Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de
profissionais, familiares e crianças**

Patricia Santos de Souza Delfini

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de vida e
Sociedade.**

**Orientador: Prof. Dr. Alberto O. Advincula
Reis**

SÃO PAULO

2015

O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças

Patricia Santos de Souza Delfini

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto O. Advincula Reis

SÃO PAULO

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

Aos meus pequenos Leticia e Guilherme,
Por tudo o que representam para mim.

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas que cuidaram deste trabalho junto comigo e possibilitaram sua concretização.

Agradeço ao meu orientador, Alberto, por ter me ensinado que o pensamento se constrói no compartilhamento e no diálogo. E por me acompanhar, me impulsionar e me ensinar tantas coisas que extrapolam os limites da vida acadêmica.

Aos professores que participaram da qualificação, Maria Cristina Vicentin, José Ricardo Ayres e Edith Lauridsen-Ribeiro, por terem me ajudado a construir o projeto de pesquisa.

Aos professores que participaram da pré-banca, Fabíola Zioni, Maria Cristina Vicentin, Edith Lauridsen-Ribeiro, Maria Cristina Ventura Couto, Carla Bertuol e Solange L'Abbate que, com muito entusiasmo e cuidado, leram e contribuíram com sugestões preciosas para o aprimoramento do trabalho.

Às queridas Carmen e Ligia, secretárias do departamento sempre tão solícitas e dispostas a ajudar.

À CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior, pelo apoio financeiro.

Aos familiares e crianças do CAPSi Florescer que participaram com grande envolvimento dos Grupos Focais (GF) realizados.

Aos profissionais do CAPSi Florescer e da USF Macuco pelo acolhimento, por toda a ajuda e pela participação nos GFs que compõem esta pesquisa.

Aos profissionais do Território III pela abertura para minha participação nas reuniões, na Educação Permanente e em todos os espaços que solicitei. Às apoiadoras em saúde que me ajudaram com informações sobre o território.

Ao Moacyr e à Guida, amigos queridos e profissionais competentes, por todo apoio que precisei em Mauá para realizar essa pesquisa.

Aos amigos de Mauá, do CAPS III com quem trabalhei e ganhei novas inspirações para a pesquisa.

Aos meus queridos amigos que cuidaram de perto desse trabalho junto comigo, nos Grupos Focais, nas leituras de trechos da tese, nas discussões nos momentos de dúvida, Isabella Teixeira Bastos, Luciano Sanfilippo de Macedo, Tatiane Guimarães Pereira, Flavia Blikstein, Camila Junqueira Muylaert. Foi muito bom contar com a companhia de vocês tão séria e divertida!

A toda a turma do LASAMEC pelos debates calorosos, além das fundamentais trocas afetivas.

Aos amigos que fiz por aqui desde o mestrado, nesses longos e proveitosos oito anos de FSP/USP.

Aos funcionários da Creche Saúde que cuidaram tão carinhosamente dos meus filhos e me deixaram tranquila para realizar meu trabalho. Sem a creche não conseguiria sustentar esse desafio.

Agradeço ao meu amado marido Ruben por ter me apoiado com carinho e paciência, desde a decisão por seguir a vida acadêmica, como em todo o processo de desenvolvimento da tese até a reta final da escrita.

Aos meus filhos Leticia e Guilherme que, apesar da pouca idade, estiveram conectados ao meu trabalho e, nos últimos dias, na expectativa da entrega final para que eu voltasse a brincar e passear com eles. “Ufa!” foi o que a Leticia escreveu no calendário da família na data prevista para o depósito.

Aos meus pais e irmão que sempre estiveram atentos e por perto, contribuindo da maneira que puderam para que eu conseguisse fazer meu trabalho (Muito obrigada por cuidarem dos meus filhos nos finais de semana que eu precisei ficar mergulhada na escrita). Foi o cuidado amoroso recebido de vocês que me ajudaram a chegar até aqui.

A Deus por ter me proporcionado uma vida recheada de pessoas tão especiais.

Delfini PSS. O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

RESUMO

Introdução: A preocupação e a incorporação da problemática da saúde mental infantil nas políticas públicas de saúde são recentes, assim como o desenvolvimento de ações voltadas a esse cuidado. Preconiza-se que essa atenção se proceda a partir de uma rede composta por serviços atuando de modo articulado a outros setores. **Objetivo:** Analisar os processos e as condições de produção de cuidados em saúde mental de criança na perspectiva do modo psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa qualitativa, com referencial teórico-metodológico oriundo da Análise Institucional, desenvolvida por meio de Observação Participante em (1) espaços de articulação entre serviços de saúde, (2) Unidade Básica de Saúde e (3) Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no município de Mauá, São Paulo. A Observação Participante permitiu reconhecer os procedimentos de cuidados no cotidiano dos serviços. Para aprofundamento da investigação, foram realizados Grupos Focais com profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do CAPSi, com familiares de crianças que frequentam o CAPSi e com crianças usuárias do serviço. Os dados foram analisados e interpretados a partir de conceitos advindos da psicanálise winnicottiana, do modo de atenção psicossocial e da análise institucional. **Resultados e Discussão:** O interesse, o investimento político e o direcionamento das ações e da organização dos serviços, coerentes com a lógica de atenção psicossocial, têm propiciado um terreno fértil para a construção de práticas transformadoras de cuidado em saúde mental. A incorporação desse cuidado na Atenção Básica, ainda que apresente desafios e tensões entre o modelo instituído (departamentalizado em especialidades) e instituinte (saúde mental integrante da saúde geral), levou a mudanças nas ações e concepções dos profissionais. Contudo, o desenvolvimento de ações intersetoriais e a construção de uma rede ampliada de atenção têm sido limitados pela escassez de serviços e profissionais da rede e por diferentes concepções que atravessam o campo. Os participantes da pesquisa expressam visão conflitante em relação à concepção acerca de problemas de saúde mental e das expectativas quanto ao cuidado, sendo observada forte presença de uma cultura psiquiátrica, que se acentua nas falas dos familiares e na articulação com outros serviços, e uma inclinação a favor da atenção psicossocial, mais presente nas expressões dos profissionais. Nos serviços de saúde, há movimentos instituintes que enfatizam a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do cuidado, a multideterminação do processo saúde-doença, alinhados ao modo de atenção psicossocial. O acolhimento, o vínculo, a escuta e a confiança, importantes elementos do cuidado estão presente nas ações dos serviços. As intervenções terapêuticas têm sido desenvolvidas a partir da singularidade dos casos por meio de Projetos Terapêuticos Individuais, embora sejam consideradas aquém das necessidades das crianças, limitações advindas da escassez de profissionais e serviços da rede. **Considerações Finais:** Embora os serviços de saúde atuem na direção do cuidado alicerçado no modo psicossocial, eles têm atuado de forma pouco articulada com outros setores. A hegemonia da cultura psiquiátrica é um desafio a ser enfrentado. São urgentes ações que possam promover mudanças nessa cultura predominante e no imaginário social no que toca aos problemas de saúde mental e aceitação das diferenças.

Descritores: saúde mental, criança, saúde pública, serviços de saúde, serviços de saúde mental.

Delfini PSS. Children mental health care from the perspective of professionals, familiars and children [thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The concern and incorporation of mental health problems in public health policy and the development of actions focused on these situations are recent. Nowadays, these actions may happen throughout an attention network composed by different services which actions are articulated to other social sectors. **Objective:** Analyze processes and conditions involved in mental health care production in the perspective of psychosocial paradigm in the psychosocial care network. **Method:** Qualitative research, using Institutional Analysis theoretical and methodological tools, developed through Participant Observation in (1) articulation meetings between health services professionals, (2) Primary Health Care services and (3) Psychosocial Care Centers for children and adolescents in Mauá city, Sao Paulo, Brazil. The Participant Observation promoted the understanding of care procedures in daily attention to children in these services. In order to develop a deeper understanding in the research, we have developed Focus Groups with professional that work in primary health care services (Family Health Strategy) and in Psychosocial Care Centers for children and adolescents, also with familiars and the children themselves taken care in these centers. The data were analyzed and interpreted using concepts from Winnicott psychoanalysis, psychosocial care paradigm and institutional analysis. **Results and Discussion:** The public interest, policy investment and direction of action in services organization, based on psychosocial care paradigm, promote the possibilities to the construction of changing practices in mental health care. The incorporation of mental health care in primary health care services besides presenting tension between the instituted (based on specialized care) and the instituting mode (mental health as part of general health), shows positive changes in actions and conceptions of workers. However, the development of intersectoral actions and the construction of a broader network of care have been limited because of the lack of services and professionals as well as different conceptions that characterizes this field. The participants of the research show different comprehensions about mental health problems and expectations about mental health care. There is a strong psychiatric culture, observed especially between familiars and in intersectoral services as well as an inclination to psychosocial attention paradigm, more frequently presented between the professionals. In health services, there are instituting movements that emphasize the integrality of care, interdisciplinary care, multi-determination of health-disease process, aligned to psychosocial care mode. The construction of a relationship considering elements such as holding, listening and trust are important pieces of care, which are considered and used in the researched services. The therapeutic interventions are developed through particularities of each case, using Individual Therapeutic Project, which are considered less than children's needs, mainly because of the limits concerning lack of professionals and services. **Final Concerns:** Although health services actions are aimed at psychosocial care mode, they have not acted in an effective articulation with intersectoral network. The hegemony of psychiatric culture is a challenge that needs to be faced. Actions aimed at changing this predominant culture and social imaginary about mental health problems and acceptance of differences are urgent.

Descriptors: mental health, children, public health, health services, mental health services.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA - CONTEMPORANEIDADE DO TEMA.....	18
1.2 O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	26
1.2.1 Contribuições da Teoria de Winnicott sobre o Cuidado.....	28
1.2.2 O Cuidado no Campo da Saúde.....	31
1.3 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PARADIGMA DE CUIDADO...	36
1.3.1 O Modo de Atenção Psicossocial.....	36
1.3.2 A Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental de Crianças e adolescentes e a Rede de Atenção Psicossocial.....	43
2. OBJETIVOS.....	49
2.1 OBJETIVO GERAL.....	49
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
3.1 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	50
3.1.2 Análise Institucional.....	51
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	61
3.2.2 As Regiões de Saúde e o Território III.....	62
3.3 CAMINHOS, PROCEDIMENTOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA	64
3.3.1 Observação Participante.....	68
3.3.2 Grupos Focais.....	69
3.3.2.1 Considerações sobre os GF com Profissionais.....	72
3.3.2.2 Considerações sobre os GF com Familiares.....	76
3.3.2.3 Considerações sobre os GF com Crianças.....	78
3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	81
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	82
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	85
4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MAUÁ - COMPOSIÇÃO E MUDANÇAS.....	85
4.1.1 O CAPSi Florescer.....	88
4.1.2 Unidades Básicas de Saúde do Território III.....	89
4.1.3 Crianças em Atendimento em Saúde Mental no Território III: CAPSi	91

e Atenção Básica.....	
4.1.4 As Mudanças na Pele dos Profissionais.....	102
4.2 CONCEPÇÕES ACERCA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS.....	112
4.2.1 Identificação de Problemas de Saúde Mental por Familiares e Profissionais: Procura por Atendimento e Encaminhamentos.....	113
4.2.2 Patologização da Infância x Multideterminação das Manifestações Emocionais e Comportamentais das Crianças.....	119
4.2.3 O Papel dos Diagnósticos: Abertura ou Clausura?.....	130
4.3 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS: AS PRÁTICAS DE CUIDADO.....	139
4.3.1 Alcances e Desafios na Construção do Projeto Terapêutico Singular...	140
4.3.2 As Intervenções Terapêuticas Praticadas nos Serviços.....	147
4.3.3 Acolhimento, Vínculo, Escuta e Confiança como Elementos do Cuidado.....	155
4.4 PROCESSOS DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	163
4.4.1 A Territorialização como Modelo Organizacional dos Serviços.....	163
4.4.2 A Lógica da Produtividade x A Lógica do Acolhimento.....	167
4.4.3 A Horizontalidade e a Verticalidade das Relações Profissionais.....	172
4.5 ARTICULAÇÕES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E INTERSETORIAIS.....	177
4.5.1 Facilidades e Dificuldades no Setor Saúde.....	177
4.5.2 A Urgência da Intersetorialidade.....	180
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	186
6. REFERÊNCIAS.....	196
ANEXOS.....	206
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissional).....	207
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (familiar).....	208
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (criança).....	209
Anexo IV - Roteiro de grupo focal com profissionais CAPS.....	210
Anexo V - Roteiro de grupo focal com profissionais UBS.....	211
Anexo VI - Roteiro de grupo focal com familiares.....	212
Anexo VII – Roteiro de grupo focal com crianças.....	213
Anexo VIII - Ficha de Identificação – crianças atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica do Território III.....	214
Anexo IX – Ficha de Identificação participantes da pesquisa – profissionais....	215
Anexo X - Ficha de Identificação participantes da pesquisa – familiares.....	216

Anexo XI - Itinerário construído por um familiar participante do GF (ex. 1).....	217
Anexo XII - Itinerário construído por um familiar participante do GF (ex. 2)...	218
Currículo Lattes do Autor.....	219
Currículo Lattes do Orientador.....	220

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos para lidar com ele.	40
Quadro 2: Concepção da organização das relações intrainstitucionais, e da divisão do trabalho interprofissional.	41
Quadro 3: Concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral.	41
Quadro 4: Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos.	42
Quadro 5: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.	45
Quadro 6: Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia de Saúde da Família do Território III do município de Mauá, SP, 2014.	63
Quadro 7: Procedimentos realizados na pesquisa.	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Município de Mauá dividido por Regiões de Planejamento de Saúde, 2014.	62
Figura 2: Distribuição da proporção (%) dos usuários dos CAPSi, residentes no Território III, segundo queixa inicial.	100
Figura 3: Distribuição da proporção (%) das crianças atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental de Mauá do Território III de saúde, segundo queixa inicial.	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo sexo, Mauá, SP, 2014.	92
Tabela 2: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo faixa etária, Mauá, SP, 2014.	93
Tabela 3: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo principal responsável, Mauá, SP, 2014.	93
Tabela 4: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo procedência, Mauá, SP, 2014.	95
Tabela 5: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo inserção escolar, Mauá, SP, 2014.	95
Tabela 6: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo serviços que frequenta (outros, exceto escola), Mauá, SP, 2014.	97
Tabela 7: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi, residentes no Território III de saúde, segundo hipótese diagnóstica, Mauá, SP, 2014.	98
Tabela 8: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi, residentes no Território III de saúde, segundo intervenções terapêuticas atuais, Mauá, SP, 2014.	99
Tabela 9: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental na Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo intervenções terapêuticas atuais, Mauá, SP, 2014.	100

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil

CECCO - Centro de Convivência e Cultura

CEMEI - Centro Municipal de Educação Inclusiva

CER - Centro Especializado de Reabilitação

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social

CRSMCA - Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EP – Educação Permanente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GF – Grupo Focal

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONG – Organização não governamental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

O interesse e a preocupação com o tema do cuidado voltado às pessoas cujas vidas se encontram atravessadas pela problemática da saúde mental vem me acompanhando desde a graduação em Psicologia. Em diversos momentos do curso, me deparava com a questão de como cuidar dignamente das pessoas com intenso sofrimento psíquico, como oferecer algo para além da assistência presente nos hospitais psiquiátricos em que estagiei e que, até então, era a única modalidade de atenção por mim conhecida.

Ao longo da minha formação inicial, de 1999 a 2004, tive pouco contato com outras formas de atenção em saúde mental, além da manicomial. Lembro-me de uma aula em que foi apresentado o trabalho de Acompanhamento Terapêutico (AT). Essa aula me marcou profundamente e influenciou todo meu percurso, tendo me impulsionado a iniciar um curso sobre AT, logo em seguida. O curso incluía o acompanhamento supervisionado de um paciente que, no caso do meu, fazia tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade, serviço com o qual tive contato pela primeira vez. Tal foi meu encantamento e interesse com a função e com o serviço que segui conectada com ambos até os dias atuais.

Depois da graduação, ingressei no Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental no CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, onde tive contato muito próximo com profissionais partilhando das mais variadas posições teórico-práticas, além de sujeitos em sofrimento psíquico, cada um com suas histórias e vivências tão singulares. A atenção em rede, envolvendo diversos recursos e atores, respeitando a singularidade de cada pessoa, seus interesses, possibilidades e limitações, a inserção social como objetivo primordial do tratamento, a lógica de atenção psicossocial e toda sua

complexidade me fizeram acreditar na possibilidade de contribuir, por meio do cuidado, para se estabelecer outros “modos de viver a vida”.

Os usuários mais jovens do serviço chamavam minha atenção por me levarem a pensar que suas vidas podiam ser transformadas a partir de um conjunto de circunstâncias, dentre elas, o cuidado que recebiam. Torcia para que não “caíssem” nas velhas amarras manicomiais, ainda presentes na atenção em saúde, e para que não compusessem o grupo dos pacientes castigados por inúmeras internações e na decorrente perda de identidade expressa, por exemplo, no modo como se identificavam: “sou esquizofrênico, fui internado x vezes e faço tratamento no CAPS há x tempo”.

Ao ingressar no mestrado, em 2008, impulsionada pela minha recém-entrada no Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, prossegui com estudos na área de saúde mental, com ênfase na infância e adolescência. Minha curiosidade investigativa permanecia no estudo sobre o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, já com o recorte da criança e do adolescente. Minha pesquisa de mestrado, intitulada *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e Estratégia de Saúde da Família (ESF): articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes* (DELFINI, 2010), teve como principal objetivo investigar as relações estabelecidas entre os CAPSi e a Atenção Básica nos cuidados direcionados à saúde mental de crianças e jovens em diferentes regiões da cidade de São Paulo.

Pude perceber que a principal forma de contato entre os profissionais dos CAPSi e da ESF se dava pelo encaminhamento de casos, ou seja, pelo envio da criança/adolescente e sua família da Atenção Básica para o serviço especializado (CAPSi) ou vice-versa. Nota-se, com isso, a predominância de um modelo piramidal de organização dos serviços em detrimento ao trabalho em rede, proposto pela Reforma Psiquiátrica, assim como uma visão fragmentada do sujeito e departamentalizada de assistência, no lugar de uma ação integralizada. Apesar disso,

pude notar que algumas unidades conseguem colocar em prática uma atenção partilhada entre as equipes que se corresponsabilizam pelas situações, compartilham os casos e lidam com a integralidade dos sujeitos.

No entanto, algumas questões permaneceram: O que leva alguns serviços a conseguirem trabalhar conjuntamente e em rede, enquanto outros, não? Quais são as condições necessárias para a atenção em rede? Quais são os processos envolvidos no cuidado de crianças em saúde mental? Como se cuida dessas crianças? A partir de que olhares e saberes? Quais ações e intervenções terapêuticas são postas em prática? Quais os recursos terapêuticos disponíveis? Quais são os limites e alcances dessas ações? Os profissionais da Atenção Básica têm recebido respaldo para lidar com essas questões? Como se sentem para enfrentar esse desafio? E as famílias, como veem e sentem os cuidados que recebem?

