mãe paulistana é um programa?

E: É um programa da capital. Então a gente preenche a continuidade dessa gestante, então, atrás, no verso, tem essa parte da puérpera, em relação ao peso, como que foi o parto, então a gente pega esses dados pra gente preencher, né... e a gente avalia também a carteirinha de vacina. Por quê? Porque na carteirinha de vacina às vezes indica o que foi feito com a criança e com a mãe, é onde dá continuidade... por exemplo... aí, uma criança teve uma alteração, entendeu? Então lá a gente consegue observar, uma alteração freno-lingual, que é a parte da língua, auditiva, então a gente consegue orientar a mãe pra que ela retorne, porque às vezes a mãe esquece, então a nossa função é essa: primeiro avaliar a criança, né, como um todo, olhar a carteirinha, né, para preenchimento e continuidade do mãe paulistana, né, e verificar se tem mais algumas informações que a gente pode dar pra mãe referente a alguma alteração durante o parto dela, né, e o nascimento da criança. E, além disso, a gente faz com que essa mãe mostre pra gente de que forma ela amamenta, ou de que forma que a alimentação dessa criança, às vezes tem mãe que fala “ah, eu não consigo amamentar”, então a gente vai lá, tenta trabalhar com ela sobre amamentação, explicar os benefícios.

P: E Alguém faz esse trabalho de ajudar no aleitamento propriamente dito?

E: A gente mesmo, a enfermeira e a técnica, e o NASF também ajuda a gente, eu faço às vezes algumas visitas, né, compartilhada com a fono, então a fono conversa um pouquinho com ela sobre aleitamento materno, explica quais são os benefícios do aleitamento materno, e a gente faz com que a mãe ofereça o leite na nossa frente, né..., pra saber o que está fazendo de errado, pra gente acompanhar.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são trazidas pelas famílias mais frequentemente?

E: É... eles falam do refluxo, né. O bendito refluxo... (risos). É... outra queixa é que a criança não quer dormir à noite, toda hora acorda. Outra queixa: “meu leite é muito fraco”; outra queixa é: “meu filho chora à noite e parece ser cólica”. Outra queixa é sobre assadura também... que ela não sabe

que tem que trocar todas as vezes, aí deixa muito molhada a criança... é higiene, né, muitas vezes elas acham que tem que trocar só quando a criança faz cocô... evacua, né... então a gente orienta também a mãe. As principais queixas são essas.

P: E o que buscam essas mães?

E: Uma solução, então elas acabam vindo pra cá, porque foi aqui que fizeram o pré-natal, né... então você se torna uma referência pra ela. Mesmo que tenha vindo de um atendimento de pronto-socorro, elas voltam pro médico pra gente dar ciência de que ela pode tomar medicação, sim ou não. Eles vêm confirmar, devido ao vínculo, delas gostar do atendimento, né... então elas voltam com “n” queixas, com essas queixas e algumas orientações... “ah, eu fui no pronto socorro, tudo, e ele me prescreveu, é pra tomar mesmo?!”, devido ao vínculo.

P: Então tem uma busca ativa por parte das famílias para tratar de questões dos bebês?

E: Sim, elas vêm sim, devido como te falei anteriormente, devido ao vínculo, né... Você passou uma confiança que qualquer probleminha elas voltam.

P: O que te chama mais a atenção quando você vê um bebê, nas casas ou quando chega aqui?

E: O que mais chama a atenção? A higiene. Num primeiro momento, pra mim é a higiene, que a higiene diz muito sobre os cuidados... Então, no primeiro momento pra mim assim é a higiene, aí a partir disso a gente vai tirando a roupa da criança, conversando com a mãe, tudo, e vai avaliando. Mas no primeiro momento é a higiene, o cuidado básico com essa criança.

P: E se você percebe que esse bebê não está bem, que aspectos você avalia pra chegar a essa conclusão?

E: Que aspectos? Então... eu avalio... quando a gente vai fazer os primeiros atendimentos, né... quando a mãe se queixa, vamos dizer que ela veio hoje já se queixando, então eu vou examinar, fazer o exame físico nessa criança e perguntar por que a mãe veio, né..., qual que seria a dúvida dela, mas ao mesmo tempo eu avalio a parte física, mas eu tento avaliar a parte neurológica também, de desenvolvimento dessa criança, né, porque algumas vezes a mãe acha que é alguma coisa física, né, que a criança tem, mas às vezes pode ser alguma alteração no desenvolvimento, então eu tento avaliar isso, então a partir dessa alteração você chama a médica já.

P: E o que você chama dessa “alteração neurológica”?

E: Neurológica, por exemplo, no primeiro mês a gente tenta colocar a criança de bruços, né, pra ela levantar, a gente coloca o queixo dela na maca, né, e fazer com que ela tenha esse reflexo de levantar, né..., um pouquinho a cabeça, e tem criança que ela não faz isso em torno de mais ou

menos um mês, dois meses. Uma outra coisa é... ah... é... às vezes, você levanta a criança e ela estende as perninhas, desculpa, ela flexiona a perninha, não estende... ao mesmo tempo eu avalio a parte física, a mãe diz que a criança só chora, chora, chora, e às vezes não é nada físico, né... às vezes pode ser alguma coisa da parte do desenvolvimento, então é uma alteração que eu observo. Então, a gente teve um... uma capacitação pra gente avaliar tanto essa parte física como neurológica, né... enfermeiros, e não me lembro se foi os médicos também, mas a gente tem até um encarte, eu falo encarte, pra gente avaliar a cada mês o que que a gente precisa avaliar nessa criança... na parte motora e neurológica também, por exemplo, sete meses ela precisa sentar, então vai... uma média, mais ou menos, a partir de sete meses ela tem que ficar durinha pra sentar, né... se ela não tiver, olha, a gente faz isso, isso e isso... que que faz? então a gente tem o normal, né.. que a criança precisa fazer em cada faixa etária, é... o que não tiver nessa faixa etária que são as avaliações, de que forma a gente precisa avaliar e pra onde a gente vai encaminhar.

P: E o que você sabe sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: (Pausa) Pra falar assim, não sei te responder.

P: O que é que você pensa quando ouve sobre isso: aspectos psíquicos de bebês?

E: Ah, de que forma, posso até falar uma coisa ignorante, de que forma a criança... ela... se interage com a mãe... isso... de como foi esse pré-natal dessa mãe, de que forma esse desenvolvimento depois, se a mãe foi, eu acho, muito arredia com esse pré-natal, se não queria, e depois quando a criança nasce também... essa parte, como eu posso dizer... não agressividade, mas deixar a criança mais de escanteio, de lado, e a criança refletir isso depois no desenvolvimento dela, na parte psicológica, por exemplo, é... a criança começar a bater a cabeça de nervoso, porque a mãe, ela começa a gritar, ela já não queria aquela gestação, então qualquer coisa que a criança fazia, faça, a mãe começa a gritar e essa criança começa a ter um complexo, entendeu? Eu penso nessa parte... não sei se é psicológica não, mas é isso que eu entendi.

P: E você me disse também que faz uma avaliação neurológica, ou seja, que não é física apenas. Você associa essa avaliação com o desenvolvimento psicológico?

E: Sim, por exemplo, na parte psicológica, vou dar um exemplo do que eu acho... é... às vezes é o... choro intenso? alguma coisa? O choro intenso pode ser uma parte psicológica, porque a mãe reflete isso pra criança e a criança desenvolve isso, daquele (inaudível) do pai e da mãe, a mãe grita, grita, né... e a criança passa isso pra os pais numa forma de choro, entendeu? a parte psicológica... e pode ser uma coisa neurológica também, que a criança tá gritando... tá ficando muito agitada, muito irritab... tem uma grande irritabilidade com qualquer coisa, entendeu? Agora, isso pode ser alguma coisa da parte da mãe, psicológica, da relação da mãe, entendeu? Da parte psicológica, ou pode ser uma coisa neurológica, na parte do desenvolvimento.

P: E você tem interesse em saber sobre isso?

E: Tenho! Eu não sei nada (risos).

P: Como nada? Você tem o seu saber...

E: Eu não sei nada... porque é difícil, né. A gente trabalha muito com o exato assim, né... a gente aborda a parte física e tenta abordar a neurológica, mas essa parte, assim, psicológica, de como atuar, a gente não teve nenhum treinamento.

P: O serviço compreende a demanda dessas famílias?

E: Sim!

P: Caso não compreenda, o que é feito?

E: Assim, eu vou falar do PSF, né, que é a minha área do que eu faço... Pode acontecer de uma mãe, de ela não ser atendida, então, porque ela não foi cadastrada, porque a gente não encontrou ela em casa, por esse motivo... e aí ela vem com essa demanda, mas a gente, imediatamente, a gente já coloca ela no pico de atendimento já. E tem os encaminhamentos para outras unidades ou para o próprio médico daqui, pelo PSF.

P: Obrigada!

Enfermeira II

P: Qual a sua função nessa Unidade?

E: Enfermeira da Estratégia.

P: Quais os serviços que são oferecidos aqui nessa UBS? Como são esses pacientes?

E: Todos os serviços? A gente tem a pediatria, tem ginecologia, temos psicologia... era isso? (pausa).

P: Uhum.

E: Psicologia, temos, é, tanto psiquiatra como psicologia, é... nutrição, assistente social, o fisioterapeuta... o fisioterapeuta é do NASF, a nutri também é do NASF, a gente também tem a outra equipe, né. Tem o... o... psicólogo da unidade e tem o psicólogo do NASF. O NASF não fica aqui todos os dias, ele gira, tem dia que tá aqui e tem dia que tá na outra unidade, no Parque II.

P: E como funciona essa unidade? A rede... me dê exemplos se puder.

E: Que difícil... (risos).

P: Como você souber me dizer.

E: Como que funciona? (pausa) É aberto de segunda à sexta, das 07:00 até as 19:00, todos os atendimentos já começam, já são agendados, né, posteriormente, né, então aqui não é uma porta aberta, a gente tem o porta aberta no pronto-socorro que é aqui do lado, então aqui são só consultas agendadas. Quando vem uma demanda espontânea que é troca de receita, alguma coisa, passa-se no acolhimento, e, na ausência do paciente, então por falta de falta o paciente passa, ou aí, se não, o paciente é agendado posteriormente.

P: Qual a faixa-etária mais frequente nesse serviço?

E: Bom, pra mim... da equipe amarela, eu tenho muito hipertenso e diabético... então eu tenho muito idoso, e eu tenho muita mulher. Mulher gestante, na idade fértil... gestante é o que mais... de equipe, vamos dizer... de PSF, o que eu tenho mais na equipe amarela. Gestantes eu tenho muitos, hipertensos e diabéticos... e mulheres.

P: Que serviços são oferecidos à primeira infância aqui nessa unidade?

E: Bom... ahn... a gente não tem grupo, até então não temos... ah... ah... já foi, a programação já foi feita pro ano, de 2017 ter um grupo da primeira infância, que foi discutido até essa semana, na terça-feira, pra gente montar esse grupo pro ano que vem, da primeira infância que a gente não tinha aqui. E... então, os agendamentos são feitos mesmo de... pediatra, até os enfermeiros atende até, normalmente todo mês, mensalmente junto com o médico, um mês sim, um mês não, com o médico, até um ano, porém, um enfermeiro também atende maiores até quatro anos de idade, mas o que a gente pega de foco são até um ano, né.

P: E esse grupo da primeira infância que vocês vão montar, o que vocês pretendem com ele?

E: Então, foi dividido e aí ficou com uma enfermeira responsável por esse grupo de primeira infância e ela vai fazer um levantamento, é... ela até falou "que que eu vou... que que vocês gostariam de trazer?", talvez vai ter o grupo de... de gestantes pra trazer também com essas gestantes, o que que elas queriam de saber depois do nascimento do bebê, né.

P: Então o grupo é de gestantes?

E: Vai ter o de gestantes e vai ter depois da primeira infância logo vinculado. Pra saber, porque... tem muitas mães também que na gestação não sabe os métodos, né... primeiro filho, como que é, e tal, aí depois os cuidados, manejos, carteirinha de vacina, que até ela já fez esse levantamento,

do que precisa de ser feito na primeira... na... primeira consulta, primeiros meses do bebê, teria esse acompanhamento. Bom, a reunião foi recentemente, foi na terça-feira passada, então a gente tá programando como é que vai ser no ano que vem e como é que vai ser esse grupo.

P: Mas tem um intuito informativo também?

E: Tem, tem, e aí são todas as equipes em um grupo só, não vai ser só da equipe amarela, vai mesclar, então, igual, o de gestante vai ser um grupão de todas as meninas, de todas as equipes, o da primeira infância de todo mundo, do PSF, do posto, de todo mundo.

P: A equipe do PSF é subordinada ao gerente da unidade?

E: Uhum.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são mais trazidas pelas famílias?

E: É... bom, como eu atendo um pouquinho maior de bebezinho, vem pra mim, é... vêm queixas, assim, de... doenças respiratórias, é..., assaduras, às vezes problemas de amamentação, de refluxo, que eles falam bastante, “ah, eu não consigo amamentar”, até os seis meses, isso tem bastante queixa. “Ai, o neném chora demais”, “chora muito”, “o meu leite é pouco”, e..., “não é o suficiente”, né, que eles falam que o leite é fraco, então já introduz, antes dos seis meses, já vão introduzindo outro leite a não ser o materno, né, tem bastante disso nas queixas, bastante refluxo, eles acham que tudo é refluxo, então o bebê teve uma vez lá, ou sei o que lá de diferente, “ah, é refluxo”, sabe, eles vêm com bastante queixa assim.

P: E o que eles buscam aqui na UBS?

E: Solução. Normalmente eles não vêm... é muito difícil eles virem com uma quei... assim, com dúvidas, “ai, é isso, e isso”, assim, eles já vêm com o problema pra você resolver o problema. Então quando o bebê tá bem, você questiona alguma coisa, mas ela não vem nem com um questionamento, nada, “ai, estamos com dúvida disso, disso e disso”, ela vai vim só depois, aí ela já vem pra você resolver o seu problema, mas não vem muito questionar antes, “ai, se acontecer isso, acontecer aquilo...”, não é muito assim não.

P: Tem uma busca ativa das famílias para tratarem dos bebês? Elas virem até vocês pra falar especificamente dos bebês?

E: Sim, tem. Acho que mais do PSF que do posto, porque a gente tem esse vínculo mesmo, né..., com eles, então você até encontra, aliás foi ontem mesmo, a menina me parou porque a visita não foi necessariamente na casa dela, e aí ela me parou na rua e falando do refluxo, até: “ai, minha bebezinha tá babando muito”, e ela já tinha passado com o médico no mês, nesse mês ainda, “olha”, me encontrou no meio da rua, “minha bebezinha tá babando demais”, “ah, e você passou com o

médico?”, “ah, passei, mas ela num tava no momento, agora tá”, então ela vem, eu acho que por conta mais do contato, né, é muito mais próximo que do próprio posto, né... Ela acaba conhecendo você por nome, chamando você pelo nome, porque fora a gente tem a ACS que passa lá, as auxiliares de enfermagem... então eles buscam a gente. As ACS têm um vínculo maior com elas, e acaba contando muitas coisas que talvez se a gente não tivesse esse vínculo maior elas não contariam, né... Por isso do posto não chega tanto quanto no PSF. Questões mais difíceis de se falar chega mais no PSF.

E: Me conte uma coisa, quando vocês saem e encontram esses problemas com as famílias, vocês podem agendar direto o atendimento aqui no posto?

S: Sim, quando a gente sai pra rua, a gente já sai com as vagas da equipe, então tem agenda já feita, né... já tem agenda, e eu tenho todos os dias agenda que tem disponível pra equipe, então de segunda a terça eu não atendo adulto, eu tenho quatro vagas disponíveis na terça-feira, na quarta-feira, e o X atende de sexta-feira criança, então eu tenho quatro vagas de manhã e quatro vagas à tarde, porque aí fica disponível, quando eu saio pra rua, fica disponível esses atendimentos que são emergenciais, assim, no momento, entendeu?

P: E o que chama mais a sua atenção quando você vê um bebê?

E: Eu olho fisicamente, tipo, olho até o rostinho do bebê, se ele tá aquele... porque eu ainda até mudo um pouco o tom, que talvez seja errado... que eu falo “oi, amor!”, com aquela vozinha de criança.

P: E porque isso seria errado?

E: Porque a gente acaba tratando criança com aquela vozinha e idoso também com aquela vozinha que não era tão necessária.

P: Ah, o idoso também?

E: Acaba fazendo essa comparação, “ô, meu deus do céu”, sabe, com aquela vozinha... (risos). Aí a criança vai sorrir ou não, aí é nesses aspectos que você fala. Às vezes tem criança que só de olhar, teve uma vez que eu passei mesmo no corredor, o olhar da criança, se é aquele olhar triste, aquele olhar pra baixo, você fala: “não, pera aí, ela não tá bem, ela não é desse jeito”, né. E é bom que a gente faz até o acompanhamento da gestante, que a gente acaba conhecendo e depois, quando nasce, a gente faz a primeira visita, então você conhece a criança desde o primeiro dia, a gente, normalmente, antes dos sete dias, a gente tá fazendo visita na casa, então a gente tem contato maior e você sabe que aquela criança não é daquele jeito, aí você olha pro rostinho dela com aquela vozinha: “cadê o nenê mais gostoso?” e aí ela faz aquela carinha, cê fala “ih, ela num tá bem, alguma coisa tem...”.

P: Então tem alguma coisa na resposta da criança que chama atenção.

E: Sim, no olhar.

P: E o que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Não conheço.

P: Você associa isso que falou antes com os aspectos psíquicos?

E: Sim, sim. Acho que a partir dali, ela não estiver bem... mas eu, não tem nada, nada assim concreto, eu acho que a partir disso eu vou saber, a partir da relação com a mãe, alguma coisa assim, que se eu conseguir, depende até do tom da voz que a mãe tem contato com a criança, que a criança já fica puta, e aí você já dá aquele salto, "não, pera aí", alguma coisa tá acontecendo... comigo, a mãe não pode pegar que a criança já começa a chorar, né... e aí comigo ela vai de boa, vai tranquilinha, aí você começa a dar uma percebida, assim, alguma coisa deve estar de errado. Aí você acaba fazendo isso na consulta também, vendo o contexto inteiro, se ela já está com alguma coisinha de diferente, né... acaba tendo hematomas, alguma coisa assim de diferente, e cê acaba notando, né.

P: E você acha que o serviço compreende a demanda dessas famílias?