Durante o período do doutorado, surgiram novos conhecimentos, novos desafios, novas questões e novas possibilidades. Escolhi como lócus da pesquisa o município de Mauá, local que tem construído, nos dois últimos anos, uma forma de cuidado em saúde mental antimanicomial, apoiado na perspectiva da atenção psicossocial. Ainda, o município estava de acordo com um pressuposto que fui construindo ao longo do projeto da pesquisa: o apoio e a coerência político-administrativa na gestão em saúde em prol da Reforma Psiquiátrica e da integralidade da atenção são condições para que se construam novas formas de cuidar.

Além disso, a proximidade que tenho com a cidade advém tanto da participação de membros do LASAMEC na coordenação da saúde mental do município e na gerência do CAPSi, quanto da minha própria atuação como psicóloga do CAPS III adulto do município, durante alguns meses no período do doutorado. Minha atuação no município levou-me a vivenciar, como profissional, as dificuldades e as possibilidades da construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de um cuidado coerentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Além disso, a parceria do LASAMEC com Mauá tem proporcionado um vínculo

contínuo com os serviços de saúde. Como exemplo, temos proposto e acompanhado visitas de alunos de Graduação em Saúde Pública da USP, assim como de curso de verão sobre saúde mental da FSP/USP para conhecimento dos serviços e discussão sobre a RAPS. Participação de Congressos em parceria, convite para aulas de profissionais atuantes em Mauá são algumas das ações conjuntas que desenvolvemos.

Assim, as inquietações advindas do mestrado, aliadas à proximidade com o município de Mauá e sua possibilidade em oferecer uma atenção em saúde mental baseada no modo de atenção psicossocial, me levaram ao desenvolvimento da pesquisa que aqui se apresenta.

No capítulo 1, fazemos uma contextualização do estudo, iniciando por discutir a contemporaneidade do tema da saúde mental da criança nas políticas públicas. Em seguida, discutimos a temática do cuidado tanto no plano conceitual, a partir da psicanálise winnicottiana, quanto em sua operacionalidade no campo da saúde mental. Após, discutimos o paradigma da atenção psicossocial, o qual adotamos como referencial analítico dos modos de produção do cuidado no local estudado e apresentamos a Rede de Atenção Psicossocial.

Os objetivos, geral e específicos da pesquisa, são apresentados no capítulo 2. Posteriormente, no 3º capítulo, relatamos o percurso metodológico adotado, começando por uma discussão sobre a Análise Institucional como referencial teórico-metodológico. Ainda neste capítulo, apresentamos o cenário da pesquisa, nossa motivação e implicação com a pesquisa e o local de realização e todo o processo de desenvolvimento da investigação, incluindo os procedimentos e os participantes.

No capítulo 4, apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa que foram subdivididos em temas centrais que correspondem a cada subcapítulo, visando contemplar tanto nossos objetivos quanto as temáticas que tiveram maior relevância no campo estudado. No quinto e último capítulo da tese, apontamos nossas considerações finais e discutimos as potencialidades e limites da pesquisa, além de retomarmos o caminho que traçamos ao longo

do processo investigativo. Esperamos que esse trabalho possa servir como inspiração aos trabalhadores em seu cotidiano de atuação e aos pesquisadores na elaboração de novos estudos dentro desse campo ainda bastante carente de investimento científico.

1. INTRODUÇÃO

1.1 SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA: CONTEMPORANEIDADE DO TEMA

Saberes e práticas sobre a saúde mental infantil são bastante recentes e guardam ligação com construções teóricas sobre a saúde mental dos adultos, mas também dela se distingue, formando um percurso histórico específico¹.

A própria concepção de infância, como um período da vida com particularidades e demandas especiais, tal como entendemos hoje, faz parte de uma construção social e histórica que se modificou ao longo dos anos. Philippe Ariès, historiador francês cujo objeto de estudo se centrou na concepção e no lugar social da infância e da família em diferentes períodos, afirma que, durante séculos, a criança foi percebida e tratada como um adulto em miniatura, sem peculiaridades que pudessem demandar uma preocupação especial (ARIÈS, 1978).

Na sociedade medieval, tão logo a criança deixasse de necessitar de cuidados constantes, já era considerada pertencente ao mundo dos adultos. Por volta dos séculos XV e XVI, evidencia-se o início da construção de um sentimento de infância quando, por um lado, a criança era vista como inocente e ingênua, levando a uma atitude de proteção, e por outro, era encarada como imatura e incompleta, levando à necessidade de moralização, treinamento e disciplina para a vida adulta (CORSARO, 2011). De todo modo, a infância passa a ser alvo de um olhar diferenciado em relação ao adulto. Assim, gradativamente, ela é afastada do espaço pleno social e do mundo do trabalho e deslocada a ambientes sociais determinados,

---

¹ Em capítulo do livro organizado por Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010), traçamos um breve histórico da saúde mental infantojuvenil, discutindo tanto a inspiração da psicopatologia do adulto para a infância quanto suas especificidades históricas e a importância das instituições escolares e filantrópicas nesse processo (REIS et al, 2010a).

como a escola e a família (BERTUOL, 2003). Apoiada nas ideias de Ariès e Foucault, BERTUOL (2008) afirma que o afastamento da criança do espaço público é parte constituinte da ideia de infância construída na sociedade moderna, relacionado tanto a um sentimento particularizado em relação à criança, que se consolida no século XVIII com as mudanças nas formas de vida familiar, quanto a uma racionalidade moderna de controle das relações sociais.

As diferentes concepções e formas de relacionamento com as crianças são construções sociais e, portanto, guardam estreita relação com o momento histórico e organização social de cada época. Consideramos que, hoje, há uma polissemia de representações acerca da infância que guardam resquícios com as diversas concepções presentes ao longo da história, dentre elas: (1) a criança como um ser incompleto, um vir a ser, um não-adulto; (2) a criança como ser puro e inocente corrompido pelo mundo adulto; (3) a criança marcada pelo pecado original que deve ser afastada e protegida contra o risco de cair no crime ou marginalidade; (4) a criança como natureza universal, cujo desenvolvimento é processual e inato (BERTUOL, 2003).

Vale dizer que no campo da Sociologia da Infância compreende-se a criança como ator social - nega-se seu lugar de passividade e de simples reprodutor social -, enfatiza-se sua participação, tanto em sua própria socialização, quanto sua influência na sociedade, assim como se ressalta seu protagonismo em sua história e realidade social (OLIVEIRA et al, 2013). A noção de criança com a qual trabalhamos neste estudo apoia-se nesses pressupostos, aliados a consideração da criança como sujeito de direitos e sujeito psíquico que abordaremos a seguir.

Não cabe no escopo deste trabalho a análise do processo de construção social da infância, sendo aqui brevemente apresentado com o objetivo de desnaturalizar a infância, enfatizar seu caráter sócio-histórico, sua constituição dentro e dependente das relações sociais, elucidar sua recenticidade como conceito, assim como sua polissemia.

Ao se considerar a infância como um período especial do desenvolvimento e a criança como um grupo social específico, amplia-se o interesse de estudiosos de diversas áreas para a infância: da Psicologia, da Sociologia, da Pedagogia, da Medicina, da Saúde que problematizam e delimitam concepções sobre a infância e formas de tratar as crianças.

Em se tratando do campo da saúde mental infantil, estudos nessa área ganham terreno e se tornam, gradativamente, focos de interesse científico a partir do século XIX. Podemos dizer que a temática da incapacidade intelectual inaugura a psicopatologia infantil, ao desenvolver os conceitos de idiotia, imbecilidade e debilidade. Ao longo dos séculos XIX e XX, surgem, em diversos países, iniciativas que contribuíram para a constituição do campo da saúde mental infantil, tanto no âmbito da assistência, com instituições para crianças “atrasadas e anormais”, quanto no plano teórico-conceitual. Amplia-se, paulatinamente, o interesse sobre as questões de saúde mental da infância a serem estudadas e tratadas, não somente o déficit intelectual, passando a incluir problemas de ordem social, como a delinquência e, posteriormente, perturbações de ordem afetiva e emocional, como o autismo e a psicose infantil (REIS et al, 2010).

No Brasil, estudos mais consistentes sobre a saúde mental infantil datam do início do século XX, quando a criança passa a ser valorizada como futuro da sociedade e, a infância, considerada importante período para o desenvolvimento de ações de prevenção da insanidade e delinquência, visando “garantir a boa formação do caráter e da conduta” (TELLES, 2010, p. 134).

Nesta época, a atenção voltada a elas se alicerçava no movimento de Higiene Mental, projeto de saneamento e prescrição de hábitos alimentares, indumentários e disciplinares, com inspiração jurídico-normativa. Tal atenção ia além do campo da saúde, assumindo as escolas e outros locais públicos o papel de adequar as crianças às regras sociais e ensinar-lhes boas condutas (ASSUMPÇÃO, 1995). A família, considerada incapaz de proteger a vida das

crianças - o que se mostrava como um dos fatores que levavam aos altos índices de mortalidade infantil - estava submetida à ordem médica que impunha as normas de disciplina física, moral, intelectual e sexual baseadas nos preceitos sanitários (COSTA, 1979).

No tocante à assistência, predominava a reclusão em instituições filantrópicas, abrigos ou orfanatos que, em nome da proteção social, acabavam por promover exclusão. As crianças então assistidas, com vistas à disciplinarização e adaptação social, eram as deficientes sociais (pobres), as deficientes mentais (consideradas ineducáveis) e as deficientes morais (delinquentes) (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, é promulgado o primeiro Código de Menores, conhecido como Código de Mello Mattos², em 1927, representando importante avanço para a época, por se tratar do primeiro documento legal brasileiro voltado exclusivamente para a criança e o adolescente. Nesse documento, a criança a ser tutelada pelo Estado era o “menor em situação irregular”, ou seja, órfãos, abandonados, desvalidos e infratores que tinham como forma de proteção prioritária, a reclusão em instituições fechadas.

No cenário mundial, consideramos importante ressaltar que o século XX foi um período de crescente preocupação com a proteção e com os direitos das crianças, configurando novas concepções e formas de relação com a população infantojuvenil. Essas mudanças se expressam em diversos documentos, com destaque para a Declaração de Genebra, de 1924, sobre os Direitos das Crianças, a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança de 1989, da qual o Brasil é signatário³. No âmbito nacional, é na Constituição Federal de 1988 que os direitos das crianças e adolescentes são dispostos, sendo regulamentos por meio do Estatuto da criança e do Adolescente (ECA) de 1990⁴ que substitui

---

² Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927.

³ Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.

⁴ Lei Federal nº 8.069, de 13 de junho de 1990.

o Código de Menores⁵ de 1979. Dentre outros elementos, altera-se a condição jurídica da criança e do adolescente - de menores para sujeitos de direitos - e a doutrina - da situação irregular para proteção integral -, que passam a orientar à atenção voltada a esse público⁶.

O ECA é considerado um documento exemplar, servindo de referência para a América Latina por sua coerência com os direitos humanos, com o respeito ao desenvolvimento de crianças e adolescentes e pelo compromisso em tratar a infância com prioridade absoluta (UNICEF, 2015). Tem se consolidado como principal instrumento para construção de políticas públicas para a promoção e garantia de direitos de crianças e adolescentes na atualidade.

Hoje, 25 anos após sua promulgação, os principais avanços alcançados, segundo documento da UNICEF (2015), foram a redução da mortalidade infantil, a ampliação do acesso à educação e a implantação de uma rede de proteção social. O mesmo documento aponta como desafios a ampliação do alcance desses direitos para a totalidade das crianças e adolescentes do país, assim como o enfrentamento do alto índice de homicídios na adolescência, presentes no Brasil. Consideramos que a promulgação de um documento legal não opera, isoladamente, as transformações práticas em um campo, servindo como um dos elementos que pode contribuir para que as mudanças se efetivem. De acordo com AMARANTE (2007), o indivíduo não é incluído socialmente a partir de uma lei ou decreto, mas sim, mediante um processo social complexo e multifacetado.

Em relação à saúde mental, o estatuto não propõe ações específicas (há apenas um artigo que afirma que “A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado”). Contudo, ao enfatizar a criança e o adolescente como prioridade

---

⁵ Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979.

⁶ Em dissertação de mestrado, Bertuol (2003) analisa e compara os sentidos e versões de criança presentes nesses diferentes documentos, nacionais e internacionais.

absoluta⁷ e a necessidade de se garantir seus direitos, ele proporciona uma abertura para a construção efetiva de políticas públicas específicas para essa população, incluindo as de saúde mental. Isso não significa dizer que as crianças estavam ausentes nas ações e nos debates dos diversos setores historicamente envolvidos em sua assistência (Escola, Saúde, Justiça, Assistência Social, entre outros), uma vez que cada um deles, ainda que de maneira isolada, foram criando novas formas de atuar junto à infância calcadas nos preceitos do ECA, porém sem constituírem uma rede de cuidados intersetorial, tal como proposto na política atual de saúde mental de crianças e adolescentes.

Consideramos que três grandes movimentos da luta democrática brasileira influenciaram o campo da saúde mental infantil: o reconhecimento da criança como sujeito de direitos, tanto pela Constituição de 1988, quanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como discutido acima, o movimento da Reforma Psiquiátrica, e o movimento da Reforma Sanitária (REIS et al, 2010a). A confluência desses três movimentos, intrinsicamente relacionados com o momento histórico em que ocorreram, tem papel decisivo na abertura de caminhos para a construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes.

Em consonância com COUTO e DELGADO (2015), entendemos que a infância e a adolescência estiveram, até o início do século XXI, fora das proposições de políticas públicas de saúde mental, focadas na população adulta. Foi apenas a partir de 2001, com a promulgação da lei 10.216⁸, lei da Reforma Psiquiátrica, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a saúde mental de crianças e adolescentes ganha destaque e uma política específica para essa população começa a ser construída.

---

⁷ Essas prioridades compreendem: (a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

⁸ Lei nº 10.216, de 3 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Nessa Conferência, segundo COUTO (2001), articulam-se a concepção de criança como sujeito de direitos - expressa na Convenção Internacional dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU, 1989), na Constituição Brasileira (1989) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), como discutido anteriormente - e como sujeito psíquico - que pode “se desenvolver, socializar, mas também ser atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana” (COUTO, 2012, p. 7). Além disso, discute-se o direito da criança de ser cuidada de maneira ampla, para além de uma correção ou adaptação comportamental (COUTO, 2012)⁹, coerentes tanto com ideais da Reforma Psiquiátrica quanto com os preceitos do ECA.

A publicação da portaria 336/2002 (BRASIL, 2002) que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), a criação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes, em 2004, a publicação do documento ministerial “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005) são alguns dos marcos que indicam a direção política atual tomada pelo Brasil que tem como diretrizes básicas: a consideração da criança como sujeito de direitos, o acolhimento universal, o encaminhamento implicado e corresponsável, a construção permanente da rede e da intersetorialidade, o trabalho no território, a avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2005). Essa posição é ratificada na IV Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 2010, que incorpora a noção de rede pública ampliada de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, que discutiremos na seção 1.3.2, e no documento “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014). Nesse documento, são ressaltados componentes do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes que devem incluir “ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos

---

⁹ COUTO (2012) desenvolve, em sua tese de doutorado, uma análise sobre a construção da política pública de saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil que aprofunda a discussão sobre esse processo.

e melhorar a qualidade de vida das pessoas (...), que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições” (BRASIL, 2014, p. 27).

Diante do que foi discutido até aqui, entendemos que a contemporaneidade do reconhecimento da saúde mental da criança como questão de saúde pública e a recente criação de uma política de saúde mental específica para a infância indicam a atualidade do tema e a necessidade de investimentos nessa área, tanto no plano da pesquisa, como propomos nessa tese, quanto no plano da assistência.

Entendemos que a atenção em saúde mental de crianças ainda é um desafio atual para a Reforma Psiquiátrica brasileira, que apesar dos avanços alcançados, ainda persistem problemas, tais como crianças desassistidas ou a procura de tratamento, carência de serviços e profissionais de saúde diante das necessidades da população (COUTO, 2001, 2008), assim como desenvolvimento de ações de cuidado pouco articuladas entre os serviços e setores (DELFINI, 2010). A perspectiva de atenção psicossocial defendida na atual política de saúde mental é o carro-chefe das práticas cotidianas dos serviços e dos profissionais de saúde e será discutida a seguir.

1.2 O CUIDADO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (Heidegger, 1995, alegoria de Higino).

O cuidado, tal como aparece na fábula-mito acima descrita, é parte fundamental da essência humana, sem o qual não nos constituímos como sujeitos. Para BOFF (1999), apoiado na filosofia de Martin Heidegger, cuidado é um modo de ser essencial do humano que “se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. E, se fizer, ela sempre vem acompanhada do cuidado” (p. 34). O autor discute o cuidado em sua dimensão ontológica, ou seja, como um fenômeno básico da existência humana que entra na definição do ser humano e estrutura sua prática.

O autor aponta, ainda, para dois significados complementares e interligados para o cuidado e o cuidar: (1) um momento de desvelo, solicitude, zelo e atenção com o outro; (2) uma atitude de ocupação, preocupação, inquietação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. No segundo sentido, ele afirma: “o cuidado somente surge quando a existência do outro tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida” (BOFF, 1999, p. 91). Essas definições são bastante similares com as noções de cuidado discutidas no campo da saúde na atualidade, como abordaremos no item 1.2 deste capítulo.

Em termos práticos, entendemos que o cuidado se traduz em ações próprias da vida cotidiana e são exercidas nas relações, constituindo-se, de acordo com PINHEIRO (2009), como um modo de agir produzido a partir de uma experiência delineada por aspectos sociais, políticos, culturais e históricos em uma determinada sociedade. A prática de cuidar teve origem no espaço doméstico e familiar, considerada como uma tarefa feminina aprendida no fazer cotidiano e repassada de uma geração a outra. Esse saber, gradualmente, extrapolou o âmbito familiar, se configurando como um saber técnico, exercido ou prescrito por profissionais que passam a ser considerados conhecedores privilegiados das melhores formas de atenção e proteção, dentre eles destacam-se os profissionais dos campos da Educação e da Saúde.

A discussão sobre o cuidado também se encontra presente na obra de WINNICOTT (1957; 1963; 1975), psicanalista inglês estudioso do desenvolvimento emocional do bebê, que afirma que para uma pessoa existir, ela necessita de cuidado e atenção de outro ser humano. Para o autor, é a partir do cuidado materno¹⁰ que o bebê constrói sua subjetividade e se torna um sujeito no mundo. Na presente pesquisa, adotamos a psicanálise winnicottiana como referencial teórico, por considerarmos sua estreita ligação com as noções de cuidado, vínculo, acolhimento e confiança, amplamente difundidos no campo da saúde mental e saúde pública brasileira.

Assim, neste capítulo apresentaremos algumas reflexões e conceitos de Winnicott acerca do desenvolvimento infantil que contribuíram para a elaboração e as discussões da pesquisa e, em seguida, discutiremos as noções de cuidado no campo da saúde.

---

¹⁰ O cuidado materno e toda a maternagem são, para Winnicott, providos por uma figura materna, não necessariamente a mãe biológica do bebê.