E: Acho que sim... é... é que a gente... é difícil eu falar do PSF porque a gente fica muito atrás das crianças, então... só que o foco é menor de um ano, né, então, menor de um ano, se não vem, a gente vai na casa fazer visita, né... então não tem... a criança não veio esse mês e era só passar com o médico, aí já agenda, a gente tem reunião de equipe, a gente já agenda pro próximo mês, ali, o médico já, no mesmo mês o médico vai na visita saber porque a criança não veio, o que aconteceu com a criança.

P: E isso, esse acompanhamento, é um programa do PSF?

E: Isso, gestante, menores de um ano, hipertenso e diabético, então é do programa, tem essa prioridade. Mas infelizmente isso não acaba ocorrendo no posto, né... porque, é... a gente acaba ligando sim pras crianças que tá em atraso de vacina, que a gente acaba tendo, né, um acompanhamento aqui da carteirinha, a gente acaba ligando, mas não em consulta. Eu acho que tem perda esse do posto, porque a agenda do médico, do pediatra, tá aberta, a criança não veio, não tem ninguém que pega essa agenda e liga pra saber porque que a criança não veio. Agora, do PSF é um pouco diferente, por quê? A criança não veio? As meninas sabem que não veio. Eu tenho um controle, todo mundo que é do PSF, que é o seguinte... é igual gestante, acompanhamento de criança e acompanhamento de gestante, é um monitoramento, todo tem a criança, o nome da criança, e na frente a gente coloca: passou em consulta no mês? Com quem que passou e a

carteirinha de vacina se tá em dia. Então tem lá o primeiro... primeiro um mês, dois meses, tem que tomar tal vacina, a gente tica que ela tomou e a consulta que ela veio, então no final do mês a gente olha essa... esse acompanhamento, “olha, essa criança não veio”, antes de acabar o mês, né... “olha, essa criança não veio”, e é aí que a gente vai resgatar essa criança que não veio.

P: Caso a unidade não abarque o problema do paciente, qual o procedimento?

E: A gente não consegue resolver aqui? A gente encaminha. No momento estamos com uma parceria com a UNINOVE, mas se não a gente faz o encaminhamento via regulação.

P: Obrigada!

Auxiliar de Enfermagem

P: Qual a sua função nessa unidade?

E: Eu sou auxiliar de enfermagem pela parte do PSF, aqui nessa unidade.

P: E quais são os serviços oferecidos aqui nessa UBS?

E: Olha... tem desde as consultas médicas, consultas odontológicas... farmácia... é... eletro, serviço de ginecologia, é... serviço social, fonoaudiologia, tem a fonoaudióloga, né... que é da parte do NASF... Você sabe como é essa parte do NASF, né?

P: É a equipe de apoio, não é? Que trabalha aqui e no Parque II?

E: Isso... esse que tem o fisioterapeuta, psicólogas, assistente social, é... a terapia, né... ocupacional, psiquiatria, né... eu já falei? E pela parte do posto também tem o serviço de psiquiatria... acho que é só.

P: E como são esses pacientes que chegam aqui?

E: Oh... ah, eles vêm em busca do... assim, desde pessoas que trabalham ou que não trabalham, bem carentes, que moram na parte mais necessitada da comunidade, como os que vêm lá da Vila Maria, são as pessoas socialmente melhores... é muita gente.

P: E como é o funcionamento aqui da unidade?

E: Como funciona? Mas você quer saber como? Horário? Olha... eu acho, assim, que o funcionamento até é bom, tudo aqui... é lógico, a parte da regulação é um pouco mais demorado mesmo.

P: O encaminhamento?

E: Isso. Por quê? Porque não depende da unidade, depende das vagas disponíveis, que tem que ser disponibilizadas pelo sistema ATROZ, a farmácia eu acho que funciona bem. Porque o que depende da gente, deles aqui, chegou aqui, é do povo. O que não vem, também não pode ser feito milagre, né... Então eu acho que tem bastante coisa na farmácia, serviço de ginecologia tem bastante médicos, que atende bem, papanicolau não é grande a espera. Por exemplo, essa semana, tem o mutirão, é difícil você ver numa unidade uma semana quase inteira só pra isso... é..., as consultas também não são tão demoradas... é..., serviço, vamos supor, ali da pressão, de verificar a pressão e diabete... eu acho curativo, vacina, funciona muito bem. Porque, por exemplo, onde eu moro, pra verificar uma pressão, meu pai e minha mãe, no caso, tem que ser marcado, não é todo dia, toda hora, aqui se você quiser vir três vezes no dia pra verificar um controle, tem médico que pede, é só vim tranquilamente, não precisa marcar nada.

P: Qual a faixa etária mais frequente nesse serviço?

E: Olha... acho que são mais os idosos mesmo, é muita consulta, né... tanto na parte de psiquiatria.

P: E que você lida diariamente?

E: São eles mesmo... Eu esqueci da parte da vacina, que é muito importante, né.

P: É você quem dá a vacina, certo?

E: É, dou... muita vacina. É, por exemplo, eu fiquei no meio da campanha, então é muita criança, muita gente. E a nossa área aqui é de comunidade, né... como eu já te falei, além da parte do Posto, que é do lado de lá da ponte, tem a parte aqui da comunidade, que é gigantesca, tem muita gente.

P: E você acha que é significativa a quantidade de bebês que vêm pra essa UBS?

E: Olha, pela quantidade de gente ao redor dessa UBS, até tem pouco... por conta das mães, né, que não traz. Que a gente sabe que tem muito mais criança, bebê, que às vezes as mães costumam ser mesmo... num traz.

P: São essas que a equipe do PSF vai até suas casas, também?

E: Também, por exemplo..., não sei se você já chegou a ir na invasão, aqui a gente fala invasão, que é uma área, né..., que falam que ali vão ter, pelo menos, umas duas mil famílias, e assim, praticamente casa sim casa não tem criança, né... então...

P: E que serviços são oferecidos aqui pra primeira infância?

E: Então, tem a consulta, né, de puericultura. Tem... psicologia também se precisar atende, tem a fono que também pode atender um caso mais grave que vá pra eles, e as vacinas.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipo de queixas são mais trazidas com mais frequência pelas famílias?

E: Olha, é... aqui vem mais é doença respiratória mesmo, né, que a gente associa pela limpeza do local, já... por conta, né..., a precariedade. Porque pelo lado, a gente tem essa divisão que se nota claramente, tem mais tanto do PSF como da parte da invasão, então é um local bem carente, né, são casas muito fechadas. A parte da invasão já ninguém nem fala, né, que é bem precária mesmo. Já, assim, no que eu vejo, na parte do PSF são casas muito fechadas, com mofo, eu, tem casa que eu entro, já tenho um pouquinho de renite, que às vezes eu não consigo respirar, eu vejo e eu falo: "meu Deus, como que esse bebê consegue aqui dentro?". E não é que a criança seja saudável e se adapta ao lugar, tá sempre doentinho mesmo.

P: Existe uma busca ativa das famílias para o tratamento dos bebês? Elas vêm buscar o serviço?

E: É mais comum o contrário, no PSF mesmo, os bebês, o trabalho das agentes é todo mês verificar a carteirinha e buscar pela consulta, aí a gente, né, vamos supor, eu que tô no meio, no PSF, aí elas vem e fala assim: "olha, a criança tal não conseguiu marcar, não passou esse mês", aí a gente vai e encaixa, e as vacinas têm que estar em dia, né. Aí vai uma vez, vai outra, se não conseguir, até que essa mãe vai passar, às vezes vai passar um mês ou passando um pouquinho de um mês, só que, assim, o trabalho é ficar em cima pra cansar essa mãe e ela vir dar essa vacina, porque é uma exigência, né. Criança de 0-1 tem que ter as vacinas em dia, é uma exigência do ministério da saúde.

P: O que te chama mais a atenção quando você vê um bebê?

E: Olha, a gente de cara já procura ver a limpeza do bebê, sei lá, pode ser besteira, mas se está assim, hidratadinho, gordinho, porque, parece que não, mas chega criança que você olha e fala assim "meu deus, será que essa mãe tá amamentando, não tá?!". Então a gente olha... eu olho isso. No físico, né.

P: No físico? E o que mais?

E: Então, por exemplo, teve um mês que eu estava lá, no mês passado, na campanha, que até depois a gente até chamou a enfermeira, só que a criança não tava compatível com a idade dela, sabe uma criança meio paradinha? Que às vezes a criança, vamos supor, chega a criança com quatro meses a criança já tá durinha, já tá, né, se mexendo toda, então você tem que olhar isso também, né... se a criança tá... chega com dois meses, tudo bem, é novinha, que no caso seria as segundas vacinas dela, mas geralmente as primeiras é lá mesmo no hospital, a BCG e hepatite, aí

elas vêm pras primeiras aqui no posto, as vacinas de dois meses, então as crianças já vêm assim, olhando, não é mais aquela criança bebezinho, que mama e dorme, tem que tá já olhando alguma coisinha.

P: E caso ele não esteja bem, você já respondeu um pouco, o que mais você presta atenção pra dizer: ele não está bem?

E: Assim, alguma mancha no... vamos supor, é... eu já vi um bebezinho aqui, era pequenininho, primeiras vacinas, só que os bebês de bolivianos, na questão da limpeza em si elas não são muito limpinhas, mas na questão de ser gordinhos eles são, acha que chorou é peito, e ali mesmo em cima da máquina, porque elas trabalham demais, mas chegou um bebê bem gordinho e cabeludo, porque eles são muito cabeludos, mas só que, assim, o bebê, ele não tinha idade ainda pra se coçar, mas assim na testinha dele tinha, sabe, uma escoriação. Aí falei: “meu Deus, que que é isso?”, e ela disse que era de tanto ele se coçar, aí ele fazia assim (sinal), ele mesmo com a mãozinha, então ali é uma questão, cê tá vendo que já não tá bem, que é algum problema, aí a gente foi e chamou a enfermeira pra... aí disse que é que ele mesmo se coçava, dali eu não sei o que é que é, se tem que investigar onde a criança tá dormindo, se tem algum animal, porque daquela alergia que também já não é normal, né.

P: O que você conhece sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Assim, eu não vou saber te explicar muito, mas é a questão mesmo do olhar, do olharzinho da criança, a criança, assim, como eu te falei, aos dois meses a criança já acompanha alguma coisa, mas já não é aquele olhar parado, já é uma criança vivinha que começa a procurar as coisas, eu acho que é isso.

P: Você acha que o serviço compreende a demanda das famílias?

E: Sim, eu acho que apesar de ser um posto de tamanho pequeno eu acho que atende muita gente... e como eu te falei, né, às vezes tem uma demorinha ali na regulação, não é em todas as especialidades, mas eu acho que uma boa parte atende.

P: Caso não atenda, o procedimento é a regulação, então?

E: Isso.

P: Obrigada!

Psicóloga I

P: Qual sua função nessa unidade?

E: Sou psicóloga do NASF, do grupo de apoio ao PSF.

P: Quais são os serviços oferecidos nessa UBS?

E: Serviços? Como assim?

P: Serviços, que especialidades, atividades...

E: Então, aqui é uma unidade mista, né. Então ela tem cinco equipes de saúde da família, da estratégia de saúde da família e a outra parte atende o posto, a UBS. Da parte da UBS tem o ginecologista, tem duas psicólogas, tem dois psiquiatras, tem dois GO, dois pediatras e dois clínicos.

P: E o NASF, como funciona?

E: O NASF? Ai... difícil... (risos). O NASF, ele é um serviço, na verdade, ele foi criado com o objetivo de dar apoio às equipes de Saúde da Família. Este NASF aqui trabalha nas Unidades I e II (do bairro). Aqui sou eu, tem a psiquiatra, nutricionista, duas terapeutas ocupacionais, um fisioterapeuta, um assistente social... e uma fono. Então, o objetivo maior do NASF é fazer o matriciamento das equipes de Saúde da Família, e o matriciamento ele acontece mais durante as reuniões, que são discutidos casos, e durante os atendimentos e grupos compartilhados, que acontecem aqui e na parte externa da Unidade.

P: E como são os pacientes que você encontra por aqui?

E: Como são? Como assim?

P: Como são os clientes, se têm algumas particularidades, o que você observa dos pacientes que a UBS atende?

E: Como O NASF é ligado às equipes de Saúde da Família, e as equipes de saúde da família estão ligadas às áreas de maior vulnerabilidade da região, então a característica maior é a questão da grande vulnerabilidade psicossocial, muitos casos relacionados a fatores psíquicos, né... a gente vai encontrando muito isso aqui nos casos. E a questão social é o que realmente vai pegando mesmo.

P: Qual é a faixa etária mais frequente que você percebe no serviço?

E: Depende muito das equipes, assim... então, aqui, acho que tem mais jovens... jovens não, né, assim... por volta de 20... jovens adultos. Lá no II (Unidade), a gente vai vendo, dependendo da

equipe também, tem uma equipe, por exemplo, que tem bastante idoso, então depende muito da área.

P: E que serviços vocês oferecem aqui à primeira infância? Você sabe se tem serviços específicos pra essa faixa etária?

E: Aqui dentro da UBS?

P: É... fora também, porque vocês trabalham tanto fora da UBS como dentro, né?

E: (Pausa) Quê que você tá chamando de primeira infância?

P: Crianças de 0 a 6 anos.

E: De qualquer tipo de... Porque, assim... eu, enquanto psicóloga do NASF, eu faço poucos atendimentos específicos, né... então a maior parte a gente acaba meio que fazendo os atendimentos com a família e vendo os serviços que têm na rede, né... pra qualquer tipo de população atendida, desde a primeira infância até os idosos.

P: E nessa rede? O que tem direcionado pra primeira infância?

E: Então, a gente normalmente conta bastante com o CAPS Infantil, e tem também a Baggios, que é a antiga Pestalozzi, que fica na marginal, não sei se você conhece ali... É que depende, vai dependendo muito, entendeu? Os casos, eles acabam sendo discutidos, e dependendo do tipo do comprometimento, a gente acaba direcionando de um jeito.

P: Mas geralmente esses casos são encaminhados?

E: Ou encaminho pras meninas daqui... as psicólogas daqui... porque eu, os atendimentos que eu faço eles são muito da família mesmo, são compartilhados, não têm um caráter psicoterapêutico, até porque eles são compartilhados com os outros profissionais, e a gente acaba vendo meio que vendo mais a dinâmica familiar, e aí as questões individuais de cada pessoa a gente acaba encaminhando pra cada serviço.

P: Pros serviços específicos?

E: Pediatria praticamente a gente não trabalha muito com a pediatria da UBS, porque o clínico, ele já tem o atendimento de pediatria na agenda dele, então o próprio clínico, quando ele... imagino, né, isso aí eu já tô falando do trabalho do outro, mas quando ele observa que tem uma questão mais específica, que seja da questão da pediatria, ele encaminha pro pediatra da UBS, mas ele próprio tem uma agenda de atendimento de pediatria.

P: Você acha que há encaminhamentos frequentes pra equipe da psicologia? Encaminhamentos de crianças?

E: Eu nunca procurei muito saber tanto assim como são feitos os encaminhamentos dos clínicos pra equipe de psicologia UBS, é porque tem uma divisão aí, entendeu? Agora, por exemplo, os do NASF a gente acaba conversando nas reuniões de matriciamento, mas também tem muitos médicos que acabam encaminhando diretamente pro serviço de psicologia da UBS. Quando tem alguma questão familiar que tá muito gritante, que acaba envolvendo uma questão social, uma dinâmica que tem várias questões familiares, e que a gente, o médico, percebe que isso tem muito a ver com a criança, aí ele já leva pra reunião de matriciamento que a gente vai discutir toda a família. Agora, tem uns encaminhamentos que já são direcionados direto pro serviço de psicologia.

P: Ainda dentro da primeira infância, no seu trabalho, que tipo de queixas são trazidas pelas famílias?

E: (Pausa). Olha, eu observo mais é quando já está explodindo a questão, assim... então acaba vindo meio que como um encaminhamento escolar, é muito difícil chegar tantos casos, só quando a criança já tem um comprometimento muito grave, quando ela está na primeira infância a família acaba procurando o serviço. Um olhar... não tem muito um olhar, eu acho, pras gravidades na infância. Agora... as demandas que eles trazem é mais queixa escolar, agora, por exemplo, as próprias enfermeiras, quando, enquanto elas vão atendendo alguma criança, elas vão percebendo algumas questões... aí acho que a demanda já vem delas, não das próprias famílias... que tem alguma coisa que tá falando diferente, ou que tem algum atraso na fala, num tá, num tá, num começou a andar ainda, mais nesse sentido mesmo, atraso no desenvolvimento que são as enfermeiras que trazem, agora, quando chega a demanda da família, já chega quando já tá... já, né... já passou a primeira infância mesmo, que daí a escola que percebe, né.

P: Então, próxima pergunta é a seguinte, você acha que há uma busca ativa das famílias pra tratar as questões dos bebês?

E: Se há? Há. Assim, é..., conforme também elas têm o contato nas UBDS e nos atendimentos, né...

P: Mas e as famílias buscando a UBS?

E: Ah, as famílias buscando pra tratar dos bebês na UBS?

P: Isso.

E: Não, não. Existe, né, não é 100%, mas...(pausa) no meu conhecimento, também, não sei, não chega ao meu conhecimento. E quando também tem algumas mães que já são muito superprotetoras, né, e aí qualquer coisa que não tá acontecendo, a criança tá com algum comportamento que a mãe já vai achando estranho, aí ela traz. Mas, num... num é muito comum da família vir buscar.

P: Agora vamos falar dos bebês propriamente, de bebês até dois anos, o que chama mais a sua atenção quando chega um caso de bebê pra você, ou na equipe, ou quando você vê um bebê?

E: Acho que esses casos quase não são encaminhados pra mim não (risos). Tem profissionais e profissionais, tem profissionais que se preocupam bastante, vão procurar os profissionais do NASF pra atender junto, quando chega algum caso assim, mas que são discutidos casos assim, abaixo de um ano, assim, é só quando tem alguma coisa muito gritante ou alguma coisa orgânica mesmo, um olhar mais clínico, assim, de um parto, se for difícil, ou alguma intercorrência na gravidez, muitos poucos casos assim... Mas as enfermeiras, eu percebo que elas buscam quando elas têm um olhar de alguma coisa, elas buscam.

E: E se um bebê chega, mesmo que não seja aqui na UBS, vamos pensar em bebês, e você percebe que ele não está bem, que aspectos você avalia?

P: De zero a um ano?

E: De zero a dois.