1.2.1 Contribuições da Teoria de Winnicott sobre o Cuidado

O bebê, ao nascer, é um ser totalmente dependente dos cuidados de um adulto, papel em geral desempenhado pela mãe. Esta deve lhe prover de um *holding* – sustentação física e emocional - adequado para que se possibilite seu desenvolvimento saudável e sua continuidade do ser (WINNICOTT, 1975).

Para Winnicott, o ambiente – representado inicialmente pela figura materna, de quem o bebê ainda não se distingue - tem papel fundamental na constituição do ser humano, pois é a partir da interação com o outro que o bebê vai construindo seu próprio eu. O autor afirma que o bebê nasce psiquicamente desintegrado, mas com uma tendência inata ao desenvolvimento que se processa pelo provimento de um ambiente facilitador, proporcionado pela mãe, num primeiro momento, e incorporando gradativamente outras figuras e ambientes.

Nesse sentido, é por meio do cuidado repetitivo, contínuo e afetuoso, que o desenvolvimento emocional e a separação entre o eu e o não-eu se tornam possíveis. À fase inicial da vida que é própria do ser humano - única espécie incapaz de sobreviver sem proteção e cuidado - ele denomina de dependência absoluta (WINNICOTT, 1957), período em que o bebê vive em um estado de fusão com a figura materna.

Para que a parceria entre ambos se efetive, a mãe deve assumir uma posição de devoção ao bebê. O autor chama de preocupação materna primária, o estado psicológico especial da mãe, que ocorre do final da gestação até os primeiros meses de sua vida, em que ela se identifica e se adapta ao bebê de tal forma que possa atender prontamente às suas necessidades (WINNICOTT, 1975). Assim, cabe à mãe se adequar as necessidades do bebê e respondê-las, no início da vida, tão prontamente que ele tem a impressão que criou o mundo, o que o autor chama de ilusão de onipotência, importante elemento para o desenvolvimento

futuro de sua capacidade criativa e de confiança. Essa ilusão proporcionada pela mãe, dá ao bebê a sensação de que há uma realidade externa correspondente a sua criação (WINNICOTT, 1975), o que contribui para sua posterior distinção e percepção objetiva do mundo.

Na medida em que o bebê cresce, a mãe vai lhe apresentando “o mundo em pequenas doses”¹¹ e a separação entre eles se efetua gradativamente, em ritmo variável de acordo com o bebê e o ambiente. Isto significa que, aos poucos, a mãe deixa de respondê-lo imediatamente, levando-o a experienciar frustrações, importante elemento do processo de individuação e do estabelecimento de relações objetais. Esse processo de desilusão é tão importante para o desenvolvimento emocional do bebê quanto o da ilusão. Ele ocorre pouco a pouco, respeitando a capacidade do bebê, que passa a ter uma dependência relativa com o ambiente e a percebê-lo como diferente de si.

A mãe suficientemente boa é aquela capaz de exercer seu papel na medida certa, ou seja, é aquela que proporciona ao bebê vivenciar a realização plena de suas necessidades, quando ele precisa, mas que também contribui para que ele se constitua enquanto sujeito, sem sufocá-los em cuidados excessivos. Nas palavras de WINNICOTT (1975, p. 25), “se tudo corre bem, o bebê pode, na realidade, vir a lucrar com a experiência de frustração, já que a adaptação incompleta torna reais os objetos”.

Como mencionado acima, o *holding*, atitude de cuidado que envolve amor, ternura, afeto, refere-se tanto a uma sustentação física - segurá-lo no colo, protegê-lo fisiologicamente da temperatura, tato, audição - quanto psíquica - fornecer todo o apoio egóico que ele precisa para se integrar.

Ao enfatizar a importância do mundo externo no desenvolvimento psíquico, o autor aponta que falhas ambientais no início da vida são vividas como ameaçadoras e podem

---

¹¹ Esse é o título de um artigo de Winnicott, publicado, no Brasil, no livro *A criança e seu mundo* (2008).

acarretar problemas emocionais futuros. Contudo, ele defende a ideia de que essas falhas não são irreversíveis, podendo ser reeditadas, revividas e reelaboradas em relações posteriores (BLEICHMAR, 1992), o que indica a possibilidade de que a provisão de um “ambiente suficientemente bom” tem potencial para o cuidado de crianças em diversos contextos.

Winnicott afirma que a tarefa de aceitar a realidade nunca está completa na vida humana, havendo uma tensão entre realidade interna e externa, aliviada por uma área intermediária de experiência, a qual ele nomeia de espaço potencial. O brincar, aspecto universal da natureza humana, ocorre nesse espaço intermediário, permitindo uma relação da pessoa consigo e com o mundo. Para o autor, é no brincar que o indivíduo “pode ser criativo e utilizar sua personalidade: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre seu eu (self)” (WINNICOTT, 1975, p. 80). Assim, brincar com a criança e permitir que ela brinque contribuem para que ela exerça sua personalidade, lide com suas ansiedades internas, comunique-se e se relacione com o mundo nesse espaço paradoxal interno e externo. Nesse sentido, o brincar facilita o crescimento e, portanto, a saúde (WINNICOTT, 1963).

Assim, pensamos que a atenção à criança e a atenção em saúde devem estar pautadas em uma atitude cuidadora que envolva acolhimento, vínculo, disponibilização de um ambiente seguro e confiável e que tenha o brincar como possibilidade de comunicação, de exposição e elaboração de conflitos e de desenvolvimento de sua saúde. Vale dizer que Winnicott rejeita a ideia de saúde como ausência de doença e afirma que o trabalho de saúde deve possibilitar integração emocional para que as pessoas possam viver suas vidas de modo espontâneo.

Nesse sentido, o profissional de saúde deve ter habilidade para estar com, no sentido de estar com o outro do jeito que ele está, e deve desenvolver uma “espera ativa”, que é uma postura acolhedora, instrumentalizada e sensível a promover encontros em que o paciente possa expor suas angústias (OURY, 1991). Tal tarefa tem sido proposta no campo da saúde

pública brasileira, especialmente no campo da saúde mental, baseando-se nos conceitos de cuidado, integralidade, humanização da assistência, proximidade, vínculo, acolhimento, singularidade, entre outros, que serão discutidos adiante.

1.2.2 O Cuidado no Campo da Saúde

Como discutido acima, o cuidado é próprio da natureza humana, necessário para nossa sobrevivência e integrante das relações sociais. Para cuidar é preciso uma abertura ao encontro, uma exposição e um compromisso com o outro (CECCIM e PALOMBINI, 2009; YASUI, 2010a), um compromisso com a construção de projetos de felicidade, como afirma AYRES (2001).

No campo da saúde, a noção de cuidado vem sendo amplamente discutida, por ser considerada o seu centro de ação, a essência do trabalho cotidiano exercido pelos profissionais (YASUI, 2010a). PINHEIRO (2009) conceitua o cuidado em saúde, no Dicionário de Educação Profissional em Saúde, como:

Uma **ação integral** que tem significados e sentidos voltados para compreensão de **saúde como o ‘direito de ser’** (...) com as **diferenças dos sujeitos** (...) que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas. (...) O **tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento** – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com **qualidade e resolutividade de seus problemas**. (...) Uma ação integral fruto do **‘entre-relações’ de pessoas**, (...) usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em **atitudes**, tais como: **tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo**. (...) Uma **atitude interativa** que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo **acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida**. (...) Uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde, **não podendo se restringir apenas às competências e tarefas técnicas**, pois o **acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos** compõem os elementos inerentes à sua constituição. (...) Uma **relação intersubjetiva** que se desenvolve em um tempo contínuo, e que, além do **saber**

profissional e das tecnologias necessárias, abre espaço para negociação e a **inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro** (PINHEIRO, 2009, destaques nossos).

Essas definições demonstram o caráter polissêmico do conceito e a importância de se levar em conta seus diferentes aspectos, a composição de diversos saberes e práticas, incluindo, também, os elementos relacionais.

Vale dizer, ainda, que o cuidado assim entendido retrata um posicionamento crítico em relação à racionalidade científica biomédica, de caráter restritivo e organicista, que se traduz na fragmentação do conhecimento e da atenção em especialidades. Essa tendência da atenção em saúde cuja intervenção se direciona a uma doença, aliada aos avanços tecnocientíficos, dentre outros fatores, têm levado à ênfase nas intervenções técnicas e instrumentais, tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2000, 2002), em detrimento ou sem consideração, aos aspectos relacionais – tecnologias leves¹². São esses últimos que compõem o cerne do cuidado que discutimos neste trabalho e que investigamos no campo da saúde mental de crianças.

Nessa perspectiva, CECILIO (2009, 2011) define a gestão do cuidado em saúde como “o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz” (CECILIO, 2011, p. 589) que se realiza em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Embora essas dimensões estejam inter-relacionadas, investigaremos, no contexto deste estudo, as dimensões profissional – que se dá no encontro profissional e usuário; organizacional – que ocorre nos serviços de saúde, marcada pela divisão do trabalho;

---

¹² Merhy (2000, 2002a) afirma que são necessários saberes tecnológicos para desenvolver um “trabalho vivo em ato” e classifica como tecnologias duras os equipamentos, máquinas, exames laboratoriais, normas, estruturas organizacionais; como tecnologias leves-duras, os saberes estruturados, como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise; e como tecnologias leves as relações sociais no trabalho, produção de vínculo, acolhimento e a gestão do processo de trabalho.

e sistêmica – que se realiza nas articulações entre os serviços de saúde, na construção de redes e linhas de cuidado (CECILIO, 2011).

A dimensão profissional se compõe por três elementos que podem indicar maior ou menor possibilidade de se produzir um bom cuidado: (1) a competência técnica do profissional em seu núcleo de saber específico, (2) a postura ética do profissional, ou seja, sua capacidade de mobilizar seu conhecimento com suas condições de trabalho para atender as necessidades, (3) a capacidade do profissional de produzir vínculos com os usuários (CECILIO, 2011), importante recurso terapêutico na atenção à saúde que contribui para a ampliação da clínica (CAMPOS, 2007; LANCETTI, 2006), ou seja, para a ampliação do objeto de intervenção e dos meios para tratá-lo.

Assim sendo, a relação estabelecida entre um profissional cuidador (ou uma equipe) e um usuário (ou um conjunto deles) a ser cuidado não apenas influencia o tratamento, como é parte integrante dele. As noções de acolhimento, escuta qualificada, vínculo, corresponsabilização, humanização da assistência são fundamentais nas práticas de saúde (BRASIL, 2006) e têm especial importância na saúde mental, pois são os operadores primordiais de tratamento de questões psicossociais.

Essa proposta de cuidado implica uma mudança paradigmática, de uma relação estática e objetificadora, entre profissionais e sujeitos-alvo de intervenções, com vistas à resolução de um problema, para a relação entre dois sujeitos singulares, visando à promoção do bem estar (AYRES, 2000). Neste sentido, busca-se, de maneira ativa, relacionar o aspecto técnico aos aspectos humanistas da atenção à saúde (AYRES, 2004) - o espaço relacional entre sujeitos que se encontram em uma consulta, em um pedido de ajuda, em um grupo.

A clínica ampliada – clínica do sujeito, considerado como um ser biológico, social e histórico (CAMPOS, 2007) – como instrumento de ação em saúde (BRASIL, 2007, 2009), vai ao encontro das noções embutidas no cuidado até aqui discutidas. Essa clínica envolve escuta

qualificada, acolhimento de toda e qualquer demanda que surge nos serviços, estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais e consideração desses usuários como sujeitos de direitos, implicados em seu processo de cuidado. A ampliação que ela propõe engloba diferentes aspectos: (1) compreensão ampliada do processo saúde-doença; (2) construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; (3) ampliação do “objeto de trabalho”; (4) transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; (5) suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009), o que indica a necessidade de alargamento de uma perspectiva clínica considerada restritiva, que tende a fragmentar o paciente e intervir de maneira isolada em cada problema específico.

No campo da saúde mental, essas propostas de transformações são discutidas, no Brasil, desde o fim da década de 70, a partir da Reforma Psiquiátrica, que enfatiza a necessidade de cuidar das pessoas em sua “existência-sofrimento”, enquanto pessoas que sofrem como sujeitos, rompendo com a lógica doença-cura, predominante na assistência psiquiátrica. A ação na clínica ampliada, nesse contexto, se volta para “um Sujeito concreto não somente marcado por biografia singular, mas também seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade ou de sofrimento ou de deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico” (CAMPOS, 2007, p. 54).

Nesse sentido, cuidar é “ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta esse sofrimento” (ROTELLI et al, 2001, p. 33). A psiquiatria democrática italiana¹³ foi um movimento que influenciou fortemente a Reforma Psiquiátrica brasileira. Propõe que se coloque a doença entre parênteses, para se retomar o contato com verdadeiro objeto da psiquiatria, a existência sofrimento dos pacientes e sua

---

¹³ Sobre esse processo, sugerimos o livro *Desinstitucionalização* (ROTELLI et al, 2001), composto por textos que debatem a experiência italiana.

relação com o corpo social. Tal proposta não significa negação da doença ou das dificuldades concretas vividas por pessoas em intenso sofrimento psíquico, mas a o deslocamento do foco que passa a ser o indivíduo em toda sua complexidade (ONOCKO-CAMPOS, 2001), importante desafio teórico-prático da atualidade.

Ainda, a clínica ampliada implica a composição de diversos saberes e o envolvimento de diversos atores no desenvolvimento de ações. No caso da infância, VICENTIN (2006) afirma que a clínica é necessariamente ampliada, pois o cuidado em saúde de crianças só se efetua se desenvolvido de modo interdisciplinar e intersetorial.

Vale dizer que o modelo biologizante que se apresenta em uma ação clínica restritiva e fragmentada ainda é hegemônico e vai ao encontro do imediatismo da sociedade moderna e da lógica da produtividade que rege os processos de trabalho (DELFINI e REIS, 2012), o que torna a proposta da clínica ampliada mais desafiadora. Além disso, a formação dos profissionais nas universidades, em grande parte, direcionada às especialidades e a atuação objetiva dentro de um campo de saber específico e fragmentado, leva os profissionais a chegarem aos serviços de saúde na expectativa de atuarem dentro de sua área específica, ou seja, com as especificidades de seu núcleo de saber em práticas tradicionais e isoladas.

Assim, as propostas de cuidado aqui apresentadas ainda se configuram como um desafio para os profissionais dos serviços. Consideramos a perspectiva da atenção psicossocial como um modo de se responder a esse desafio no campo da saúde mental, que coaduna com os conceitos de cuidado e clínica ampliada (CUNHA, 2005), assim como das noções a eles relacionadas.

1.3 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO PARADIGMA DE CUIDADO

1.3.1 O Modo de Atenção Psicossocial

O termo psicossocial começou a ser usado no campo da saúde no contexto das transformações das práticas médicas, a partir de uma nova proposta de visão globalizada de indivíduo, enquanto ser biopsicossocial que demanda um tratamento multiprofissional, em contraponto a uma visão biologizante. Essa proposta de considerar as dimensões sociais e psicológicas, além dos aspectos biológicos nas enfermidades se configura nos projetos da medicina integral, preventiva e comunitária (DONNANGELO, 1976) e se espalha para diversas áreas da saúde.

No campo das práticas de atenção em saúde mental no Brasil, o termo psicossocial - com o sentido de designar as práticas reformadoras em sentido amplo e incorporar os aspectos psíquicos e sociais aos biológicos - é absorvido, tanto por influência da Medicina Comunitária quanto dos movimentos de crítica a Psiquiatria advindos de outros países, tais como as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos), a Psiquiatria de Setor (França), a Psiquiatria Comunitária (Estados Unidos), a Antipsiquiatria (Inglaterra), a Psiquiatria Democrática (Itália), e a Psicoterapia Institucional (França)¹⁴.

Os três últimos têm papel decisivo na reformulação das práticas em saúde mental e contribuem para que o termo psicossocial aspire ao estatuto de conceito (COSTA-ROSA et al, 2003), ao trazer consigo as ideias de transformações mais radicais em relação ao paradigma

---

¹⁴ Sobre esses movimentos e seus reflexos na Reforma Psiquiátrica brasileira, sugerimos o livro “Loucos Pela Vida - a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (Amarante, 1995).

psiquiátrico: na concepção de objeto, na estruturação da instituição e das relações terapêuticas, na fundamentação teórico-técnica e nas implicações éticas de suas ações.

Assim, COSTA-ROSA (2000, 2003) afirma que o conceito psicossocial designa as “práticas em saúde mental coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria” (p. 19) e propõe a designação de modo psicossocial a um novo paradigma de práticas advindas da Reforma Psiquiátrica no campo da Saúde Mental Coletiva, em oposição ao modo asilar. A configuração da instituição pode ser compreendida mais adequadamente em termos dos efeitos da luta entre esses dois paradigmas que se contrapõem (COSTA-ROSA, 2012), os quais, no campo dos processos de produção do cuidado em saúde mental na atualidade, são designados “paradigma hospitalocêntrico medicalizador”¹⁵ e o “paradigma psicossocial”, sendo o primeiro dominante na atualidade, segundo o autor, embora o segundo esteja bem configurado e se apresente de modo crescente em um conjunto de práticas.

As práticas dentro desse novo modelo, denominado psicossocial, contrapõe-se ao asilar em quatro pontos principais: na definição de seu objeto e meios de intervenção, nas formas de organização dos serviços, nos modos de relacionamento com os usuários e população e nas implicações éticas de sua prática (COSTA-ROSA, 2000), os quais serão apresentados a seguir, pois constituem grade analítica utilizada na presente pesquisa.

Em sentido similar, AMARANTE (1999) aponta que há ao menos quatro dimensões fundamentais no processo da reforma: 1) teórico-conceitual, que diz respeito à produção conhecimento e saberes sobre a loucura, o louco, o sofrimento mental; 2) técnico-assistencial, que tem relação com a construção de uma rede de serviços e espaços de vida para o cuidado das pessoas; 3) jurídico-político, que se trata dos direitos humanos e sociais e da cidadania; 4) sócio-cultural, que diz respeito ao imaginário social relacionado à loucura, à normalidade, ao doente mental. Essas dimensões, macrossociais, contribuem em nossa reflexão sobre os

---

¹⁵ Tal designação, que aparece em artigo de Costa-Rosa (2012) parece substituir o que, em produções anteriores ele chamava de paradigma asilar. Usaremos ambos os termos como sinônimos na presente pesquisa.

possíveis avanços e dificuldades no campo da saúde mental (BENELLI e COSTA-ROSA, 2013), no entanto, ao acessarmos a Rede de Atenção Psicossocial de um município por meio dos serviços de saúde, nos detemos de modo mais direto na dimensão técnico-assistencial e em como essa dimensão é influenciada pelas demais e, também, as influencia.

Dentre as propostas reformadoras e transformadoras na atenção em saúde mental, a principal influência na Reforma Psiquiátrica brasileira advém, como dissemos anteriormente, do movimento ocorrido na Itália, primeiro país a abolir a internação psiquiátrica. Nesse processo, propõe-se que uma efetiva “desinstitucionalização” do paradigma psiquiátrico ocorre a partir do desmonte prático dos aparatos científicos, legislativos e administrativos referidos à doença e uma retomada com a “existência global, complexa e concreta dos pacientes” (ROTELLI, 2001). A crítica de Franco Basaglia, principal personagem desse processo e, seu sucessor, Franco Rotelli (LANCETTI e AMARANTE, 2006), se volta para o paradigma racionalista, problema-solução, aplicado em Psiquiatria, defendendo que o objeto de intervenção não é a doença, mas a “existência-sofrimento do paciente” e o objetivo do tratamento não é a cura, mas produção de vida, de sentido e de sociabilidade. Nessa lógica, coloca-se a doença entre parênteses e o olhar se dirige ao indivíduo e suas particularidades (AMARANTE, 1996).

Nesse contexto, as nomeações “doente mental” e “portador de transtorno mental” são inadequadas, pois indicam uma restrição na compreensão da problemática. AMARANTE (2007) propõe o termo “sujeito em sofrimento psíquico” que coloca em evidência a pessoa em sua vivência particular, remetendo à ideia de “um sujeito que ‘sofre’, em uma experiência vivida de um sujeito” (AMARANTE, 2007, p. 68) e contribuindo para a mudança de foco: da doença ao sujeito em toda sua experiência de vida (YASUI, 2010b).

No entanto, como dito anteriormente, o avanço das práticas em saúde mental depende de mudanças em diversos âmbitos que, embora distintos em suas especificidades, são

indissociáveis em sua inter-relação. Os quatro parâmetros propostos por COSTA-ROSA (2000, 2003) que contribuem para a análise da instituição saúde mental serão apresentados, de modo esquemático, nos quadros 1, 2, 3 e 4, a seguir, por terem sido adotados como referencial de nossa investigação. Apontamos as diferenças básicas entre os dois paradigmas básicos na atenção à saúde mental - modo asilar e modo psicossocial - em cada âmbito abordado pelo autor, sem a intenção de lhes extrair sua complexidade, mas com o intuito de que esse esquema forneça subsídio para a análise da instituição saúde mental e das práticas de cuidado desenvolvidas nos locais pesquisados que, articulado aos demais referenciais teóricos adotados, contribuam para a compreensão do objeto de estudo.

Quadro 1: Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos para lidar com ele.

Modo asilar	Modo Psicossocial
Determinação orgânica dos problemas/ organogênese.	Múltipla determinação: consideração de fatores políticos, culturais e biopsicossociais, dimensão simbólica.
Conflitos são removidos como efeito das ações terapêuticas.	Conflitos e contradições considerados constitutivos do sujeito.
Tratamento dos sintomas. Medicação como resposta básica.	Tratamento da demanda, conjunto de dispositivos de reintegração sociocultural, ênfase na (re)inserção social do indivíduo, exercício da cidadania.
Clínica da observação e da retomada do estado anterior às crises.	Clínica da escuta e criação de si, novas possibilidades de ser.
Sujeito como objeto – pessoa entre parênteses.	Sujeito como sujeito – doença entre parênteses.
Clínica psiquiátrica / psicológica ou das especialidades.	Clínica ampliada e transdisciplinar.
Objeto: doença mental (paradigma doença-cura). Fragmentação do sujeito.	Objeto: Pessoa e seu contexto. Ação integral (sujeito como existência-sofrimento).
Dispositivo de ação: hospital psiquiátrico	Dispositivo de ação: rede de serviços territoriais.
Intervenção centrada no indivíduo doente.	Inclusão da família e grupo ampliado no tratamento.
Divisão do trabalho: linha de montagem, trabalho multiprofissional fragmentado - prontuário como elo de conexão.	Equipe interprofissional, intercâmbio teórico-técnico e de práticas.
Clínica psiquiátrica e "paramédicos" (auxiliares secundários).	Trabalho em equipe interdisciplinar.
Loucura como fenômeno individual.	Loucura como fenômeno social.
Paciente passivo em seu tratamento.	Reposicionamento do sujeito como agente implicado no sofrimento e ativo na mudança (implicação subjetiva).
Elementos componentes: hospitalização, medicalização e objetificação.	Metas radicais: desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural.

Fonte: Costa-Rosa (2000; 2003).

Quadro 2: Concepção da organização das relações intrainstitucionais, e da divisão do trabalho interprofissional.

Modo asilar	Modo Psicossocial
Organogramas verticais ou piramidais.	Horizontalização das relações intrainstitucionais.
Centralização de poderes e saberes: de cima para baixo.	Descentralização, participação de diversos atores nas decisões.
Interdição e clausura aos usuários e população geral.	Livre trânsito do usuário e da população.
Heterogestão, gestão centralizada, usuários e população excluídos de participação.	Autogestão e cogestão: participação dos usuários e da população.
Divisão do trabalho segundo o modelo taylorista-fragmentado. Especialidades.	Divisão do trabalho interprofissional integrada. Transdisciplinaridade.
Elementos componentes: estratificação, interdição, heterogestão, especialidades.	Metas radicais: participação, autogestão e interdisciplinaridade.

Fonte: Costa-Rosa (2000; 2003).

Quadro 3: Concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral.

Modo Asilar	Modo Psicossocial
Instituição como interioridade e espaço de clausura (depositário).	Instituição situada como exterioridade em relação ao território, livre trânsito, ponto de fala e de escuta da população.
Relações entre “loucos” e “sãos”.	Relações de interlocução.
Ações são estratificadas em níveis primário, secundário e terciário.	Atenção integral e territorializada, ética da singularização.
Instituição típica: hospital psiquiátrico.	Instituições típicas: CAPS, NAPS, Oficinas e Cooperativas de reintegração socioeconômica e cultural.
Institucionalização.	Desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico.
Interdição do diálogo.	Sujeito (usuário) tem fala.
Relações intersubjetivas verticais.	Relações intersubjetivas horizontais.
Elementos componentes: imobilidade, mutismo e estratificação da atenção por níveis.	Metas radicais: interlocução, livre trânsito do usuário e população, territorialização e integralidade.

Fonte: Costa-Rosa (2000; 2003).

Quadro 4: Concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos.

Modo Asilar	Modo Psicossocial
Supressão ou tamponamento dos sintomas - adaptação do indivíduo.	Reposicionamento subjetivo (ética da singularização).
Privação dos direitos.	Recuperação dos direitos de cidadania.
Privação das relações com a família, o mercado e o trabalho.	Recuperação do poder de contratualidade social.
Elementos componentes: ética da adaptação.	Metas radicais: implicação subjetiva e singularização.

Fonte: Costa-Rosa (2000; 2003).

Esses parâmetros fundamentais das práticas em saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial propõem, então, que o objeto de intervenção seja o sujeito, com suas peculiaridades, inclusive o “sofrimento” que o acomete e o contexto do qual faz parte; as intervenções terapêuticas, um conjunto de ações variadas de acordo com as necessidades e possibilidades de cada sujeito; os objetivos do cuidado, diminuição do sofrimento, ampliação das possibilidades de vida e inclusão social; as relações entre os serviços de proximidade visando um cuidado compartilhado, com corresponsabilização entre os envolvidos e em rede; os recursos e profissionais envolvidos no cuidado, diversos setores e profissões; os instrumentos e a postura dos profissionais envolvam escuta, acolhimento e vínculo; a participação do sujeito ativa em seu cuidado.

Vale ressaltar que, no caso da infância, foco deste estudo, a intersetorialidade é imprescindível, pois, na maioria dos casos, a criança está inserida na escola (REIS, et al 2010b) e em outros contextos sociais e comunitários. Ainda, a família, como primeiro e principal contexto de vida da criança, deve ser incluída como parte essencial do cuidado. Como discutido no subcapítulo 1.1, as especificidades da criança devem ser consideradas, sendo que o trabalho em rede e a articulação entre os diversos serviços são fundamentais, o que se configura, na atual organização da saúde mental no SUS, a partir da Rede de Atenção Psicossocial.

1.3.2 A Rede Pública Ampliada de Atenção em Saúde Mental de Crianças e adolescentes e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Os cuidados voltados às crianças em sofrimento psíquico, no setor público brasileiro, se procedem a partir de um modelo de rede de atenção composta por um conjunto serviços de saúde, assim como de outros setores.

Além do caráter estrutural da rede (conjunto de serviços), a noção de rede diz respeito a um modo de fazer e produzir o cuidado, que não se opera isoladamente, nem se caracteriza pela simples somatória de ações, mas se configura como um modelo de atenção realizado de modo compartilhado. ELIA (2005) afirma que a noção de rede indica uma lógica de atenção, uma forma de conceber e agir o cuidado, que articula suas ações com o que está fora dos limites de um determinado profissional ou serviço. Trabalhar em rede pressupõe convergência de objetivos e diversidade de saberes e campos de experiência (VICENTIN, 2006), o que se dá por meio do compartilhamento e corresponsabilização sobre os casos entre os vários atores envolvidos no cuidado. Nesse sentido, a rede é “um dispositivo coletivo de proteção, uma roda de reversão das dificuldades, uma convergência de ações e de encontros e interações entre diferentes atores com um sentido compartilhado” (VICENTIN, 2006, p. 15).

Para COUTO (2012) tão importante quanto o componente estrutural, é o componente dinâmico da rede. Do ponto de vista dinâmico, a autora propõe alguns pontos importantes na definição de rede: a rede supõe um processo para sua construção; a rede é aberta, ou seja, se constitui a partir das situações singulares; a rede tem nós, que são os pontos concretos de ancoragem; a rede depende de uma ‘presença viva’ para sua construção, ou seja, de um profissional, equipe ou serviço que direcione essa rede a partir da necessidade.

A construção permanente da rede e da intersetorialidade é ponto de partida na implantação e gestão da atenção em saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO e DELGADO, 2010) e corresponde a uma das diretrizes da política nacional de saúde mental infantojuvenil atual.

A partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, álcool e outras drogas, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Neste sentido, é imprescindível a convocação dos atores intersetoriais, sem os quais não será possível uma resposta potente aos problemas de saúde mental, álcool e outras drogas apresentados pela citada população (BRASIL, 2005; 2014).

Essa rede intersetorial e abrangente, nomeada rede pública ampliada de atenção em saúde mental (COUTO, 2012; BRASIL, 2013a), como dissemos, se estrutura por vários serviços e atores que se corresponsabilizam pelas demandas complexas que envolvem a saúde mental infantil, visando a “construção de uma vida menos atormentada para cada um, segundo as possibilidades que lhes são próprias” (BRASIL, 2013a, p. 105-6). Assim, o cuidado de crianças com problemas de saúde mental¹⁶ se pauta em uma clínica interdisciplinar, intersetorial e em rede, ou seja, em uma clínica ampliada (VICENTIN, 2006), tal como discutido no item 1.2.2 deste escrito.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, ratifica-se a necessidade de assegurar o acesso e o tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, por meio de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental, comunitária e intersetorial (BRASIL, 2010b).

Vale dizer que a noção de rede advém das propostas do movimento da Reforma Psiquiátrica, desde o fim da década de 70, sendo uma das principais estratégias da política de saúde mental brasileira (LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA, 2010). Essa rede “caracteriza-se por diferentes ações e serviços que devem garantir o acesso a cuidados em saúde mental de

---

¹⁶ Optamos por adotar a noção de ‘problemas de saúde mental’ por considerá-la mais abrangente que a de transtorno mental e mais específica do que a ideia de sofrimento psíquico, especialmente no contexto da infância, opção que tem sido tomada por outros estudiosos e profissionais da Saúde Pública (BRASIL, 2013).

forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social” (BRASIL, 2014).

No que concerne à composição estrutural da rede no setor saúde, a portaria 3.088/2011 (BRASIL, 2013) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Estruturalmente, ela é constituída pelos componentes apresentados no Quadro 5.

Quadro 5: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Atenção Básica em Saúde	• Unidade básica de saúde; • Núcleo de apoio à saúde da família; • Consultório na rua; • Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	• Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	• Samu 192; • Sala de estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	• Unidade de acolhimento; • Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em hospital geral; • Leitos de SM no hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços residenciais terapêuticos; • Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Extraído de: BRASIL, 2014.

No caso da infância, destacam-se como pontos de atenção (BRASIL, 2014): a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Unidade Básica de Saúde (UBS), as equipes de Consultório na rua, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Convivência e Cultura (CECCO), o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), os serviços de urgência e emergência, além dos hospitalares. Todos esses serviços operam dentro da lógica

de rede, de base territorial, comunitária e não institucionalizante, de maneira compartilhada e corresponsável, cujo principal objetivo é a inclusão social de seus usuários. A família e a comunidade em que as crianças se encontram devem ser consideradas nos cuidados, visando ampliação de sua sociabilidade e possibilidades de vida. Dirige-se a cidadãos de responsabilidades e de direitos, seguindo os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e do ECA.

Sabemos que algumas importantes mudanças vêm ocorrendo no setor saúde no sentido de responder às demandas em saúde mental infantil da população. Como exemplo disso, têm-se a crescente implantação de CAPSi¹⁷ nos últimos anos, além da progressiva incorporação de ações voltadas aos cuidados de pessoas com problemas de saúde mental na Atenção Básica (BERTOLINO NETO, 2011). Apesar disso, pouco se sabe sobre o modelo de atendimento que vem sendo operado nesses serviços.

Ainda, a escassez de pesquisas voltadas ao tema da atenção psicossocial, comparadas as do campo da psiquiatria, neurociências, epidemiologia e saúde pública indica a urgência no desenvolvimento de investigações nesse campo, com vistas à produção de conhecimento comprometido com a manutenção e qualificação da rede pública de saúde mental (DELGADO, 2015).

Na especificidade da infância essa ausência é ainda maior, havendo poucos estudos com foco na construção de redes de atenção, nos desafios do trabalho intersetorial e na articulação do CAPSi com Atenção Básica e outros setores (COUTO, 2012). O desenvolvimento de pesquisas desta natureza pode contribuir para a potencialização das políticas públicas voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes e efetivação das ações de cuidado de modo a responder às necessidades das crianças.

---

¹⁷ Em 2006, havia 75 CAPSi no Brasil. Já em 2014, esse número subiu para 201, o que representa um importante crescimento, porém essa quantidade ainda é insuficiente frente à demanda (BRASIL, 2015).

Tendo em vista o exposto até aqui, o objetivo deste estudo é analisar como se processam, nas operações concretas dos serviços, os cuidados em saúde mental de crianças na perspectiva do modo de atenção psicossocial, entendido como modelo primordial de atenção advindo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Pretendemos, portanto, analisar a construção e o desenvolvimento de práticas de cuidado voltadas às crianças com problemas de saúde mental, considerando as contradições que permeiam esse terreno e como tais contradições são equacionadas para dar lugar ao cuidado. Assim, objetivamos responder algumas das perguntas que suscitaram o desenvolvimento desta tese: Quais são os processos envolvidos no cuidado de crianças em saúde mental? Que olhares e saberes sustentam as práticas dos serviços e dos profissionais? Que ações e intervenções são postas em prática e quais seus limites e alcances? Como os profissionais da Atenção Básica se sentem e são apoiados para participarem do cuidado em saúde mental? Quais atores e serviços participam desses cuidados? Como as famílias e crianças entendem todo esse processo?

Definimos o município de Mauá, na Grande São Paulo, como lócus da pesquisa, pois ali se desenvolve atualmente uma importante experiência de construção de um modelo de atenção em saúde mental baseada nos preceitos da Reforma Psiquiátrica. O investimento e a priorização da saúde mental pela gestão municipal em saúde têm levado, desde 2013, à expansão dos serviços, à inserção de novos profissionais e à implantação de um novo modelo de atenção. Entendemos que esse investimento, aliado a um posicionamento político-ideológico da gestão em saúde coerente com os ideais da Reforma Psiquiátrica é condição *si ne qua non* para que se construam novas formas de cuidado baseadas no modo de atenção psicossocial. Tal perspectiva se configura, conforme entendemos, como paradigma adequado na atenção em saúde ao focar as diversas dimensões dos problemas de saúde mental e oferecer um olhar para a qual outras abordagens se mostram insuficientes.

Assim, descrever e analisar esse processo tem relevância tanto no sentido de elucidar sucessos e diferenciais que essa perspectiva promove, como também, entraves, dificuldades e obstáculos que se apresentam em sua construção. Por fim, pretendemos com essa pesquisa contribuir para o aprimoramento da atenção em saúde mental infantil, visando propiciar um melhor cuidado para essas crianças e, assim, ampliar suas possibilidades de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os processos e as condições de produção de cuidados em saúde mental de criança na perspectiva do modo psicossocial na Rede de Atenção Psicossocial.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever a rede de cuidados em saúde mental infantil existente em uma região – serviços e profissionais presentes no território.
2. Identificar concepções acerca de problemas de saúde mental de crianças para profissionais, familiares e crianças/usuárias.
3. Identificar como o cuidado em saúde mental é operacionalizado em ações terapêuticas dispensadas às crianças.
4. Caracterizar processos de planejamento das ações de cuidado em saúde mental de crianças.
5. Descrever e analisar as articulações estabelecidas na rede intersetorial para o cuidado em saúde mental de crianças.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

O método constitui o caminho depois de percorrido (Marcel Granet, apud ERIBON: 1996, p. 144).

3.1 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A pesquisa de natureza qualitativa, perspectiva adotada nesta investigação, visa compreender e interpretar fenômenos a partir dos significados que as pessoas lhe conferem em seus cenários naturais, mediante um conjunto de práticas materiais e interpretativas (DENZIN e LINCOLN, 2006). Assim, incorpora o significado e a intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, considerando-os em seus aspectos históricos, simbólicos e estruturais (MINAYO, 2014).

Nessa perspectiva, contextualiza-se o pesquisador, o momento histórico, o desenvolvimento científico do qual faz parte, assim como seu pertencimento a uma classe social (MINAYO, 2014). Em outras palavras, nega-se a neutralidade científica, considerando tanto o investigador quanto os sujeitos de pesquisa como elementos importantes na busca da compreensão que se pretende atingir. Nesse sentido, para entender uma parte (o enunciado), o investigador deve entender o todo (o complexo de intenções, crenças e desejos, contexto institucional) e vice-versa (SCHWANDT, 2006).

Portanto, a perspectiva qualitativa se adequa ao objeto desta pesquisa: o cuidado dirigido às crianças com problemas de saúde mental, na qual adotamos como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional Francesa, abordada no próximo subcapítulo. Ademais, a psicanálise winnicottiana, apresentada no item 1.2.1 deste trabalho e o modo de

atenção psicossocial, discutido na seção 1.3.1 compõem os saberes que sustentam teoricamente a presente pesquisa.

3.1.2 Análise Institucional

Conforme mencionado anteriormente, o referencial teórico-metodológico adotado na presente pesquisa é a Análise Institucional (AI), referencial que tem sido usado de maneira crescente no âmbito da pesquisa e intervenção no campo da Saúde Coletiva brasileira, especialmente a partir dos anos 2000 (L'ABBATE, 2003 e 2012). Primeiramente, apresentaremos, de maneira resumida, as principais noções e conceitos que norteiam a AI para, em seguida, abordarmos aqueles que usamos nessa investigação.