P: Hum... difícil assim, porque eu quase num... (pausa). Normalmente, quando eu vou atendendo esses casos, eu sempre atendo junto com a TO ou a fono, então, assim, acho que a maior parte da avaliação de alguns sinais elas que acabam fazendo, assim. Minha especialidade num... né..., eu acabo ficando mais com a família, com a mãe, ou por exemplo quando chega um... teve um caso de uma mãe de uma mulher que tinha 40 anos e aí ela nunca tinha tido filhos, e ela com 40 anos engravidou e aí surtou durante a gravidez... então eu já fico um pouco mais, né... procuro saber, aí eu fico atrás, vou saber como foi essa questão do parto, como que a criança tá hoje, eu peço também pras meninas me ajudarem no atendimento do bebê, mas eu não tenho muita especialização com um olhar assim do bebê, dos primeiros anos de vida, não.

P: Aí fica a fono nessa questão da fala, pra ver o desenvolvimento... é isso?

E: Não é só a fala assim que ela vê, assim. São vários aspectos do desenvolvimento, assim... acho que as meninas tiveram também uma capacitação o ano passado, e a TO também já tem muito da grade da faculdade, da graduação dela.

P: O que você conhece a respeito dos aspectos psíquicos dos bebês?

E: Aspectos psíquicos dos bebês... Então, a minha formação é mais psicanálise, né, então, é..., eu me guio um pouco por isso, né. Da questão do inconsciente, do sujeito do inconsciente, né... um pouco da formação da identidade da criança, né... nesse sentido, assim que vai minha formação.

P: Tem alguma coisa mais que você gostaria de falar sobre isso? Apesar de você não lidar diretamente com os bebês, ser um serviço mais em equipe...

E: Até tava comentando pra retomar uma capacitação que a gente, que as meninas tiveram de Shantala, que eu acho que é interessante fazer também... acho que essa capacitação se você conseguir fazer também vai ser bem interessante.

P: Então quando você vê o bebê, que coisas específicas você olha?

E: Daí depende, né. Depende muito assim de como é o contato, o contato com o bebê assim. É que é uma coisa que não tem muito como nomear, acho que é o contato, um pouco do afeto, observando mais entre a mãe e a criança, né. Tem a questão do olhar, né, acho que tem toda aquela coisa, né, do autismo e tudo... Mas, assim, é mais essa questão do contato mesmo, do contato do bebê com o familiar mesmo. E de que forma que a mãe vai trazendo um pouco no discurso aquele bebê, é o que eu fico mais atenta na minha... nos meus atendimentos, né.

P: Os atendimentos têm essa característica de serem familiares, né?

E: Sim. Não tenho muita especialização em pegar um bebê e... (pausa).

P: Não é um atendimento clínico individual, ou só a mãe e o bebê, certo?

E: Não, não tem isso. A gente já chegou a fazer grupo de família, só que as crianças eram assim de três anos, não nesse início assim. Agora estou até me sentindo mal... (risos)

P: Por quê?

E: Porque eu não sei nada de bebês. Eu não sei pegar um bebê e avaliar. Acho que tem que ter algo que nos ajude no contato mesmo físico com aquele bebê.

P: Mas você me disse da relação, do olhar, essas coisas são importantes.

E: Eu acho que eu fico mais assim pela coisa da formação que não tem muito isso de pegar, de ver assim. Eu fico mais no discurso, no olhar, nesse sentido.

P: Você acha que o serviço da UBS compreende a demanda das famílias?

E: Da UBS? Que pergunta difícil....

P: Pensando no NASF, você acha que compreende?

E: Acho que não, acho que teriam algumas coisas que poderiam ser feitas, pensando na UBS como prevenção e promoção, acho que sempre tem coisas a serem feitas nesse sentido, pra não precisar depois só ficar apagando incêndio lá na frente, né... que a gente acaba lidando um pouco com isso. Como hoje o serviço de atenção básica ele acaba incluindo não só a promoção e prevenção, ele tem toda a questão dos atendimentos, né, do jeito que tá sendo hoje, né, então fica bem difícil ficar só na questão da prevenção e da promoção, acaba ficando um pouco no atendimento também.

P: Quando aparecem casos que a UBS ou o NASF não conseguem atender essa demanda, como é o procedimento?

E: A gente conta com uma rede de serviços grande, também, perto de outras regiões, né. Tem o CAPSi, o SER... Os casos são encaminhados.

P: Obrigada!

Psicóloga II

P: Qual a sua função nessa unidade?

E: Eu sou psicóloga clínica aqui na UBS e trabalho aqui há quatro anos.

P: Quais são os serviços oferecidos aqui na UBS?

E: É... tem vários serviços oferecidos, né. Então, tem desde a questão clínica, né, do corpo clínico de médicos, né, que tem a pediatria, tem a parte de enfermagem, né, que também atende o público... Aqui na verdade é uma unidade mista, então é dividido em duas partes, né... então tem a parte do PSF, que é o Programa de Saúde da Família, que é composta pelas equipes, né, de saúde, tem médico, né.. médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, e tem a parte da UBS também, que é composta por assistentes sociais, tem psicólogo da UBS, e aí tem todos esses outros serviços, né, de saúde que... (pausa)

P: Esses serviços mais clínicos?

E: Isso, clínicos.

P: Tem grupos? Como que é?

E: Tem. Aí tem os grupos que são feitos pela, pelo pessoal do PSF, grupos de hipertensão e diabetes, tem grupos da UBS também de hipertensão, só que são grupos diferentes desses do PSF, tem vários tipos de grupos, tem grupo de gestantes, tem grupo de pais e responsáveis, é... tem grupo de... vou pegar os meus grupos: tem grupos que eu faço com mulheres, né, tem grupos que eu faço com crianças, dependendo da faixa etária, tem grupos de adolescentes e tem os atendimentos individuais também.

P: Como são os pacientes que você recebe?

E: Então, eu recebo pacientes de diversas faixas etárias, né... Então aqui, como é UBS, então são pacientes mais... é, menos graves, né... geralmente os casos mais graves eu encaminho ou pra um AME psiquiatria, ou pra um CAPS Infantil, né. Então os pacientes que vem são pacientes que geralmente têm problemas, por exemplo, criança: problemas de aprendizagem, e os adultos são problemas já ligados a transtornos de ansiedade, transtornos afetivos, então são casos mais leves que eu atendo aqui. Problemas de saúde mental mais graves às vezes aparece, por exemplo, assim, tem uns dias da semana que eu faço o acolhimento de primeira vez, né. Nesse dia aparecem casos de diversos lugares, diversas localidades, a maioria é aqui da região, tem uma rede, mas já apareceu gente de fora, por exemplo, Perus, já aconteceu de aparecer gente de fora, porque fica via regulação esses agendamentos, né, então pode vir diversos públicos, e já apareceu casos graves, por exemplo de esquizofrenia, inclusive esquizofrenia em crianças, né. Já apareceu. É raríssimo, mas aparece. Crianças é mais questão de aprendizagem, hiperatividade, né. Mas caso grave assim é raro aparecer aqui, geralmente vai direto no CAPS, mas quando aparece aqui eu encaminho direto pro CAPS também, pra uma avaliação, ou pro AME psiquiatria. E acontece às vezes de eu ficar em atendimento concomitante com esses serviços.

P: Ah, tem essa possibilidade?

E: Tem essa possibilidade, mas em geral a gente encaminha mesmo para a “psique” no serviço do CAPS, daí lá já tem todos os atendimentos necessários, né, de psiquiatria, todo um respaldo, né, e uma estrutura também, né, apropriada pro caso.

P: E qual a faixa etária que mais chega pra você aqui nesse serviço?

E: São crianças, a maioria criança, vinda de escola que faz o encaminhamento.

P: A escola mesmo que encaminha?

E: A própria escola faz o pedido, aí a mãe vem, passa no pediatra, e aí ele faz o encaminhamento pra psicologia, e a maioria dos casos são casos de aprendizagem mesmo. São questões às vezes ligadas à própria pedagogia da escola, né, mas eles encaminham pra cá, pra ver se tem alguma questão psíquica envolvida, né, produzindo dificuldade no desenvolvimento da criança. Vem muita gente.

P: Até que idade, mais ou menos?

E: Olha, varia de seis, sete, até uns 15, 16. Alguns pré-adolescentes vêm por questões aí ligadas ao comportamento. Alguma agitação, alguma dificuldade de interação social, então também inclui essa parte, né, de como se comunica com os outros, a questão da sociabilidade.

P: E você já recebeu algum bebê?

E: Bebê não, nunca (risos).

P: Que serviços são oferecidos aqui à primeira infância?

E: Quando você diz primeira infância você diz até os 6 anos?

P: Isso.

E: Então, na parte da psicologia tem os atendimentos, né, que eu faço, que seriam do serviço, e aí dá pra ter grupo, por exemplo, grupo de crianças, eu faço grupo de crianças pequenas, né, mas aí a faixa etária varia entre cinco e seis, mais ou menos, até sete, né, e aí nesses pequenos grupos eu faço um trabalho, né, de interação social, de observação de leitura, escrita, né, como é que eles se comportam entre eles. É um trabalho que eu faço. Agora, com bebês, bem pequenos, nunca fiz, não. O que eu sei que já teve aqui é um grupo de Shantala, que eu acho que eu já tinha comentado com você, com a terapeuta ocupacional, é, não sei em que ano que foi, acho que foi que faz uns dois anos mais ou menos, né, que ela abriu o grupo, ela fez o curso, mas parece que não teve público, não houve tanta procura.

P: Ainda dentro da primeira infância, pensando nos dois primeiros anos também, que tipo de queixas são trazidas com mais frequência?