SAVOYE (2007) divide três categorias que designam os modos operacionais da AI: (1) as pesquisas teóricas e históricas; (2) as pesquisas empíricas; (3) a socioanálise, método de intervenção prática da AI. Afirmar que, embora a última seja a prática clássica e mais popularizada da AI, ocupa um lugar minoritário quando comparada às pesquisas empíricas. Isso se deve ao difícil conjunto de condições de realização, que vão desde a percepção de uma demanda por um grupo, passando pela encomenda por parte dos dirigentes, até a contratação de analistas para realizar tal função (SAVOYE, 2007).

A maneira como procedemos a AI na presente pesquisa se encaixa na segunda categoria, das pesquisas empíricas. Essas remetem a uma realidade viva e pressupõe práticas como observação de campo e entrevistas. Tal como afirma o autor, cada uma dessas categorias, embora diferenciadas, concorre para a finalidade das outras duas. Assim, utilizamos conceitos da AI como referencial para desenvolver e analisar nosso campo de

pesquisa. Não realizamos uma intervenção socioanalítica, propriamente dita, contudo, entendemos que toda pesquisa pressupõe algum grau de intervenção, uma vez que quando o pesquisador entra em campo, ele o modifica. Vale dizer que a AI não propõe um paradigma-modelo rígido, ao contrário, vai contra a ideia de propô-lo, considerando que as situações são únicas e a AI deve se adaptar criativamente as singularidades de cada uma delas (ALTOÉ e RODRIGUES, 2004).

Segundo HESS (2007), foi nos anos 40 e 50 que o movimento institucionalista inicia seu desenvolvimento na França, no campo da psicoterapia e psiquiatria (psicoterapia institucional), a partir da ideia de que o grupo e o estabelecimento são instâncias essenciais para se trabalhar visando à reconstrução da transversalidade - conjunto de pertencimentos de uma pessoa ou instituição. Nos anos 60, o movimento se espalha para outras áreas, como a pedagogia, a filosofia e a intervenção sociológica.

A articulação entre teoria e prática, pesquisa e intervenção caracteriza esse movimento que ganha força nos anos 60, na França, e se difunde no Brasil na década de 70. O termo Análise Institucional foi proposto por GUATTARI (1987) para designar uma tendência teórica e prática que não tem um único sentido, indicando uma diversidade de movimentos e teorias, desenvolvidos por variados autores. No interior dessa tendência estão duas correntes principais: (1) a Análise Institucional e a Socioanálise, cujos principais teóricos são René Lourau e Georges Lapassade; (2) a Esquizoanálise, desenvolvida por Félix Guattari e Gilles Deleuze (L'ABBATE, 2012). De acordo com a autora, “deve-se reconhecer, entretanto, na experiência brasileira, a dificuldade de limites muito precisos entre essas duas formas, dado a migração e articulação de conceitos entre elas” (LABBATE, 2012, p. 198).

Foi Lourau, socioanalista francês e um dos precursores da AI¹⁸, quem sistematizou teórico-metodologicamente a AI e foram suas as noções principais que usamos nessa pesquisa, como apresentaremos a seguir.

A Análise Institucional tem como inspirações a dialética proposta por Hegel que discorre sobre três momentos que compõem e definem a instituição: o da universalidade, da particularidade e da singularidade, e os conceitos de instituído e instituinte, de Castoriadis. Partindo dessas noções, Lourau afirma que há uma conexão entre eles, sendo que o primeiro momento da instituição, da universalidade, refere-se ao instituído, aquilo que se impõe como uma verdade, aquilo que nomeia a instituição, as normas universais gerais, regras e saberes (SILVA, 2013). O segundo momento, da particularidade, corresponde ao instituinte, que não apenas se opõe ao universal, como também o nega. Já o terceiro momento, da singularidade, corresponde à institucionalização, ao produto transformado “dessa (e por essa) primeira contradição” (LOURAU, 1993, p. 90) que nega o segundo momento, assim como sintetiza e reagrupa o universal e o particular, criando as formas sociais, ou seja, as instituições.

Assim, a instituição é entendida enquanto processo, como uma força, um produto de um contrato social (HESS, 2007), algo dinâmico, sempre em movimento. Trata-se de “uma dinâmica contraditória, construindo-se **na** (e **em**) história ou tempo” (LOURAU, 1993, p.11, grifos do autor). Portanto, o conceito de instituição na AI se difere da ideia hegemônica de um lugar físico, concreto, rígido e observável. A instituição não está lá no início de uma pesquisa, mas é um campo de análise, um artifício, um modelo teórico para se buscar compreender a dinâmica das relações em um determinado contexto (LOURAU, 1993). A instituição se compõe, então, por contradições que a permeiam e a sustentam, jogo de força entre o

---

¹⁸ No primeiro semestre de 2015, o LASAMEC realizou, em parceria com o Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social da PUC-SP e do Curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, o “Ciclo de Estudos - Análise Institucional e práticas de pesquisa: dialogando com René Lourau”, cujo objetivo foi oferecer oportunidades de debates, reflexões e estudos sobre importantes temas que incidem sobre o campo da saúde e, particularmente, sobre a saúde mental.

instituído, ou seja, o que está posto em determinado momento de maneira mais rígida e o instituinte, o novo, o diferente.

Portanto, a AI visa conhecer e analisar, primordialmente, as contradições que produzem movimento constante, inclusive as existentes dentro do instituído e do instituinte, a partir de uma lógica dialética. Tal lógica se contrapõe à lógica identitária da ciência positivista (LOURAU, 1993), o que denota o teor instituinte da própria AI.

Além disso, a AI analisa as relações de dominação e poder instituídas e presentes no cotidiano. Analisar esses instituídos dos quais também somos parte, ou seja, somos submetidos ainda que, algumas vezes, por meio de sutil convencimento e controle, é importante na AI, apesar da dificuldade de perceber a pressão do poder opressivo institucional (LUZ, 2003).

Nessa pesquisa, entendemos a saúde mental como a instituição que se compõe por um complexo sistema de relações – econômicas, políticas, ideológicas, sociais - que sustentam o campo, ao mesmo tempo em que o coloca em constante movimento. Ao focarmos a saúde mental como instituição, podemos dizer que o instituído, a lógica hegemônica é o modelo baseado na díade problema-solução, doença-cura. O instituinte nega a universalidade imaginária e hegemônica desse, ao considerar a complexidade dos problemas de saúde mental, levar em conta as relações sociais concretas, os acontecimentos, considerando os serviços de saúde conectados com os atores ali envolvidos, o debate sobre a própria noção de saúde mental e o papel social da loucura. Já o terceiro momento, da institucionalização, corresponde ao encontro do instituído e instituinte e, no caso da saúde mental, a coloca em movimento, em ação, “refere-se às organizações sociais em funcionamento” (SILVA, 2013, p. 33). A saúde mental é uma instituição que se movimenta, por meio dos serviços e profissionais de saúde, dos familiares, associações e comunidade, do imaginário social sobre o tema permeado por contradições, cujas características compõem sua singularidade.

Tendo em vista “compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos” (L’ABBATE, 2012, p. 198), utilizamos conceitos da AI para analisar os processos microsociais e micropolíticos envolvidos no campo da saúde mental, a partir do interior das organizações. Assim, a pesquisa foi desenvolvida mediante inserção em serviços da Rede de Atenção Psicossocial, nos quais os cuidados em saúde mental de crianças são operados, considerando as vozes tanto dos profissionais quanto da clientela. Tal caminho, embora previamente pensado e planejado, foi sendo construído ao longo da pesquisa, mediante o contato com a realidade local, percurso que será explicitado detalhadamente no item.3.4 deste trabalho.

Alguns conceitos teóricos e operacionais da Análise Institucional foram usados nessa pesquisa e serão apresentados a seguir: intervenção, implicação, restituição, analisador e transversalidade. Como mencionado anteriormente, não adotamos o modelo clássico da Socioanálise¹⁹, que pressupõe um conjunto de condições para sua realização incompatíveis com a pesquisa de caráter acadêmico, como por exemplo, o conceito de encomenda e demanda²⁰. Assim, propusemos a pesquisa aos serviços e convidamos os profissionais e usuários a participarem de nossa proposta. Nesse sentido, oferecemos um espaço de discussão e reflexão sobre os cuidados em saúde mental, não havendo uma encomenda de intervenção por parte da organização.

A noção de **intervenção**, fundamental na AI, evidencia o papel do pesquisador como técnico e praticante ao mesmo tempo. Ele afeta o campo de pesquisa e é afetado por ele, não havendo, portanto, neutralidade científica (LOURAU, 1993). Assim, entendemos que toda pesquisa dessa natureza tem um caráter interventivo.

---

¹⁹ As estratégias operacionais da Socioanálise são: (1) análise da encomenda e da demanda, (2) autogestão do grupo, (3) livre expressão ou intenção de dizer tudo, (4) elucidação da transversalidade, (5) análise das implicações, (6) elaboração de analisadores e (7) restituição (L’ABBATE, 2012, RODRIGUES, 2003).

²⁰ O conceito de encomenda – pedido oficial realizado pelo cliente ou responsável da organização, que solicita a análise de um grupo – está relacionado ao de demanda – motivo que levou à encomenda que pode estar explícito ou implícito. Na Socioanálise, o primeiro passo da AI é abrir ao grupo-cliente a encomenda para analisá-la e restituí-la (RODRIGUES, 2003; LOURAU (1977)).

O conceito de **implicação**, um dos mais relevantes da AI, refere-se à relação do pesquisador com o objeto de investigação, sua posição e envolvimento com a pesquisa (L'ABBATE, 2012). Tal implicação não é entendida no sentido quantitativo – muito ou pouco implicado – mas no qualitativo, ou seja, como se está implicado na pesquisa. A análise da implicação do pesquisador, “análise do compromisso sócio-econômico-político-libidinal que a equipe analítica interventora, consciente ou não, tem com sua tarefa” (BAREMBLITT, 2002, p. 96), constitui o cerne do trabalho da AI (LOURAU, 1990, 1993). BARBIER (1985) indica três níveis de abordagem do conceito de implicação que se interpenetram e agem uns sobre os outros: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional. Essas três dimensões devem ser postas em análise no processo de intervenção sobre uma instituição.

Vale dizer que essa noção se estende ao conjunto de condições de uma pesquisa, bem como a seu momento político e histórico, levando em conta a construção de conhecimento possível no momento em que a pesquisa se desenvolve e as condições para sua realização. Tal conceito se contrapõe tanto ao papel neutro e objetivo do cientista clássico, quanto ao modo como costumamos funcionar, atentando pouco a nossa efetiva participação no mundo, o que demonstra o caráter instituinte da AI como saber.

O conceito de **restituição** está relacionado à compreensão de que os resultados de uma pesquisa são construídos, e não coletados, na interação entre pesquisador e participantes, ou seja, há cogestão e coparticipação no processo de produção do conhecimento. A restituição produz a socialização da pesquisa (LOURAU, 1993), pois indica a necessidade de se restituir às pessoas envolvidas na investigação sobre o saber científico construído. Operacionalmente, trata-se de se fazer uma espécie de devolutiva ao grupo ao longo do processo de pesquisa, entendendo-a como parte integrante desta. Ademais, busca-se colocar em evidência coisas que, em geral, são deixadas de lado, mas que se apresentam e fazem parte do processo de pesquisar. No caso de encontros em grupo, o início de cada sessão é momento oportuno para

se fazer a restituição. Não se trata de informação, mas de se restituir fatos que podem parecer desimportantes, mas que podem ter efeitos no processo analítico.

Os **analisadores** são acontecimentos ou fenômenos reveladores e catalisadores (LOURAU, 1977) que surgem em uma intervenção que evidenciam, fazem aparecer a instituição invisível, fazem a instituição falar, mostram as contradições, os limites e as possibilidades da instituição, permitindo, assim, uma análise. Conceito advindo de Guattari que diz que os analisadores são agentes ou situações que denunciam ou esclarecem as relações e os sentidos do poder em um grupo, em uma situação ou em uma organização (LUZ, 2003). Na Socioanálise, fala-se da importância de se explicitar os analisadores de uma situação, organização ou instituição que levam a identificação de aspectos ocultos e contraditórios, as relações de poder (LUZ, 2003) que se passam em determinado contexto. O efeito do analisador é, segundo L'ABBATE (2003, p. 82) “de revelar algo que permanecia escondido, de desorganizar o que estava organizado, de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos”.

Os conceitos de **transversalidade, grupo sujeito e grupo sujeitado**, propostos por GUATTARI (1987), são inter-relacionados. O autor define transversalidade como uma dimensão que pretende superar e se opor a uma verticalidade, estabelecida por organogramas piramidais, e a uma horizontalidade, em que as pessoas e coisas se ajustam da forma como podem em determinada situação. A transversalidade “tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos” (GUATTARI, 1987, p. 96), sendo ela o objeto de busca de um grupo sujeito. O coeficiente de transversalidade diz respeito ao grau de cegueira²¹ de cada pessoa em um determinado grupo, quanto maior a cegueira de um grupo, menor seu coeficiente de transversalidade.

---

²¹ GUATTARI (1987) usa a metáfora de um campo fechado onde são colocados cavalos com viseiras reguláveis, em que o coeficiente de transversalidade seria a regulação das viseiras. Quando mais cegos os cavalos estiverem, um encontro traumático vai se produzir. Conforme se abre a viseira, a circulação ocorre de modo mais harmonioso.

Portanto, a **transversalidade no grupo** “representa a clareza que se tem dos entrecruzamentos, das pertenças e referências (sociais, econômicas, ideológicas, políticas) de todos os tipos que atravessam nossas vidas” (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008, p. 145). Dentro dessa perspectiva, o grupo sujeito é aquele que se orienta por uma autonomia, uma auto-organização e autogestão, que permite que todos do grupo se tornem autores coletivos do espaço institucional, contribuindo para liberar as pessoas do grupo outros pertencimentos (HESS, 2007). Já o grupo sujeitado, ou grupo objeto, é produzido pelo instituído e se orienta por uma heteronomia que vem de fora, cada indivíduo é limitado e determinado pela posição que ocupa no espaço institucional (HESS, 2007). Assim, LABATTE (2012) afirma que elucidar a transversalidade significa analisar os diversos tipos de vínculos institucionais dos membros de um grupo, com o propósito de diminuir a cegueira institucional, aumentar o coeficiente de transversalidade do grupo, ou seja, ampliar o conjunto de pertencimentos institucionais de um sujeito, transformar sujeitado em sujeito.

Alguns desses conceitos não foram usados operacionalmente na execução da pesquisa, compondo apenas aporte teórico para a análise e discussão do objeto de pesquisa, apresentadas no capítulo 4.

O conceito de implicação do pesquisador permeou todo o processo de investigação, desde a escolha do local, dos instrumentos e técnicas de produção dos dados até o desenvolvimento do processo da pesquisa. Assim sendo, procuramos, durante todo o trabalho, explicitar e analisar nossas implicações.

Como potente ferramenta técnica da AI, inclusive para análise de implicações, recomenda-se o uso do **Diário de Pesquisa**, instrumento em que se registram as implicações do pesquisador, a vivência rotineira do campo, a temporalidade e o desenrolar da pesquisa, ou seja, “o diário permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o ‘como fazer’ das normas, mas o ‘como foi feito’ da prática)” (LOURAU, 1993, p. 77).

LOURAU (1993) afirma que os diários, embora utilizados já há um certo tempo, não obtinham aceitação científica, permanecendo à margem da escritura oficial. O autor estudou os diários de diferentes autores, dentre eles Malinowski, Margareth Mead, Ferenczi e Wittgenstein, e apontou para a distância temporal entre a redação dos escritos e sua publicação como um dos indicativos da desconsideração desse tipo de material. Esses escritos, considerados por muitos como ‘fora do texto’, vêm ganhando espaço na produção científica atual e compondo a produção intelectual, ao se contrapor radicalmente com a ideia de neutralidade do pesquisador na produção da ciência. O diário contribui para a reconstituição histórica da subjetividade do pesquisador e, assim, o surgimento de novas análises por meio de acontecimentos que surgem (LOURAU, 1993), levando à produção de um conhecimento implicado e favorecendo a coletivização e análise das experiências em processo.

Assim, os diários, como técnica de registro do trabalho investigativo, têm sido utilizados com frequência em pesquisas qualitativas, em diferentes abordagens teórico-metodológicas. Em geral, nos diários de campo, registram-se acontecimentos cotidianos no campo de pesquisa, impressões pessoais do pesquisador, conversas informais, comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos participantes sobre a pesquisa e o pesquisador, dentre outros (MINAYO, 2014).

Vale dizer que, no contexto da AI, são discutidos diversos tipos de diários, cuja característica comum é colocar o escritor - ou os escritores, pois é possível, dentro de algumas modalidades, que ele seja escrito por diferentes pessoas - como sujeito do processo de escrita. Os principais escritos dessa natureza são o diário de pesquisa, conceituado por Lourau, o diário de itinerância, definido por Barbier e o diário institucional, proposto por Hess. Esse último autor, também conceitua o diário íntimo ou pessoal, o diário de viagens, o diário

filosófico, o diário de formação e o diário de momentos (PEZZATO e L'ABBATE, 2011; JESUS, PEZZATO e ABRAHÃO, 2013).

Dentre essas possibilidades, adotamos o Diário de Pesquisa como instrumento de registro de todo o trabalho de campo, que foi utilizado como elemento de reflexão e análise do objeto de investigação. O diário é a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, capaz de restituir o trabalho de campo, em uma linguagem escrita (PEZZATO e L'ABBATE, 2011). Assim, registramos no diário os acontecimentos, as impressões, as dúvidas, os sentimentos, as conversas, as dificuldades vivenciadas nas aproximações iniciais com campo de pesquisa, nas Observações Participantes realizadas nos diversos contextos e nos Grupos Focais desenvolvidos. Todo o percurso do trabalho de campo será descrito a seguir.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa se desenvolveu no município de Mauá, localizado na região sudeste da Região Metropolitana de São Paulo, no ABC Paulista. A população projetada para Mauá em 2014, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 448.776 habitantes e a cidade possui 61.886 km² de extensão. É o 11º maior município do Estado de São Paulo e o 10º mais pobre. Aproximadamente 70% da população dependente exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), o que requer que os serviços públicos de saúde estejam bem estruturados para atender toda a demanda.

A Rede de Atenção Psicossocial de Mauá é, atualmente, composta por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um CAPS III adulto, um CAPS álcool e outras drogas III e um CAPS infantojuvenil; duas Residências Terapêuticas; uma República Terapêutica infantojuvenil; uma equipe de Consultório de Rua; quatro Unidades de Pronto-Atendimento (UPA); uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral e 23 Unidades Básicas de Saúde.

Essa rede foi implantada recentemente, a partir de 2013, mediante mudança administrativa que permitiu a construção de um novo cenário de atenção à saúde. A Secretaria de Saúde do município definiu diversas metas, sendo a primeira prioridade a diminuição da mortalidade materno-infantil, cujo índice estava acima da média nacional, e a segunda, a reestruturação da atenção em saúde mental. Até então, o tratamento se dava a partir de um modelo departamentalizado, centralizado em serviços especializados, como ambulatórios e CAPS, mudanças que serão discutidas na seção 4.1.