E: Geralmente o que eu percebo na faixa etária de dois e três anos, que já me apareceu, são raros, mas aparecem, é criança agitada, agitada, que não para quieta, né, e eu percebo que os pais que trazem essa criança têm bastante dificuldade de lidar com essa criança mais agitada, tanto é que várias vezes a criança entra no consultório e a mãe sai pra dar uma volta, me parece que é até um momento assim que a mãe descansa um pouco, relaxa, de saber que a criança vai ficar com outra pessoa, né. Então geralmente a queixa mais frequente é agitação nessa faixa, a criança tá explorando o mundo, tá se diferenciando da mãe, né, então aparece muito isso. E aí um pouquinho mais velho, entre quatro e cinco aninhos, geralmente vêm crianças com dificuldade mesmo pra aprender, a ler, né, no processo da alfabetização, que é a hora que a criança realmente mostra bastante dificuldade, mas aí eu percebo que, quando eu converso com os pais, os pais também percebem as dificuldades deles dessa fase da vida, e uma dificuldade às vezes dos pais, né, de encararem o crescimento do próprio filho, né, então eu sempre tento trabalhar com os dois, com a criança e com os pais. Então eu sempre pergunto pros pais: “e com você, como era nessa idade?”. Parece que eles tão falando deles quando eles falam dos filhos. E eles ficam surpresos, alguns até choram: “nossa, eu não conseguia, meu filho também não tá conseguindo!”, né, “é frustrante ver que a criança não vai, né...”, mas aí eu tento ajudar os pais a se fortalecerem pra conseguir impulsionar essa criança, então eu faço um trabalho com os pais de orientação. Os pais trazem uma escuta, eu faço a entrevista clínica inicial, aí eu atendo a criança algumas vezes, faço um psicodiagnóstico e aí depois eu converso com os pais sobre o que eu percebi, né, na minha avaliação, e aí embasada nisso eu começo a orientação com os pais. Alguns tem até

desdobramentos, se tornam pacientes também, eu encaminho para a psicoterapia aqui dentro da unidade, eu sempre faço com a outra psicóloga, a gente troca, né, casos, então às vezes eu atendo o filho e ela atende o pai ou a mãe, e ao contrário também, a gente faz bastante esse tipo de parceria.

P: E você acha que essas famílias buscam por si mesmas, tem uma busca ativa das famílias pra tratar as questões das crianças?

E: Sinceramente, não. Eu vejo mais, pelo menos aqui, né, na parte da psicologia, ambulatório mesmo, mais alguém que solicita encaminhamento. Ou o médico que pediu, pediatra, ou a escola que tá em cima, reforçando a importância daqueles pais verem aquela criança, entenderem, verem que ela precisa de ajuda, eu vejo mais, pelo menos nos casos que aparecem pra mim, mais alguém que solicitou.

P: E dos bebês? O que você pode me dizer? As famílias buscam a UBS pra tratar dos bebês?

E: É que não aparece muito. Eu acredito que a própria comunidade não tenha muito da compreensão da importância da criança, do bebê, da primeira infância, dessa formação da personalidade inicial, né. Eu acredito que os pais acabam não sabendo tanto dessa importância e não procuram, ou até mesmo alguém de fora também não percebe ainda, né, a importância de as vezes passar talvez numa terapia ocupacional, já de pequeno. Mas se aparecesse pra mim um bebê, por exemplo, eu tentaria trabalhar porque eu sei que esse primeiro ano é de extrema importância pra formação, né, da personalidade.

P: Às vezes acho que é mais comum se a família vem procurar se o bebê não está comendo ou algo mais pontual, não?

E: Isso, isso. Às vezes tá chorando muito, né, não entende o que está acontecendo, ou alguma dificuldade aparentemente motora, são as coisas que mais aparecem, que não me aparecem, na verdade, mas que eu escuto que aparecem, do pessoal do PSF e do NASF também.

P: Você me contou que foi chamada pra olhar um bebê... como foi isso?

E: Foi, foi. Então, na verdade foi uma enfermeira que me chamou e falou: “Cê pode dar uma olhadinha no bebê?”, e eu falei “posso dar uma observada”, né... só que era bem específico o que ela estava me dizendo, né, ela falou de um comprometimento que ela percebeu que era uma coisa motora, né, um gesto que a criança fazia com as mãos que parecia que não estava condizente com o esperado naquele momento, né. Quando eu olhei pra criança, a primeira coisa que eu pensei foi: “vamos estimular essa criança”, vamos tentar pensar nessa interação mãe e bebê, o vínculo, né, e eu notei que a mãe estava tendo um pouco de dificuldade de se aproximar dessa criança, né, nesse sentido de saber que era importante essa coisa tátil, não do afeto, mas da parte do toque, né, e aí logo em seguida eu chamei a psicóloga do NASF, porque ela também entende dessa importância

inicial, e aí ela também entrou na sala e a gente discutiu essa questão. Depois eu não sei como ficou o caso, parece que ela discutiu em equipe.

P: E como foi isso? O que te chama mais atenção quando você vê um bebê?

E: Ai, quando eu olho pra criança a primeira coisa que eu observo é se a criança tem interação com os olhos, né. Olho no olho, um sorriso, é..., o jeitinho de tentar interagir com gestos, né, com as mãos, aí logo dá pra perceber se a criança tá saudável ou não está. É gostoso ver que a criança às vezes olha pras pessoas e sorri, né, dá aquele primeiro sorrisão assim, né. Uma criança que passa uma sensação boa, de saúde mesmo, né, de saúde mental.

P: E se você percebe que a criança não está bem, que aspectos você observa e que você ressaltaria pra chegar nessa conclusão?

E: Na verdade eu tenho uma paciente, né, uma mulher, ela teve uma criança recentemente, a criança tem por volta de três meses, e eu notei durante a consulta que essa criança não estava bem, então eu comecei a trabalhar com a mãe, inclusive eu pedia pra essa mãe vir com a criança. E aí a mãe começou a notar a importância desse vínculo, porque o que estava acontecendo? Qual era a queixa dessa mãe? Era uma queixa relacionada ao casamento, que não está... o casamento está fragilizado, e aí está resultando nessa falta de qualidade na interação mãe-bebê, e eu aponto isso pra ela, isso é importante, até ela observar que ela não pode deixar de lado, né, a questão da amamentação, do olho no olho, desses primeiros momentos que são trocas afetivas, e o quanto que pra o desenvolvimento emocional dessa criança havia essa importância.

P: O que a criança mostrou que chamou sua atenção?

E: A criança parecia muito apática, muito quieta, não havia muito estímulo, assim, dela... ela tava muito, como se tivesse divagando, né. Então não havia vivacidade, parecia... nem energia, nem vitalidade.

P: E o que mais você conhece sobre esses aspectos psicológicos dos bebês?

E: É, na verdade, a minha formação ela é winnicottiana, então eu, já o meu TCC na faculdade foi sobre a relação mãe-bebê, o primeiro ano de vida, né... então tomando como base essa linha, essa abordagem teórica, eu percebi que o primeiro ano é o ano que se forma a primeira base mesmo, né, da personalidade, e que vai ser esse primeiro ano que vai definir muita coisa posterior pra, pro resto da formação, né, da personalidade dessa criança, falando em termos de estrutura mesmo, né... então a gente percebe que no primeiro ano tanto o excesso de gratificação como a privação podem levar ao desenvolvimento futuro às vezes de uma psicose... de alguma questão de uma outra linha, então é por isso que eu falei tanto da questão desse vínculo mãe-bebê, a importância do pai também nesse primeiro ano, desse apoio do pai com relação à mãe e quanto ela tá nesse

momento que é um momento dela, né, é uma simbiose inicial e que a mãe precisa entender também que tem que haver um distanciamento gradual que é feito na hora certa, observando o tempo e o ritmo de cada criança.

P: Você acha que o serviço aqui compreende a demanda das famílias?

E: Eu acredito. Porque... tanto é que a enfermeira me chamou pra ver um bebê, né... e assim, foi interessante desse ponto de vista, porque a enfermagem, eu não sei até que ponto a enfermagem tem esse, esse, esse conhecimento, né, essa formação, e houve esse olhar, para esse bebê. Aconteceu, então eu acredito que sim, que as pessoas aqui estão informadas a esse respeito, dessa importância, sim.

P: Caso vocês não consigam atender aqui, como é?

E: Criança pequena se for caso grave vai direto pro CAPS mesmo, mas bebês eu não sei. Tem o encaminhamento interno, o encaminhamento interno nosso. Quando vai pra fora é alguma coisa mais séria de psicopatologia mesmo.

P: Obrigada!

Agente Comunitária V

P: É, qual que é a sua função aqui nesta unidade?

E: Agente comunitária de saúde.

P: E quais serviços são oferecidos aqui nesta UBS?

E: Desde atendimento ao paciente né, pra prevenção da saúde, que é pra tá agendando a consulta pra prevenir, não pra já tratar uma doença já, que aí a doença mais existente assim é no PS.

P: Vocês trabalham mais na parte de prevenção?

E: De prevenção.

P: Como que são esses pacientes que vocês veem por aqui?

E: Ah, o paciente mais da periferia né, bastante jovens, gestantes e bastante idoso.

P: Bastante idoso, bastante jovem?

E: É, tem bastante idoso.

P: E como que funciona essa unidade?

E: É, funciona com o projeto PSF, né, que trabalha, é, cuidando da família inteira, não só de um paciente da casa. Quando ele começa a cuidar, ele cuida da família inteira, o pai, a mãe, o filho, todos que moram naquela família. Não cuida só de um que vem aqui, procura cuidar da família inteira.

P: Essa unidade então é uma unidade mista? Tem aqui a base...

E: Cuida no PSF e manda os pacientes para a unidade mista. Tem essa parte que cuida da família inteira e a outra parte também que é a básica que cuida só de um indivíduo cada vez que vem.

P: E qual que é a faixa etária mais frequente que você observa?

E: Eu vou falar pela minha área. Mais idoso.

P: É, você sabe que serviços são oferecidos aqui à primeira infância até os 6 anos?

E: A gente tem fono, tem psicólogo, tem pediatra.

P: Dentro da primeira infância ainda, que tipo de queixas são trazidas pelas famílias? O que que essas famílias buscam para falar das crianças?

E: Minha área não costuma ter muito problema. Eles costumam contar direitinho de acompanhar desde o início o pré-natal até quando nasce, faz as contas tudo direitinho. Eu não tenho problema com ah, não vem...

P: De chegar muita queixa?

E: Não, eles acompanham direitinho. É mais o que, resfriado, coisa assim. Problemas respiratórios por causa do tempo e às vezes das casas também, né. Mas não muda dependendo da família, né.

P: Nem da situação, né?

E: É, é isso. Não tem coisas muito graves assim, tipo, nem morte.

P: Não tem?

E: Não costuma ter não.

P: Você percebe se tem uma busca ativa da família pra tratar das questões dos bebês aqui? Ou sempre vocês que vão buscar essas famílias?

E: Na realidade nós que traz mais. Porque eles vêm direitinho, mas nós passa lá pra tá sempre: “oh, tal dia cê tem consulta”. Tem uns que acabam esquecendo.

P: Vocês são essa ligação direta entre a UBS e a comunidade?

E: Sim.

P: Então não tem essa busca da família?

E: Não, tem. Tem umas mães que vêm sim.

P: E, se elas vêm, cê acha que elas vêm mais por quê? Que coisa que cê vê que elas vêm procurar aqui de atendimento?

E: Dentista, Pediatra. Elas graças a Deus se preocupam com os filhos.

P: E você quando vai numa casa ou quando chega um bebê, o que que te chama mais atenção quando você vê o bebê?

E: Assim quando ele nasce?

P: Sim, quando vocês passam até os seis meses do bebê.

E: A gente observa bem. Assim que nasce a gente vai com a enfermeira que ela vai pra dar o primeiro atendimento, ensinar a ver o cordão umbilical, principalmente a amamentação, se ela tá dando direitinho, a forma que senta pra tá amamentando, como que dá direitinho o bico do peito, essas coisas assim, a gente ensina bem, a gente foca bem nisso, amamentação. Se tá conseguindo dar, porque tem mães que não aguenta mesmo, não conseguem, porque passam a noite inteira acordando porque a criança tem um estômago pequenininho e tá querendo dar várias vezes, e algumas que não aguentam porque têm que trabalhar, mas vai indo aos pouquinhos. A gente foca na amamentação e nos cuidados.

P: E quando você olha pro bebê, o que você observa pra saber se ele está bem, ou se não está bem?

E: Ah, a gente olha a fisionomia do bebê, né. Se ele tem algum hematoma, a casa também, o jeito da mãe, se ela cai em contradição com alguma pergunta que a gente faz, é isso.

P: E caso esse bebê não esteja bem, que tipo de coisas faz você pensar que ele não está bem?

E: Se está dormindo demais, se ela fala que ele tá dormindo demais, muito quieto, porque ele tem que dar sinal de alguma coisa, se tá com fome e ele vai dar algum sinal, e se tá dormindo demais, “ah, o meu bebê é muito bonzinho, ele só dorme, só dorme...”, peraí! Ou então ele é agitado demais. Aconteceu na minha área um bebê que a mãe falava que ele era muito esperto, muito, e eu chegava lá ele pulava, e ele parecia que tava ligado no 220, e ela falava que o olhinho dele ficava assim (gesticula com o dedo pra um lado e pra outro), mexendo, aí, ela, eu marquei com ela, e ela veio, e aí foi encaminhado pro neuro, e aí agora eles vai fazer, tá esperando a tomografia pra ver.

P: Ah, vocês tiveram a percepção de que ele não estava bem?

E: Ela dizia que ele era esperto, mas eu achei ele muito agitado, aí eu fiquei “mas ele é esperto demais da conta, só falta subir na parede!”. A mãe falava que ele era esperto demais, mas ela questionou a rapidez do olho, uma criança muito elétrica, agora vamos ver. Agora ele passou no oftalmo e o oftalmo falou que é normal, agora vai fazer tomo pra ver se é alguma coisa neurológica, passou no neuro infantil. No momento, ela tá passando no clínico aqui, e no Mandaqui e no Cândido Fontoura, que é um hospital só pra crianças, aí ela tá indo, só pra tirar as dúvidas também, né. Ele vai fazer um aninho agora em setembro, são dez meses.

P: Ele é bem pequeno, né, e perceberam que tem alguma coisa...

E: É, aí ela falou que o oftalmo disse que é a claridade no olho dele que faz ele fazer certos movimentos, mas aí não descartou a possibilidade de passar com o neuro.

P: E o que você conhece sobre os aspectos psicológicos dos bebês?

E: Ah, alguma coisa eu percebo, tipo isso aí. Tem coisas que dá pra perceber, igual eu te falei lá, porque não é toda casa também que você tem o acesso de entrar e observar tudo isso. O tempo que você vai, tem famílias que deixa entrar e deixa fazer tudo isso, e tem famílias que desce, atende o portão e tudo, mas não deixa você muito à vontade.

P: Mas então você percebe esse olhar...

E: É, o olhar, tem também cuidado se tá parado demais ou se está agitado demais, a gente percebe também.

P: Você acha que o serviço atende à demanda das famílias?

E: Na medida do possível, sim, procura antecipar... “ah, você percebeu isso, vamos adiantar, não vamos esperar”, “tá longe a consulta, vamos marcar!” Porque é prioridade, né.

P: Se o serviço não atender aquela demanda, qual o procedimento?

E: Olha, nunca me aconteceu isso.

P: Obrigada!

Psicóloga III

P: Qual a sua função nessa unidade?

E: Eu sou contratada como psicóloga clínica.

P: Da UBS?

E: Da UBS.

P: Quais são os serviços oferecidos aqui na UBS?

E: Olha, aqui nessa UBS a gente oferece o acompanhamento do médico clínico, médico ginecologista, você diz de uma maneira geral, né?

P: Sim.

E: Médico clínico, ginecologista, ahn... temos também os médicos generalistas das equipes de saúde da família e pediatra. Aí temos enfermeiros, auxiliar de enfermagem, que fazem toda a questão de vacinação, curativo, medicação, aplicação da medicação, temos a farmácia que fornece a medicação pros pacientes, temos o serviço do NASF, que é o apoio às equipes de Saúde da Família, que é um serviço multiprofissional com bastante profissões que trabalham juntas pra apoiar as equipes de saúde da família, é..., aí temos psicólogos, dois, temos duas assistentes sociais também, e... aí tem o serviço de acolhimento que recebe o paciente, o usuário, e de repente que a demanda ela é urgente e precisa fazer um encaixe, né, caso seja avaliado pelo enfermeiro que é pro Pronto Socorro, é pro Pronto Socorro que a gente tem um aqui do lado, se não, tem que fazer o encaixe no momento aqui com o médico, e aí tem acho que quatro ou cinco dentistas também... eu não me lembro mais nada, acho que é isso.

P: E os pacientes que chegam aqui, como são?

E: Eu percebo que a área é muito vulnerável socialmente e economicamente falando, então eu percebo um abandono do estado até um determinado grau, é... Então eu vejo pessoas que têm muita necessidade social, de intervenção... Os pacientes que chegam pra mim geralmente têm vários motivos, então o que eu tenho, assim, estatisticamente, de mais frequente são mulheres que

têm conflito com os esposos porque estão numa situação de submissão, é... Então, às vezes há agressão física, às vezes não, é só moral mesmo, psicológica, mas ela fica muito conflituosa e vem. Muitas crianças com problemas de aprendizagem, e aí é complicado porque as escolas encaminham pra cá porque elas querem um diagnóstico ou porque elas querem que... na verdade muitas vezes as escolas encaminham pro CAPS direto, porque elas querem medicar, elas querem que medique a criança, e aí o CAPS manda pra cá e fala: não, não é assim. Aí vem pra cá a criança e eu tenho que fazer um trabalho pra explicar que não é um transtorno mental, que às vezes as questões de aprendizagem é a condição do próprio ensino, é muito complicado isso, a demanda é muito grande de problema de aprendizagem, e eles querem que a gente diagnostique a criança, e na maior parte das vezes isso não acontece, eu não vou diagnosticar, porque se a criança é saudável e por uma questão ali, contextual, ela não conseguiu aprender, não necessariamente ela tem algum problema, né... então eu tomo bastante cuidado com isso, mas a demanda é muito alta nesse sentido. Ahn... basicamente é isso, assim, questões de ansiedade, pessoas sofrendo com ansiedade, eu também recebo bastante encaminhamento do psiquiatra que quer um auxílio, né, se ele percebe que o paciente já tem uma demanda pra terapia, pra refletir, né, pra ver se ocasiona alguma mudança de posição, não sei, no mundo, e aí manda pra cá, e aí são questões diversas, né, mas geralmente: depressão, ansiedade, jovens com tentativa de suicídio tem bastante, até antes daquela questão do jogo, porque teve a questão do jogo “baleia azul”, essa questão midiática e tal, mas já tinha jovens aqui, adolescentes... e adultos também com essa problemática. É claro que, quando o indivíduo é adulto, já vem com um histórico de... já fez tratamento no CAPS por algum tempo, ficou internado algumas vezes já no PAE Mandaqui, sabe? É o nosso Pronto Socorro psiquiátrico. Então, assim, eu não sei, será que eu falei tudo? (risos). Tem mais coisas, mas acho que o mais frequente é assim. E o que eu vejo é o abandono do, a questão social, a vulnerabilidade social, e o quanto isso fica evidente e o quanto que isso implica nas questões psíquicas, o quanto isso afeta o psiquismo! É... é... eu chego a ficar: “nossa!”, é uma injustiça mesmo. É muito injusto.