3.2.1 As Regiões de Saúde e o Território III

A cidade de Mauá é dividida em cinco regiões de saúde, conforme se visualiza na Figura 1, cada uma delas com, no mínimo quatro UBS, dentre unidades tradicionais, unidades com Estratégia de Saúde da Família e unidades mistas.

Figura 1: Mapa do Município de Mauá dividido por Regiões de Planejamento de Saúde, 2014.

Extraído de: <http://www.maua.sp.gov.br/pSecretaria.aspx?SecretariaID=3>

Para fins dessa pesquisa, escolhemos o Território III (em roxo), por dois motivos: (1) por ser considerada uma região típica da cidade, na média quando comparada às demais em relação às características sociodemográficas, econômicas e de recursos da população e do local; (2) por ser a região onde atuei como referência²² e, portanto, já tinha algum contato com

²² No CAPS adulto de Mauá, onde atuei como psicóloga, havia miniequipes divididas por território geográfico, sendo que eu atuava na miniequipe de referência para o Território III.

a região, e com parte da população e profissionais que ali atuam. O município, assim como o TIII, é marcado por um contexto social e de saúde bastante vulnerável.

Assim sendo, nosso foco de estudo foi nos serviços que se localizam nessa região ou que são referência de cuidado para a população que vive nesse território. A região é moradia de cerca de 20% da população de Mauá, o que corresponde a aproximadamente 79.500 habitantes. Há quatro profissionais que atuam como articuladores em saúde nessa região, que visam favorecer as articulações entre os profissionais na atenção à população local.

Existem quatro Unidades Básicas de Saúde localizadas nessa região, conforme quadro abaixo e uma delas foi escolhida para o desenvolvimento de parte dessa investigação, escolha feita a partir da indicação dos profissionais de saúde mental que atuam na região. Além da UBS, pensamos que poderiam integrar a pesquisa o CAPS infantil e outros serviços de saúde e de outros setores participantes do cuidado em saúde mental de crianças. No entanto, ao longo do processo da pesquisa, optamos por desenvolvê-la apenas nesses dois serviços, uma vez que fomos percebendo que as articulações com outros serviços e setores são frágeis, difíceis e muito esporádicas. Tal dificuldade será discutida ao longo desse trabalho. Existem dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) no TIII, sendo que ambos dividem terreno com uma UBS.

Quadro 6: Unidades Básicas de Saúde com equipes da Estratégia de Saúde da Família do Território III do município de Mauá, SP, 2014.

Unidades Básicas de Saúde	No de equipes da ESF
UBS ZAÍRA I	5
UBS ZAÍRA II (mista)	2
UBS ZAÍRA III	3
UBS MACUCO	4

3.3 CAMINHOS, PROCEDIMENTOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

*Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.*
(Antônio Machado 1875-1939)

A aproximação com o município de Mauá e a Rede de Atenção Psicossocial antecede o início da pesquisa, sendo que a própria escolha para seu desenvolvimento nesse local tem relação com o vínculo que temos com a cidade, o que indica nossa implicação com a pesquisa²³.

Iniciamos a pesquisa apresentando o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde que, após aprovação, nos indicou contatar os gerentes dos serviços ou os responsáveis pelos espaços onde pretendíamos realizar a pesquisa – a princípio, CAPSi, Atenção Básica e espaços de articulação - para combinar o início do processo. Assim, a partir de contato com os gerentes do CAPSi e da Saúde Mental na Atenção Básica, com a facilitadora da reunião de Educação Permanente do Território III (TIII), além de conversas informais com profissionais da RAPS do município, definimos que começaríamos pelos espaços fixos de articulação e troca entre profissionais de diferentes serviços do TIII. São eles Reunião de Educação Permanente do T III e Reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica do T III²⁴, ambos com frequência mensal.

Assim, iniciamos a Observação Participante, técnica que será abordada no 3.3.1, dessas reuniões, em setembro de 2014, participação que se manteve durante todo o período de campo da pesquisa, até abril de 2015. Vale dizer que fomos construindo o percurso da pesquisa e delimitando os serviços, o período e a frequência que ficaríamos em cada local ao

---

²³ Como mencionado anteriormente, membros no nosso grupo de pesquisa LASAMEC atuam na gestão de saúde mental de Mauá, temos realizado visitas com alunos de Graduação e curso de verão sobre saúde mental na cidade. Além disso, atuei durante alguns meses, em 2014, como psicóloga do CAPS adulto do município.

²⁴ Vale dizer que eu já participava dessas reuniões como trabalhadora do CAPS III, porém quando iniciei a participação como pesquisadora, tinha me desligado da função de profissional havia dois meses.

longo do processo, conforme nos aproximávamos dos serviços e dos profissionais e percebíamos os rumos a serem tomados.

Nesse sentido, a partir dessas primeiras aproximações - sempre acompanhadas de registro em Diário de Pesquisa - incluímos a realização de um levantamento do perfil das crianças atendidas no CAPSi, residentes no TIII, assim como daquelas atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental da Atenção Básica²⁵ no TIII. Tal interesse surgiu no processo da investigação, a partir das aproximações iniciais do campo de pesquisa, principalmente, diante das discussões que estavam ocorrendo na Educação Permanente (EP) do T III e em reuniões de equipe do CAPSi. No primeiro espaço (EP), em uma das reuniões, os participantes²⁶ apresentaram o número de pessoas que residem no TIII que fazem tratamento nos serviços que atuam e algumas outras características, de acordo com cada serviço, visando conhecer melhor a realidade do local e contribuir para a construção de um cuidado de base territorial. Ao mesmo tempo, no CAPSi, participamos de reuniões em que se falava sobre a incompatibilidade entre o número de usuários e de funcionários do CAPSi, o que dificultava ou inviabilizava o desenvolvimento do cuidado da forma como pensavam que deveria ocorrer. No entanto, em ambos os espaços notávamos a falta de informações mais precisas sobre esse contingente e as características da população atendida, o que aliado os objetivos da pesquisa, nos levou ao interesse em realizar um levantamento das crianças residentes no TIII que estavam em atendimento em saúde mental nos CAPSi e/ou na Atenção Básica. O objetivo desse levantamento foi conhecer algumas características dessas crianças e utilizar esses dados como estratégia para iniciar a discussão nos GF com os profissionais de cada serviço.

---

²⁵ Há um Núcleo de Saúde Mental da Atenção Básica em cada território de saúde. No T III, há quatro psicólogos, uma assistente social e uma psiquiatra. Esses profissionais rodíziam nas quatro UBS existentes, sendo que no caso dos psicólogos, cada dois se divide em duas unidades.

²⁶ Participam dessas reuniões profissionais de diversos serviços que atuam diretamente com a população do TIII, tais como gerentes as quatro UBS da região, apoiadores em saúde, profissionais dos CAPS, da urgência e emergência, da Vigilância Sanitária, da Vigilância Epidemiológica, no Núcleo de DST/AIDS, do Centro de Especialidades Odontológicas, do Centro de Referência da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Os seguintes dados foram coletados: sexo, idade, hipótese diagnóstica, procedência, atividade que participa no serviço, instituição de educação que frequenta (especial/regular/nenhuma) e motivo do encaminhamento. Sobre as crianças atendidas no CAPSi, obtivemos em reunião da EP do TIII²⁷ as primeiras informações. Há um total 328 prontuários ativos no serviço, sendo 85 desses referentes às crianças residentes no TIII. A coleta dos dados se deu por meio de acesso aos prontuários das crianças, com até 12 anos incompletos (nascidas até 31/09/2002) e que moram do T III. Foram desconsiderados os prontuários em que não houvesse registro nos últimos 90 dias, chegando a um total de 32 prontuários. Foram necessários cinco dias para a conclusão dessa tarefa.

Nas UBS do Território III, a partir de conversas com os profissionais no Núcleo de Saúde Mental, ficou definido que não teríamos acesso aos prontuários e que os psicólogos do núcleo preencheriam uma ficha de identificação (ANEXO V) e entregariam em data estipulada²⁸. O número total de fichas obtidas foi de 32 crianças. Desta forma, foi possível traçar o perfil das crianças atendidas em saúde mental no T III, que será apresentado no subcapítulo 4.1.3.

Após esse levantamento, agendamos os Grupos Focais (técnica abordada na seção 3.3.2) com os profissionais dos CAPSi e, em seguida, com os profissionais das UBS – sendo um grupo com médicos e enfermeiros e psicólogos, e outro, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram duas sessões com cada grupo que aconteceram com frequência semanal, todas no mês de dezembro de 2014.

Após período de férias (seguindo orientação da equipe), participamos de mais uma reunião de equipe no CAPSi, quando propusemos e escolhemos, a partir de sugestão dos profissionais, os participantes dos Grupos Focais (GF) com familiares e crianças. Assim,

---

²⁷ Nessa reunião, cada participante tinha como tarefa trazer informações sobre seu serviço em relação ao TIII, com o objetivo de conhecer melhor a realidade do local e contribuir para a construção do cuidado de base territorial.

²⁸ Apesar de alguns adiamentos para entrega das fichas, assim como não preenchimento do total dos pacientes atendidos pelos profissionais, conseguimos obter dados suficientes para os objetivos.

agendamos e realizamos três encontros de GF com familiares e dois com crianças. Esses encontros aconteceram semanalmente de maneira intercalada, ou seja, uma semana com os familiares, outra com as crianças. Esse formato foi escolhido para não prejudicar os grupos terapêuticos e de orientação de familiares, já que usamos o horário desses grupos para a realização da pesquisa.

A pesquisa, ao se desenvolver em diferentes espaços, contou com a participação indireta de profissionais de saúde de diferentes serviços, usuários dos serviços de saúde, familiares e cuidadores. Durante todo o período da pesquisa, como descrito anteriormente, participamos de reuniões de equipe, atendimentos, observamos a rotina dos serviços, conversamos com profissionais, usuários e utilizamos o diário de pesquisa para registrar esses momentos. Assim, o processo da pesquisa contou com diferentes aproximações, tal como se observa no Quadro 7, e pôde dar voz aos diversos participantes do processo de cuidado de crianças com problemas de saúde mental: profissionais de saúde, familiares e crianças atendidas nesses serviços.

Quadro 7: Procedimentos realizados na pesquisa.

1. Observação Participante (mantida durante todo o processo)	Espaços de Articulação: (a) Reunião Saúde Mental e Atenção Básica TIII; (b) Educação Permanente do TIII.
	Rotina CAPSi.
	Rotina UBS escolhida.
2. Levantamento do perfil das crianças atendidas em saúde mental no TIII	CAPSi – acesso aos prontuários.
	UBS – preenchimento de ficha pelos psicólogos.
3. Grupos Focais	Profissionais do CAPSi
	Profissionais da UBS escolhida
	Familiares do CAPSi
	Crianças

3.3.1 Observação Participante

A Observação Participante (OP) consiste em uma técnica de pesquisa que se desenvolve em determinado ambiente visando compreender a vida cotidiana de pessoas ou instituições (HOWARD, 2004; VALLADARES, 2007). O observador se foca nas situações do dia a dia da população escolhida, seu comportamento, as relações estabelecidas, entre outras, de acordo com seu objetivo. Estabelece conversa e interação com a população observada e torna-se parte do contexto, modificando e sendo modificado por ele (MINAYO, 2014).

Na presente pesquisa, utilizamos essa técnica como forma de entrada no cenário da pesquisa, visando compreender de maneira mais próxima o contexto a ser estudado e os atores sociais envolvidos. No entanto, a OP fez parte de todo o processo da pesquisa por entendermos que essa técnica contribui para “captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (CRUZ NETO, 1998, p. 60). Como instrumento de registro da OP, utilizamos o Diário de Pesquisa, como discutido anteriormente.

Iniciamos a OP nos espaços de articulação entre os profissionais do TIII: Educação Permanente e Reunião Saúde Mental e Atenção Básica. Após a primeira participação em cada uma das reuniões acima citadas, iniciamos as Observação Participante no CAPSi e na UBS selecionada.

No CAPSi, as OP ocorreram em ambientes diversos, de acordo com a abertura que os profissionais ofereciam ao longo dos dias. Deste modo, além de observar o movimento e a rotina em espaços abertos do serviço, participamos de grupos terapêuticos com crianças,

oficinas terapêuticas, reuniões gerais da equipe, reunião de Educação Permanente, reunião para discussão de caso entre serviços e supervisão clínico-institucional.

Na UBS selecionada, ficamos nos corredores do serviço, na sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como participamos de reunião geral, reunião diária de cada uma das quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que compõem a unidade, grupo infantil de arteterapia e atendimento compartilhado entre psiquiatra e médico da família.

Desta forma, pudemos apreender, a partir da realidade e do cotidiano, como se configuram as relações entre os diversos atores sociais envolvidos no contexto estudado, as dificuldades e as formas de enfrentá-las, assim como os consensos e dissensos presentes nas ações.

3.3.2 Grupos Focais

O Grupo Focal (GF) é uma técnica de coleta de dados que consiste em discussão de grupo, na qual o pesquisador se coloca de uma forma ativamente atenta e encorajada às interações do grupo (BARBOUR, 2009; GONDIM, 2002). Para tanto, realiza sessões grupais visando possibilitar “discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor” (WESTPHAL et al, 1996, p. 473).

Tem sido crescente o número de pesquisas que fazem uso de grupos focais em diversas áreas das ciências sociais, incluindo a saúde. Adotamos o grupo focal como uma das técnicas da pesquisa, por termos como objetivo analisar e dar voz aos diferentes grupos de

pessoas, enquanto grupos, e não às pessoas individualmente. Não pretendemos, com isso, elaborar consensos em cada grupo, mas fazer uso dos valiosos dados advindos da interação e intercâmbio entre os participantes que podem proporcionar *insights* do processo grupal. Os dissensos constituíram parte de nossas análises, o que não se deu no nível das atitudes individuais, mas no sentido coletivo.

Sendo assim, as interações estabelecidas entre os componentes dos grupos foram levadas em conta, posto que essas interações “merecem um olhar especial (...) procurando compreender o impacto das vivências do grupo sobre as trocas entre os participantes, os consensos, os dissensos, as rupturas, as descontinuidades, os silêncios” (GATTI, 2005, p. 47). Consideramos o material produzido nos grupos focais dentro do contexto em que são expressos e relacionados à própria dinâmica daquele grupo, ou seja, as visões ali anunciadas são específicas daquele grupo em particular, considerando as eventuais inconsistências e contradições (BARBOUR, 2009). Isso significa que as opiniões são parte daquela interação grupal e dizem respeito àquele agrupamento e não a cada participante individualmente.

Operacionalmente, os grupos que conduzimos foram constituídos por um moderador - a pesquisadora - e um ou dois observadores, além dos sujeitos da pesquisa. As sessões do grupo foram áudio-gravadas e transcritas em sua integralidade. Seguimos recomendações da literatura em relação ao número de participantes – de seis a doze e duração do encontro – aproximadamente uma hora e meia (WESTPHAL et al, 2006; MINAYO, 2014; GATTI, 2005).

A composição dos grupos levou em conta o serviço, o vínculo com o serviço e a categoria profissional. Assim, obtivemos cinco diferentes agrupamentos:

- Grupo 1: profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, e profissionais do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica;
- Grupo 2: profissionais da ESF - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

- Grupo 3: Profissionais do CAPSi;
- Grupo 4: Familiares de crianças atendidas no CAPSi;
- Grupo 5: Crianças atendidas no CAPSi.

A subdivisão dos trabalhadores da ESF em grupo 1 e grupo 2 se deu pelo fato de objetivarmos dar voz a todos os profissionais de maneira profunda e sem constrangimentos. Algumas pesquisas indicam (FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008; ONOCKO-CAMPOS e BACCARI, 2011) que as relações de poder entre os trabalhadores pode se refletir nos grupos, de modo que opiniões expressas por profissionais médicos e enfermeiros tendem a prevalecer em relação aos ACS, quando colocados no mesmo grupo de discussão.

Os grupos focais foram guiados por um roteiro temático, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Os roteiros, sendo um para profissionais da UBS, um para profissionais do CAPS, um para familiares e um para as crianças (ANEXOS IV, V, VI E VII), foram usados para nos orientar e ajudar a abarcar os temas principais e objetivos da pesquisa. As questões não foram conduzidas como perguntas-respostas, mas visando a interação e troca de informações entre o grupo.

Quanto ao número de encontros, propusemos a realização de duas sessões por grupo, contudo, no caso dos GF com os familiares, foram necessários três encontros, uma vez que não conseguimos contemplar nossos objetivos na segunda conversa. No primeiro encontro, abarcamos o conjunto do roteiro de grupo e, no segundo, retomamos e aprofundamos a discussão anterior. Iniciamos o segundo encontro com a leitura de uma narrativa construída por nós pesquisadores, a partir da transcrição da primeira sessão (FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008).

Esse texto narrativo, composto pelos principais elementos da discussão (MIRANDA et al, 2008), visa “fazer emergir dos emaranhados das discussões, um sentido para as histórias vividas, mas ainda não narradas” (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009, p. 132). A

narrativa é, para RICOUER (1997 *apud* FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2008) uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso que liga a explicação à compreensão. Essa leitura, com caráter de restituição²⁹ (LOURAU, 1993), levou os participantes a validar, complementar, corrigir ou aprofundar discussões realizadas no primeiro encontro. Assim, iniciamos o processo interpretativo, tendo em vista o entendimento de que ele se constrói com a participação daqueles aos quais se pretende compreender.

3.3.2.1 Considerações sobre os GF com Profissionais

Conforme explanado anteriormente, os Grupos Focais com profissionais foram: (1) profissionais da ESF - médicos, enfermeiros e profissionais do Núcleo de Saúde Mental; (2) profissionais da ESF - Agentes Comunitários de Saúde, (3) profissionais do CAPSi. Cada grupo contou com duas sessões e duração de 45 minutos a uma hora e meia por encontro, levando em conta os objetivos da pesquisa e a disponibilidade dos participantes.

O primeiro encontro, com cada um dos três grupos, foi iniciado com uma breve apresentação da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I) e preenchimento de ficha de identificação dos participantes (ANEXOS VII E VIII).

Em seguida, foram apresentados, em folhas impressas em tamanho grande, gráficos e tabelas contendo dados sobre as crianças atendidas do Território III (TIII), em cada um dos serviços (CAPSi e UBSs), com relação ao sexo, faixa etária, principal responsável pela criança, procedência, queixa inicial, hipótese diagnóstica, intervenções terapêuticas atuais,

---

²⁹ Conceito da AI, usado aqui com o sentido de se fazer uma espécie de devolutiva ao grupo sobre o processo de intervenção.

inserção escolar e outros serviços que a criança frequenta. Assim, no CAPSi apresentamos informações referentes às crianças atendidas no serviço que residem no TIII e na UBS selecionada, apresentamos os dados das crianças atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental do TIII, incluindo as quatro UBS da região.