P: Que curioso, não é? Como você vê as implicações dessa questão no psiquismo?

E: No sofrimento, no sofrimento que você, assim... é um sofrimento muito grande, que você... assim, é difícil de dar conta, eu não consigo dar conta desse sofrimento, a não ser no acolhimento, e aí a politização no sentido de “vamos atrás dos seus direitos, assistente social”, “você tem direito, vamos lutar”, pra ampliar, auxiliar o máximo a pessoa a ir atrás daquele direito, a lutar.

P: Então de qualquer forma o trabalho em equipe tem que ser muito forte?

E: É, muito forte.

P: E qual é a faixa etária mais frequente que você recebe?

E: Adultos.

P: E que serviços são oferecidos aqui à primeira infância?

E: No geral? Na UBS?

P: Aqui na UBS.

E: Tem todo o acompanhamento pós-natal, que é pediatra, enfermeiro que faz, se não me engano... mas em relação à questão psicológica, não tem. É como se fosse assim, não é que não tem, que a gente não dá abertura, nunca houve uma identificação de uma demanda que alguém me viesse procurar. Então eu acho que existe uma falha de todos nós nesse sentido, de algo, é, é... psíquico. É claro, existe toda uma atenção da equipe, geralmente quando tem equipe da saúde, dos profissionais que atendem, por exemplo, se a criança está em vulnerabilidade, negligência, coisas do tipo... então acho que isso já oferece saúde à criança, saúde psíquica também. Mas eu nunca fui acionada, por exemplo, por esse tipo de questão, eu não sei qual é o desdobramento, nunca chegou em mim.

P: Chegam até você crianças um pouco mais velhas?

E: Maiores, na idade escolar. Então nunca veio, por exemplo, vai, um bebê que interage pouco, pra algo preventivo, vai... tipo assim, "gente, um bebê que interage pouco pode haver aí indícios de um autismo, tem que estimular", nunca ninguém veio com esse tipo de demanda, então chega realmente já na idade escolar.

P: Ainda dentro da primeira infância, que tipos de queixas são trazidas, se são, pelas famílias, o que elas buscam.

E: Não chega, não chega.

P: Você percebe se há uma busca ativa das famílias pra tratarem as questões dos bebês na UBS, mesmo que não seja aqui com você?

E: Eu acredito que sim, porque eu vejo, né. Eu vejo os bebês nos colos das mães, bebês recém-nascidos, é..., de moças que eu conheço não como pacientes, mas que eu via que estava grávida, que vinha, né, às vezes fala oi no corredor, aí vinha com o bebê, eu acho sim, acredito que sim.

P: O que mais chama a sua atenção quando você vê um bebê?

E: Então, algumas coisas, né. Tem até um caso de uma paciente que não é paciente minha, mas eu conheço porque eu já atendi o filho maior dela, e me chamou a atenção, ela veio conversar comigo, veio me cumprimentar, aí chamou muito a atenção que a criança estava extremamente magrinha, extremamente. Aí eu conversei com a psicóloga dela, conversei com ela, falei "X, você que é a psicóloga dela, da mãe, presta atenção nisso, se precisar a gente vai ter que acionar", porque aí a gente olhou o prontuário, no prontuário ela tava, ela tinha já, a pediatra já estava ciente

e orientou, e a questão era uma questão psíquica da mãe que não queria dar a mamadeira porque ela achava que mãe tem que dar o peito. Então, é, foi um trabalho psíquico mesmo, pra ela, ela aceitou depois de um tempo, eu fiz algumas intervenções, mas por mais ter intimidade por causa dos outros filhos eu falei: “poxa, mas faz parte, mãe também dá mamadeira”, mas, assim, superficiais, porque tem a psicóloga pra aprofundar. É, então isso me chama a atenção, assim, a questão física da criança, e a questão da interatividade... dependendo, né, da idade, o quanto que a criança já interage, quanto que ela já tá durinha, que o bebê já tá durinho, tá sustentando, ou tá muito mole, é... basicamente isso.

P: O que você conhece, o que me diz sobre os aspectos psíquicos dos bebês?

E: Olha, eu vou ser sincera, pouco. Eu conheço o que eu me lembro da minha formação, e de um pouco de uma leitura que eu faço, grupos de estudos... e o meu trabalho com bebê, ele não é, na prática, eu não tenho, então, talvez, então eu vou te falar mais ou menos o quê dos aspectos psíquicos do bebê? A questão afetiva do laço entre o cuidador e esse bebê, eu acho que esse é o ponto central, e a forma, porque eu acho que é isso, o cuidador tem que, o “holding”, né, eu lembro disso, então eu lembro da questão do Winnicott, dessa coisa do holding do bebê, pra mim isso é muito importante, e do quanto que isso vai trazendo, marcando psiquicamente, contornando, sabe. É, mais ou menos isso só, não tenho muito. Esse cuidador apresenta o mundo, como que, “que lugar é esse que eu cheguei?”, é esse impacto primeiro, é esse acolhimento, é esse cuidado, é as boas vindas, sabe. Então eu acho que esses aspectos psíquicos estão no vínculo, a função, não ter prática, como eu expliquei, justifiquei, o que eu entendo é isso basicamente, no vínculo.

P: Você acha que o serviço aqui compreende a demanda das famílias? Ele atende as necessidades da população que busca?

E: De uma maneira geral?

P: De maneira geral.

E: Eu acredito que sim, eu acredito que sim. Eu acredito até, aí eu vou fazer um adendo, eu não sei se a gente tem tempo...

P: Temos tempo sim, fique à vontade.

E: É, uma das questões que eu falei que é a questão do, é..., da precariedade social e, e que influencia psiquicamente, mas também influencia culturalmente, talvez o serviço poderia ser muito maior, muito mais amplo, ou a demanda da família poderia ser muito mais ampla. Digamos que a gente tem demandas muito básicas pelas famílias, entende. Se você tivesse uma família que tá ali, que tá recebendo a educação, que o estado tá fazendo a sua parte em outros âmbitos e que aquela família tem informação, né, você teria talvez demandas mais complexas, que talvez aí a gente

pensaria “poxa, vamos capacitar essas psicólogas porque as mães estão exigindo um atendimento de bebê, e as nossas psicólogas não têm esse manejo ainda, vamos...”, sabe? Mas a gente, eu posso dizer hoje, que está contemplando, porque as demandas trazidas pelas famílias são mais: “ah, tá com dor aqui, tá com dor ali”, “ah, esse menino tá crescendo, tá respondendo pra mim!”, coisas assim, né... é..., então eu acho que também a questão social influencia no fato da gente estar correspondendo, mas não que de forma, se você for olhar mais amplamente criticamente, são questões básicas.

P: Obrigada!

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Denise Tamarozzi Mamede, pesquisadora de pós-graduação – em nível de Mestrado – do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, convido _____ a participar de um estudo denominado “Caracterização do lugar dado a aspectos psíquicos na primeira infância em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo: implicações na rede de serviço”, orientado pelo Prof. Dr. Rogério Lerner.

O objetivo do trabalho é, a partir de entrevistas com profissionais que atuam na UBS diretamente com os bebês, caracterizar o lugar dado por estes aos aspectos psíquicos dos bebês, e pensar a partir disso em como a rede de trabalho que inclui os bebês é constituída atualmente no serviço de saúde.

As entrevistas terão como partida um roteiro semiestruturado, tendo duração variável, conforme disponibilidade do participante, e serão entrevistados profissionais desde a área de acolhimento, passando por médicos, até parte da equipe de Agentes Comunitárias. Asseguro que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificar você será mantido em sigilo.

Informo também que você poderá se recusar a participar do estudo ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Garanto que, no caso de desejar sair da pesquisa, você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo.

Comprometo-me a deixar livre o acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você possa querer saber antes, durante e depois da participação na pesquisa.

Comunico que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar pela sua participação.

Peço a sua autorização para a publicação dos dados obtidos em eventos científicos e acadêmicos, sempre assegurando o sigilo quanto à identidade.

Enfim, após orientá-los sobre o teor de todo o aqui mencionado e compreendida a natureza e objetivo do já referido estudo, peço que vocês se manifestem quanto ao interesse e livre consentimento em participar da pesquisa.

Este termo foi emitido em duas vias, ambas assinadas por você e por mim, pesquisadora, sendo uma via para cada parte.

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Caso haja dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da USP na Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. Para qualquer informação pertinente à presente pesquisa, contatar a pesquisadora: denise.mamede@usp.br / (16) 981.255.850.