A partir dessa apresentação gráfica, pedimos para que os participantes comentassem os dados que mais chamaram a atenção. Essa proposta inicial serviu como um gatilho para disparar a conversa desenvolvida com os profissionais nos GF realizados, tendo por base informações reais acerca das crianças atendidas por eles.

Depois disso, propusemos que os profissionais representassem uma cena sobre uma criança que chegasse pela primeira vez ao serviço. Assim, alguns deles atuaram como a criança, o responsável e os profissionais do serviço que os atenderam pela primeira vez. Tal técnica permitiu a exposição, e não apenas a descrição, de cenas do dia a dia e a posterior discussão sobre a situação encenada. Consideramos que a cena, como estratégia de pesquisa, foi muito valiosa, pois trouxe à tona de modo espontâneo as situações cotidianas e desafiadoras dos serviços, conduzindo os participantes a uma discussão implicada, tanto dos que encenaram quanto dos que assistiram, e minimizando uma possível resistência ou diálogo baseado em discursos prontos ou esperados. Ainda, a cena permitiu aos profissionais a troca de papéis ao se colocarem no lugar de outros personagens e contribuiu para possível ressignificação das vivências, criando mais uma oportunidade de discussão dos casos.

O segundo encontro foi iniciado com a leitura da narrativa sobre a primeira sessão que impulsionou a continuidade da discussão. Por fim, completamos com questões que consideramos necessárias para contemplar os objetivos da pesquisa. Os roteiros de pesquisa (Anexo IV e V) foram usados como apoio para mantermos os objetivos da pesquisa, não sendo seguidos de modo sequencial.

3.3.2.1.1 Participantes dos GF na UBS

O convite para participação dos profissionais nos GF ocorreu em reunião de equipe, quando apresentamos o projeto. Apesar de diversos profissionais referirem interesse, a disponibilidade de agenda foi um impeditivo. Assim, aliando meus objetivos à disponibilidade dos profissionais, contamos com a seguinte participação: no “grupo 1”, foram dois médicos, dois enfermeiros e uma psicóloga e no “grupo 2”, dez Agentes Comunitários de Saúde³⁰. Desses 15 participantes, apenas um era do sexo masculino, a faixa etária variou de 23 a 50 anos. Treze participantes cumprem 40 horas de trabalho semanal – com exceção dos dois médicos que fazem parte do Programa Mais Médicos³¹ e tem uma carga horária de 32 horas. Em relação ao tempo de serviço, chama a atenção o fato de as ACS estarem no cargo há quatro anos ou mais. Os demais profissionais variaram de seis meses a oito anos de atuação no cargo. Todas as ACS são funcionárias estatutárias, enquanto que os demais ou são contratados pela Fundação do ABC³² ou são bolsistas do Programa Mais Médicos.

Vale dizer, que intercorrências pessoais dos participantes ou do próprio serviço no dia e horário dos grupos, escolhido por eles mesmos, levou alguns profissionais que tinham se disponibilizado a participar, a não estarem presentes. Ainda, algumas pessoas participaram de apenas um dos dois encontros.

---

³⁰ A unidade estava desfalcada em relação aos auxiliares de enfermagem e, na reunião geral, ficou decidido pela equipe que nenhum deles participaria.

³¹ O Programa Mais Médicos é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa melhorar o atendimento oferecido pelo SUS, contratando médicos para atuarem em regiões onde há escassez ou ausência de profissionais. As vagas são oferecidas primeiramente a médicos brasileiros e aquelas não preenchidas são oferecidas a médicos estrangeiros. Há um acordo firmado entre o governo brasileiro e a OPAS (Organização Panamericana de Saúde) que viabiliza a vinda de médicos cubanos para atuarem no Brasil.

³² A Fundação do ABC é uma Organização Social de Saúde parceira da prefeitura de Mauá.

3.3.2.1.2 Participantes do GF no CAPSi

Assim como na UBS, a apresentação da pesquisa e o convite para participação ocorreram em reunião de equipe, em que combinamos a realização dos Grupos Focais com profissionais. O recorte regional da pesquisa - escolha pelo TIII - nos conduziu à proposta inicial de que o GF fosse realizado com os profissionais que são referências para o TIII, ou seja, a miniequipe dessa região. Contudo, após iniciado o campo, e em conversas com os profissionais, optamos por ampliar a composição dos grupos: além daqueles do Território III, outros que fossem os únicos do CAPSi de sua categoria profissional, como é o caso da psiquiatra, da fonoaudióloga e da terapeuta ocupacional.

Portanto, os participantes do grupo de profissionais foram: um auxiliar administrativo, uma auxiliar de farmácia, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma monitora de oficina, uma fonoaudióloga, uma médica psiquiatra, uma recepcionista, uma assistente social e uma enfermeira. Desse total de dez pessoas, apenas uma era do sexo masculino e as idades variaram de 32 a 54 anos. O tempo que estão no cargo variou de um a 12 anos. Oito deles são contratados pela Fundação do ABC e cumprem carga horária de 40 horas por semana, com exceção da assistente social que cumpre 30 horas. Duas das participantes são funcionárias estatutárias, sendo que uma delas cumpre 20 horas por semana e a outra, 30.

Os GFs ocorreram no horário da reunião geral de equipe e em semanas consecutivas, conforme sugestão dos próprios participantes. Todos estiveram presentes em ambas as conversas.

3.3.2.2 Considerações sobre os GF com Familiares

Os GFs com os familiares de usuários do CAPSi foram agendados após nova conversa com profissionais em reunião de equipe. Assim, retomamos nossos objetivos e a equipe indicou como participantes familiares que frequentam Grupo de Familiares semanal no CAPS³³. Assim sendo, combinamos que os profissionais responsáveis pelos grupos fariam o convite aos familiares, combinariam o horário e, na semana seguinte, iniciariamos o grupo. A escolha por realizar o GF no mesmo horário do Grupo de Familiares se deu por sugestão da equipe, visando contar com a participação de um número razoável de pessoas, sem conflitar com agendas pessoais. Passado esse período, os grupos foram iniciados. Foram necessários três encontros para que contemplássemos os objetivos da pesquisa.

Iniciamos o primeiro encontro com apresentação da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II) e preenchimento de uma ficha de identificação sobre o familiar e a criança que acompanham (ANEXO VIII). A seguir, entregamos uma folha de papel *canson* para cada participante, distribuímos canetas hidrográficas e lápis de cor e solicitamos que os familiares traçassem os caminhos que percorreram com as crianças desde que perceberam algo diferente nela.

Essa estratégia se inspirou no conceito de itinerários terapêuticos, isto é, trajetórias seguidas na busca de solução para problema de saúde (MARQUES e MÂNGIA, 2013). O estudo dos itinerários contribui tanto para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado – a percepção dos usuários sobre a doença e o tratamento – quanto da utilização dos serviços de saúde (CABRAL et al, 2011). Podem indicar construções subjetivas individuais e

---

³³ Foram indicados os familiares que participam de dois Grupos de Familiares distintos, mas que ocorrem em horários consecutivos, ou seja, um deles das 8 às 9 e o outro das 9 às 10. Ficou combinado que as sessões de GF ocorreriam das 8:30 às 10 horas, no entanto, no primeiro dia, ao chegarmos ao CAPSi próximo das 8:30, o grupo de orientação das 8 já havia começado e os profissionais se desculparam por terem esquecido o combinado. Sendo assim, recombinaamos e adiamos o grupo para a semana seguinte.

coletivas acerca da doença e tratamento, relacionadas a diversos contextos sociais e históricos. Nesse sentido, pensamos que a estratégia da construção, compartilhamento e análise dos itinerários terapêuticos conecta-se aos objetivos desse estudo.

Após a construção dos itinerários (alguns familiares optaram por escrever, em vez de traçar a rota), cada participante foi convidado a compartilhar com o grupo seu desenho, contando o caminho percorrido com a criança na procura por tratamento. Ao longo da conversa, utilizamos o roteiro de pesquisa (ANEXO V) para completarmos nossos objetivos.

No primeiro encontro, apenas um pai conseguiu falar, uma vez que o preenchimento da ficha de identificação e a construção individual dos itinerários tiveram longa duração. Assim, combinamos de recolher os papéis e devolver no encontro seguinte, quando retomamos a conversa. No segundo encontro, lemos a narrativa escrita a partir do primeiro e conversamos sobre esse texto. Em seguida, devolvemos as folhas e solicitamos voluntários para contarem sobre seus caminhos. Como não foi possível que todos compartilhassem seus itinerários, combinamos um terceiro encontro com o grupo, quando restituímos a reunião anterior e contemplamos nossos objetivos.

Os estudos sobre itinerários terapêuticos em pesquisas, além de pouco frequentes no Brasil, costumam ser realizados por meio de entrevistas individuais. Contudo, optamos por utilizar essa técnica em grupo visando compreender identidades e diferenças entre os participantes, assim como promover a interação e a troca entre eles. Consideramos que essa escolha permitiu o diálogo entre os participantes, a elucidação de semelhanças nos caminhos percorridos, mas também a possibilidade de discussão sobre diferentes pontos de vista para problemáticas similares. Vale dizer que o tempo para realização desses grupos superou nosso planejamento inicial – que seria de dois encontros – uma vez que as trajetórias relatadas foram bastante longas e mobilizadoras, levando a relatos detalhados sobre os caminhos percorridos.

O GF com familiares contou com a participação de nove pessoas, sendo que nem todos estiveram presentes nas três conversas. Desses, quatro eram do sexo masculino (três pais e um padrasto) e cinco do sexo feminino (quatro mães e uma avó). A idade variou de 32 a 62 anos e o tempo que frequentam o CAPSi variou de 3 meses a 5 anos. Em relação às crianças que são responsáveis, elas têm entre 6 e 9 anos, frequentam o CAPSi uma vez por semana em grupo terapêutico, apenas um deles participa de outra atividade além desse grupo. Esses participantes compõem dois grupos de familiares que ocorrem no mesmo dia da semana em horário consecutivo.

3.3.2.3 Considerações sobre os GF com Crianças

Tem sido crescente o interesse de historiadores e outros pesquisadores em considerar a perspectiva das crianças em investigações sobre temas diversos (CORSARO, 2011; CRUZ, 2008). Apesar disso, ainda são escassas os estudos que incluem as crianças como sujeitos de pesquisa e, quando existentes são, prioritariamente, realizadas por métodos delineados e circunscritos, como escalas e testes que reduzem sua expressividade livre (PEREIRA, MUYLAERT e REIS, 2012). No contexto dos CAPSi, dar voz as crianças é algo ainda mais raro³⁴, talvez pelo fato de as crianças usuárias dos serviços terem uma dupla exclusão, são crianças e, portanto, consideradas por muitos como ausentes de fala sobre si e por enfrentarem algum tipo de sofrimento psíquico.

Ao entendê-las como sujeitos de suas vidas, narradoras de suas histórias, consideramos que inclui-las na presente pesquisa seria fundamental para compreendermos sua

---

³⁴ Tomamos conhecimento, na fase final dessa tese, sobre uma dissertação de mestrado recém concluída, realizada em um CAPSi que teve como sujeitos as crianças (SILVA, 2015).

perspectiva a respeito dos cuidados em saúde mental que recebem. Além disso, a inclusão das crianças nesta pesquisa encontra ressonância com a perspectiva de cuidado na qual nos apoiamos, alicerçada no modo psicossocial, em que se coloca em evidência o sujeito como protagonista de sua vida e de seu cuidado.

Para desenvolver pesquisas com crianças, é necessário que se respeite suas especificidades e que se desenvolva uma comunicação compatível com suas possibilidades e interesses (CRUZ, 2008). Assim, por entendermos o brincar como uma importante forma de comunicação na infância, utilizamos atividades lúdicas e interativas no GF com as crianças que foram adaptadas ao longo da conversa.

Os encontros com as crianças ocorreram no mesmo mês dos GFs com os familiares, de maneira intercalada, uma semana com os familiares, outra semana com as crianças, como explicado anteriormente. As crianças foram escolhidas, mediante indicação dos profissionais, tendo em vista os critérios faixa etária - de seis a doze anos – e capacidade de comunicação verbal. Definimos, então, que as crianças que comporiam o GF seriam as participantes de dois grupos terapêuticos distintos que ocorrem em horários seguidos, no mesmo dia da semana. Embora não fosse critério da pesquisa, trabalhamos com crianças cujos responsáveis integraram o GF com familiares.

Foram realizados dois encontros com esse grupo, com duração de uma hora cada. A primeira sessão se iniciou com os pais, as crianças e dois profissionais do serviço responsáveis pelo Grupo de Familiares do qual eles fazem parte. Começamos explicando o objetivo da pesquisa e o formato dos encontros. Em seguida, realizamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III) que foram assinados pelos familiares responsáveis pelas crianças. As explicações foram realizadas em uma linguagem direcionada tanto aos familiares, quanto às crianças. Após concordância de todos em participar da

pesquisa, os familiares se retiraram da sala, ficando apenas as crianças, a moderadora do grupo e uma observadora.

Iniciamos o grupo com uma apresentação pessoal de cada um que falou o nome, a idade, escola e série que está cursando, com quem mora e dias e atividades que frequenta no CAPSi.

Utilizamos duas propostas de atividade lúdica com as crianças com objetivo comum de proporcionar a interação entre elas e delas com personagens construídos ou apresentados por nós. Dissemos que esses personagens queriam conhecê-las e conhecer o CAPSi. Assim, na primeira atividade, propusemos que as crianças desenhassem, conjuntamente, um personagem que seria um novo colega que estava chegando ao CAPSi pela primeira vez. Disponibilizamos um papel pardo no chão e convidamos um dos participantes a deitar sobre o papel e, outro, a realizar seu contorno. Depois, os demais participantes desenharam a parte interna do corpo e, assim, iniciamos a conversa que visava à construção do personagem (características físicas, familiares, sociais, escolares), a apresentação deles para o personagem, assim como a apresentação do CAPSi. Na segunda atividade, ocorrida no segundo encontro, levamos dois bonecos de pano, um menino e uma menina que interagiram com as crianças, por meio de nós pesquisadores, em forma de dramatização, brincando, fazendo perguntas diversas sobre eles e sobre o CAPSi e outros lugares que frequentam. Essas atividades foram orientadas por um roteiro de pesquisa (ANEXO VIII).

Ambas as atividades realizadas tiveram boa aceitação e participação das crianças, porém, consideramos que a segunda, em que interagimos com as crianças de modo mais direcionado, por meio dos bonecos, foi mais profícua para abordarmos os temas que objetivamos na pesquisa. Ainda assim, pensamos que um número maior de encontros, combinados com observações das crianças em outros contextos, poderiam ser caminhos

interessantes a serem tomados em pesquisa com crianças, embora escapassem aos limites (inclusive de tempo em campo) dessa pesquisa.

No segundo encontro³⁵, tal como realizado no GF com profissionais e familiares, fizemos a restituição do encontro anterior, por meio da leitura de um texto que havíamos escrito sobre o primeiro dia de grupo e a abertura para correções e complementações.

O grupo foi composto por cinco meninos que tinham entre 7 e 9 anos. Todos frequentam o CAPSi semanalmente para participação em um grupo terapêutico. Estudam em escola regular, em série compatível com a idade. Apesar de dificuldades na comunicação e interação de alguns participantes, consideramos que as estratégias foram interessantes para acessar as crianças e cumprir nossos objetivos.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios e diretrizes da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Secretaria Municipal de Saúde de Mauá.

A confidencialidade, o sigilo e a voluntariedade foram garantidos aos participantes mediante leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS II

---

³⁵ Apenas duas crianças compareceram no horário combinado para o grupo. Assim, realizamos o GF com essas duas. Uma outra criança chegou uma hora atrasada, pelo fato do familiar ter entendido errado. Optamos por realizar uma conversa individual com essa criança e incluir na pesquisa os dados produzidos nesse encontro.

e III). No caso das crianças, os termos foram assinados pelos familiares, também participantes da pesquisa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Partimos do entendimento de que o processo de análise e interpretação da pesquisa se constrói com a participação daqueles a quem se pretende compreender e, portanto, inicia-se durante seu desenvolvimento.

Conforme explicitado anteriormente, realizamos um Diário de Pesquisa com registro de todo o processo cotidiano do trabalho de campo (Observações Participantes), contendo tanto o conteúdo objetivo das observações quanto as impressões subjetivas. Além disso, transcrevemos todas as gravações dos Grupos Focais e registramos as anotações realizadas pelos observadores dos grupos. Esse conjunto de escritos constitui o material empírico da pesquisa.

Assim, após período de imersão em campo, organizamos o material em sequência temporal e realizamos leituras repetidas, intercalando as anotações no Diário de Pesquisa e as transcrições dos GF. Essas leituras permitiram a organização e interpretação dos dados tal como apresentamos no capítulo 4.

Seguimos os dois níveis de interpretação propostos por MINAYO (2014), sendo o primeiro o ‘campo das determinações fundamentais’, o plano da totalidade ou do contexto e o segundo, o ‘encontro com os fatos empíricos’. A autora subdivide, operacionalmente, o segundo nível em: (1) Ordenação dos dados - transcrição das sessões de grupo, releitura, e organização do material em determinada ordem, a fim de se obter um mapa horizontal dos

achados no campo; (2) Classificação dos dados, entendendo que o dado é construído na situação de pesquisa – (a) leitura horizontal e exaustiva dos textos que permite apreender as estruturas de maior relevância e as ideias centrais transmitidas nos grupos; (b) leitura transversal, recortando-as por temas, realizando classificação e agrupamento em categorias centrais; (3) Análise final – advinda das duas etapas anteriores, gera-se um produto final, que inclui o objeto, o sujeito do conhecimento e as interrogações geradas nessa relação; (4) Relatório, ou seja, apresentação final dos resultados da pesquisa.

Assim sendo, seguimos esses passos e organizamos nossos resultados em temas centrais, tendo em vista nossos objetivos e os resultados encontrados. Dentro de cada tema, analisamos as semelhanças e diferenças encontradas nos diversos grupos pesquisados, as contradições presentes nos discursos e nas ações, utilizando os referenciais teóricos adotados. Além disso, sempre que possível, comparamos os resultados dessa pesquisa com outras semelhantes.

Os temas centrais foram:

1. Rede de Atenção Psicossocial de Mauá – composição e mudanças;
2. Concepções acerca de problemas de saúde mental em crianças;
3. Intervenções terapêuticas: as práticas de cuidado;
4. Processos de trabalho e planejamento de ações em saúde mental infantil;
5. Articulações entre serviços de saúde e intersetoriais.

Dentro de cada um desses temas, procuramos explicitar analisadores, no sentido que a AI atribui ao termo, que apareceram no processo da pesquisa em forma de falas e acontecimentos que fazem a instituição falar (LOURAU, 1975), que produzem rupturas nos modos “naturalizados” de lidar com o cotidiano (MERHY-SILVA, 2008). Os analisadores

contribuem para que se conheça a instituição, ou seja, as forças instituídas e instituintes que a compõem.

Ao longo da apresentação dos resultados e discussão, apresentamos trechos de falas dos Grupos Focais e de anotações no Diário de Pesquisa. Identificamos o local e o grupo em que essas falas foram expressas, visando melhor compreensão do contexto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE MAUÁ – COMPOSIÇÃO E MUDANÇAS

Como explicitado anteriormente, a escolha pela cidade de Mauá como campo de pesquisa está relacionada com nosso contato prévio com a cidade. A proximidade e o envolvimento com o município, os serviços, a população e os trabalhadores nos mobilizam e indicam nossas implicações com o campo da pesquisa. Ademais, como referido, esse município oferece uma história de alinhamento aos preceitos do modo psicossocial de atenção em saúde mental.

A mudança na gestão em saúde no município de Mauá, a partir do início de 2013, possibilitou importantes transformações nos rumos da saúde mental do município. Consideramos que essas mudanças têm um caráter de acontecimento, no sentido que Foucault e Deleuze atribuem ao termo, “um acontecimento remete a momentos em que confrontos de forças sociais se reverterem ou transformam, configurando, assim, novos regimes (de saberes, prática e subjetivação)” (apud RODRIGUES, 2003, p. 118). Nesse sentido, entendemos que as mudanças que vêm ocorrendo na atenção em saúde mental na cidade, embora desafiadoras, são promissoras no caminho político-ideológico defendido tão duramente pelos que trabalham em prol da Reforma Psiquiátrica.

Não é objetivo da presente pesquisa analisar todo o processo de mudança e seu impacto na atenção em saúde, porém consideramos pertinente discutir brevemente sobre alguns aspectos dessas mudanças, reiterados pelos participantes da pesquisa e que contribuem

para a compreensão de nosso objeto de estudo. Assim, a análise que realizamos neste trabalho visa contemplar as contradições, as dificuldades, os desafios, os problemas encontrados no processo de construção de um modelo de atenção pautado na perspectiva da atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000, 2003), com o recorte da saúde mental infantil.

Em relação à construção da rede de serviços, no período de dois anos - de 2013 a 2015, houve ampliação de equipes e profissionais em diversos locais. Na Atenção Básica (AB), foram contratados 49 médicos do Programa Mais Médicos, o que levou à implantação de 49 novas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Nos CAPS, houve contratação de funcionários e ampliação de horário de funcionamento, sendo que o CAPS adulto e o CAPS álcool e drogas passaram a ser 24 horas. Foram implantadas duas Residências Terapêuticas, uma República Terapêutica, uma equipe de Consultório de Rua. Houve um processo de qualificação de leitos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospital geral, fechamento de ambulatórios e descentralização para Atenção Básica, formação de parcerias intersetoriais, instituição de gestão horizontal e compartilhada dos serviços, implantação de Educação Permanente, pactuação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região, descredenciamento de hospital psiquiátrico da RAPS da região - desinternação e reintegração de pacientes às famílias ou residências terapêuticas. Essas ações têm resultado em progressiva diminuição de internações e ampliação da capacidade de acolher pessoas em sofrimento psíquico em rede e com foco na integração social (BERTOLINO-NETO, 2015).

Assim, a RAPS de Mauá, tal como se apresenta atualmente, tem propiciado a construção de um modelo de atenção em saúde com base no modo de atenção psicossocial. Compõe-se pelos seguintes pontos de atenção: três CAPS, sendo um CAPS III adulto, um CAPS álcool e outras drogas III e um CAPSi, duas Residências Terapêuticas, uma República Terapêutica infanto-juvenil, uma equipe de Consultório de Rua; quatro UPAs, uma enfermaria psiquiátrica em hospital geral e 23 UBSs.

Os três CAPS ficam localizados na região central da cidade e, por serem os únicos de cada categoria, são referência para todo o município. Contudo, todos funcionam a partir de uma divisão de miniequipes por território de saúde, o que viabiliza as trocas de informações entre o CAPS, a Atenção Básica e os demais serviços, a proximidade entre os profissionais, a participação desses nas reuniões mensais por território, dentre outras coisas, como discutiremos adiante.

Vale dizer que a implantação desse novo modelo de RAPS se constitui como um processo ainda em construção, a partir de uma mudança paradigmática de atenção à saúde mental, alicerçada no movimento da Reforma Psiquiátrica. Nas palavras de DELGADO (2011, p.4702), nesse momento transitório atual, permeado por contradições, dificuldades, desafios, avanços e retrocessos, “o modelo antigo não domina, mas o novo ainda não predomina”. Contudo, entendemos que o desenvolvimento de práticas de cuidado na lógica do modo psicossocial depende, dentre diversos outros fatores, de interesse e investimentos políticos que coadunem com essa lógica, tal como vem acontecendo neste município.

Nesse sentido, as mudanças propostas pela gestão em saúde são sentidas pelos profissionais de formas variadas, tal como abordaremos a seguir. Antes disso, faremos uma breve caracterização dos serviços onde o trabalho de campo se desenvolveu com mais intensidade: o CAPSi e a UBS escolhida do TIII, levando em conta as mudanças estruturais ocorridas a partir da nova gestão. Além disso, caracterizaremos as crianças atendidas em saúde mental no TIII, tanto no CAPSi quanto na Atenção Básica.

4.1.1 O CAPSi Florescer

O CAPSi Florescer, inaugurado em 2005, transferiu-se para uma casa maior e mais apropriada aos objetivos do serviço em 2013, sendo então sua equipe ampliada e seu horário de funcionamento estendido. Atualmente, o CAPSi atende no horário das 7 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira e a equipe é composta por três assistentes sociais, três enfermeiros, quatro auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, um auxiliar de farmácia, um fonoaudiólogo, quatro psicólogos, um psiquiatra, um terapeuta ocupacional, dois monitores de oficina, duas recepcionistas, três agentes administrativos, um gerente, três estagiários de serviço social, um estagiário de terapia ocupacional e um residente em psiquiatria.

Há cerca de 480 prontuários ativos na unidade, com usuários em diversas modalidades e intensidades de tratamento. Há uma procura pelo serviço de aproximadamente 20 novos casos ao mês, e por volta de oito deles são incluídos em tratamento na unidade (DIAS e PRATES, 2015).

O serviço é organizado em miniequipes a partir de uma divisão por território de saúde. Há reuniões de equipe duas vezes por semana, de miniequipe uma vez por semana, supervisão clínico-institucional quinzenal³⁶, Educação Permanente com frequência variável, além de espaços informais ou improvisados para discussão de casos.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais com os usuários são variadas, incluindo atendimentos individuais, grupos terapêuticos, grupo de familiares, grupo de avaliação, oficinas terapêuticas - de sucata, de contos, de manicure, de artes, de música, de grafite, de break, de ioga, - sendo que as três últimas contam com parceira com profissionais da Secretaria da Cultura que vão até o CAPSi desenvolvê-las. Há sempre um profissional de

---

³⁶ Durante o período da pesquisa, a supervisão foi interrompida, por motivos administrativos da gestão, porém foi informado que haveria uma continuação, assim que os problemas fossem sanados.

plantão para acolhimento inicial e outro(s) na ambiência. As articulações com o território, reuniões para discussão de casos, intervenções conjuntas com profissionais da Atenção Básica acontecem conforme a demanda e as possibilidades do serviço - disponibilidade de transporte, quadro de funcionários suficiente para as necessidades de cada momento, dentre outros.

Não foi nosso objetivo inicial caracterizar as crianças atendidas no serviço, porém, como explicado anteriormente, ao longo do processo da pesquisa, decidimos identificar as crianças atendidas no CAPS, residentes no TIII. Vale ressaltar que a divisão da cidade em territórios de saúde e dos profissionais dos CAPS em miniequipes de referência por território, discutida na seção 4.4.1, tem como objetivo viabilizar maior proximidade com a população, maior possibilidade de vínculo dos profissionais entre si e desses com a população e a singularização da atenção, aspectos fundamentais na provisão do cuidado na perspectiva do modo psicossocial.

4.1.2 Unidades Básicas de Saúde do Território III

Como exposto, há quatro UBS que compõem o TIII, sendo três delas Unidade de Saúde da Família (USF) e uma delas unidade mista, ou seja, parte da população tem cobertura da ESF e parte usa apenas a unidade tradicional. As três USF funcionam no horário das 7 às 17 e a unidade mista tem horário estendido até as 21 horas.

Das quatro UBS existentes, duas foram inauguradas em 2013, o que contribui para a atenção à população, ampliado as equipes e melhorando o acesso. Apesar disso, todas as UBS da região ainda são referência para uma população superior à estipulada pela Política Nacional de Atenção Básica – máximo de 18.000 habitantes para UBS sem ESF e 12.000 para

UBS com ESF (BRASIL, 2011). Em relação a ESF, vale dizer que o número de famílias por equipe está dentro do estipulado pela portaria, porém, segundo os profissionais, por se tratar de região com elevado grau de vulnerabilidade, é aquém das necessidades locais.

A unidade escolhida para a realização da Observação Participante e dos Grupos Focais é composta por quatro equipes de ESF. Esse número foi alcançado no último ano, quando as equipes foram dobradas mediante a contratação de novos profissionais, tais como médicos do Programa Mais Médicos. As quatro equipes estão completas quanto aos médicos e enfermeiros, porém têm algum desfalque em relação a auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Há uma reunião técnica mensal com enfermeiros, médicos, gerente e auxiliares de enfermagem e uma reunião geral com todos os funcionários por representação, também mensal. As reuniões de cada equipe de ESF ocorrem diariamente, com duração de uma hora, quando são discutidos casos das famílias da região, necessidades específicas e outras questões da unidade.

O trabalho cotidiano na UBS pesquisada ocorre na unidade e nas ruas. As ACSs fazem visitas às famílias diariamente, os médicos, uma vez por semana e as enfermeiras, duas, com foco em acamados, gestantes ou quando solicitados pelas ACS, diante de alguma especificidade. Atualmente, as auxiliares de enfermagem não têm saído da unidade, devido a um combinado interno frente ao fato de as equipes estarem incompletas.

Em relação ao Núcleo de Saúde Mental, há duas psicólogas que rodiziam na unidade, sendo cada uma delas referência para duas equipes de ESF, uma psiquiatra, cuja frequência na unidade é quinzenal com quatro horários de atendimento compartilhado - um por equipe - e uma assistente social. As psicólogas participam uma vez por semana da reunião diária de cada uma das duas equipes com as quais atuam e realizam visitas quando solicitadas pelas equipes de ESF.

Há uma outra psicóloga com formação em arteterapia que realiza dois grupos infantis com frequência semanal. Essa psicóloga rodizia em diversas UBS do município. No T III, os grupos ocorrem apenas nessa UBS, mas podem participar deles crianças das outras unidades do território.

4.1.3 Crianças em Atendimento em Saúde Mental no Território III: CAPSi e Atenção Básica

Conforme mencionado, realizamos um levantamento do perfil das crianças atendidas em saúde mental no TIII³⁷, visando apresentar essas informações aos profissionais participantes dos GF, como uma estratégia para iniciarmos a conversa com os grupos, a partir de dados reais dos atendimentos que realizam.

Além de ter sido uma estratégia para disparar as discussões nos GF, pensamos que esses dados são relevantes para o conhecimento das crianças atendidas em saúde mental no contexto estudado e, por esse motivo, eles serão apresentados, a seguir, e comparados com outras pesquisas realizadas em CAPSi. Tal apresentação, de caráter descritivo, não tem o objetivo de caracterizar de modo preciso os usuários atendidos nos serviços, uma vez que foram coletadas informações apenas de parte da população, a partir de um recorte geográfico (residentes no território III) e etário (até 12 anos incompletos), com os limites decorrentes tanto da coleta em prontuários, realizada no CAPSi, quanto do preenchimento das fichas pelos profissionais, na Atenção Básica. As discussões sobre as informações mais relevantes, tendo

---

³⁷ Foram levantadas informações referentes apenas às crianças com até 12 anos incompletos, focos deste estudo.

em vista os objetivos desta tese, serão realizadas, quando pertinentes, nas seções posteriores do trabalho.

A maioria das crianças residentes no T III atendidas pelo CAPSi ou pelo Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica é do sexo masculino (84,4% e 68,8%, respectivamente), conforme se observa na Tabela 1, o que coincide com os dados encontrados em pesquisas realizadas em outros locais do país (SANTOS et al, 2005, HOFFMANN et al, 2008, DELFINI et al, 2009, REIS et al, 2012). Essa diferença entre os sexos pode estar relacionada à maior prevalência de alguns transtornos mentais da infância para o sexo masculino, tais como transtornos de desenvolvimento psicológico, os transtornos do comportamento e o retardo mental (REIS, 2010; THIENGO, CAVALCANTE e LOVISI, 2014), como também a fatores sociais e culturais que tendem a levar a uma maior sensibilidade e menor tolerância a comportamentos externalizantes, ligados à representação que se faz do menino, em detrimento aos problemas emocionais internalizantes, que afetam as meninas com mais frequência (REIS, 2010).

Tabela 1: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo sexo, Mauá, SP, 2014.

SEXO	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	5	15,6	10	31,3	15	23,4
Masculino	27	84,4	22	68,8	49	76,6
Total	32	100,0	32	100,0	64	100,0

A faixa etária predominante é dos 7 aos 12 anos considerando os dois serviços (Tabela 2), o que corresponde a entrada da criança na fase escolar, quando os problemas até então não percebidos ou tolerados pela famílias, passam a ganhar mais visibilidade. Como se percebe na Tabela 4, a escola é a principal encaminhadora das crianças para a saúde. Esses dados vão ao

encontro dos achados em outras pesquisas (SANTOS et al, 2005; HOFFMANN et al 2008; DELFINI et al, 2009; REIS et al, 2012).

Tabela 2: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo faixa etária, Mauá, SP, 2014.

FAIXA ETÁRIA	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
3 a 6	6	18,8	8	25,0	14	21,9
7 a 9	12	37,5	12	37,5	24	37,5
10 a 12	14	43,8	10	31,3	24	37,5
Não consta	-	-	2	6,3	2	3,1
Total	32	100,0	32	100,0	64	100,0

Sobre o principal responsável pelo cuidado da criança, tem-se a mãe em primeiro lugar (71,9%), seguida da avó (15,6%), como se vê na Tabela 3, o que indica a hegemonia do tradicional lugar do feminino na provisão de cuidados, tal como discutido por MUYLAERT et al (2015), em estudo sobre os cuidadores de crianças atendidas nos CAPSi do Estado de São Paulo.

Tabela 3: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo principal responsável, Mauá, SP, 2014.

RESPONSÁVEL	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Avó	6	18,8	4	12,5	10	15,6
Abrigo	-	-	2	6,25	2	3,1
Madrasta	-	-	1	3,1	1	1,6
Mãe	23	71,9	23	71,9	46	71,9
Pai	1	3,1	1	3,1	2	3,1
Pais	2	6,3	1	3,1	3	4,7
Total	32	100,0	32	100,0	64	100,0

Em relação à procedência das crianças (Tabela 4), a maioria das crianças chegou aos serviços encaminhada pela escola (39,1%), por profissionais ou serviços de saúde (somados chegam a 31,4%) ou por procura espontânea (15,6%). Entretanto, há diferenças importantes

em relação a quem encaminhou para os CAPSi e para o Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica.

Ao considerarmos a procedência das crianças que chegaram ao CAPSi, a maioria foi encaminhada por serviços ou profissionais de saúde (somados, totalizam 50%), seguida pela procura espontânea (18,8%) e por encaminhamento da escola (15,6%). Os casos que chegaram aos CAPSi encaminhados pelos serviços de saúde são principalmente advindos da UBS (15,6%), do hospital (12,5%) e do Centro de Referência em Saúde Mental da Mulher, Criança e Adolescente (9,4%). Importante salientar que os dados aqui apresentados indicam a procedência final da criança ao serviço em questão, não todo o percurso por ela percorrido na procura por cuidado, tema que será discutido na seção 4.2.1.

Na Atenção Básica, o principal encaminhador para o Núcleo de Saúde Mental foi a escola (62,5%), seguido pela procura espontânea e encaminhamento de profissionais da própria UBS (12,5% cada), em que um profissional da equipe básica da ESF (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) detecta um problema de saúde mental na criança e encaminha para o Núcleo de Saúde Mental. Vale dizer que a procura espontânea tende a suceder a indicação informal realizada por conhecidos, profissionais de saúde ou da escola, o que será discutido no item 4.2.1 deste trabalho.

Tabela 4: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo procedência, Mauá, SP, 2014.

PROCEDÊNCIA	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ambulatório	3	9,4	-	-	3	4,7
CRAS	2	6,3	-	-	2	3,1
CRSMCA	3	9,4	-	-	3	4,7
Escola	5	15,6	20	62,5	25	39,1
Espontâneo	6	18,8	4	12,5	10	15,6
Hospital	4	12,5	-	-	4	6,3
Não Consta	2	6,3	-	-	2	3,1
Neurologista	1	3,1	-	-	1	1,6
Poder Judiciário/Conselho Tutelar	1	3,1	3	9,4	4	6,3
Abrigo	-	-	1	3,1	1	1,6
Unidade Básica de Saúde	5	15,6	4	12,5	9	14,1
Total	32	100,0	32	100	64	100,0

Notas: CRAS - Centros de Referência de Assistência Social;

CRSMCA - Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

A maioria das crianças atendidas em saúde mental está inserida em escolas (93,8%), como se visualiza na Tabela 5, sendo que algumas contam com algum tipo de apoio pedagógico ou são acompanhadas por cuidadores. Dentre as crianças usuárias do CAPSi, 28,1% estão em escolas de educação especial - aquelas que realizam atendimento educacional exclusivamente voltado às crianças com algum tipo de deficiência ou transtorno.

Tabela 5: Distribuição do número (n) e porcentagem (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo inserção escolar, Mauá, SP, 2014.

Tipo de escola	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Especial	9	28,1	-	-	9	14,1
Não frequente	2	6,3	-	-	2	3,1
Regular	15	46,9	29	90,6	44	68,8
Regular + apoio (AEE e/ou cuidadora)	6	18,8	1	3,1	7	10,9
Não consta	-	-	2	6,3	2	3,1
Total	32	100,0	32	100,0	64	100,0

Nota: AEE – Atendimento Educacional Especializado

No que se refere aos outros serviços que a criança frequenta (Tabela 6), a maioria dos prontuários não possui esse registro (31,6% no CAPSi e 81,3% na Atenção Básica), o que pode indicar tanto que a criança não frequenta outro serviço, como também que essa informação não está registrada no prontuário. No CAPSi, 26,3% das crianças são acompanhadas por neurologista e 10,5% por psicólogo de fora da unidade. Sabemos que há falta de neurologista no sistema público na cidade, o que leva as famílias a procurarem esses profissionais em municípios vizinhos ou via convênio médico. Ainda, a procura por psicólogo do convênio pode indicar a falta desse profissional no CAPSi frente à demanda ou a percepção por parte dos familiares da necessidade de um acompanhamento individualizado que, em geral, não ocorre no serviço, o que será discutido no item 4.3 deste trabalho.

Em relação às crianças acompanhadas pelo Núcleo de Saúde Mental da Atenção Básica, há crianças (12,5%) que frequentam também profissionais específicos do Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CRSMCA), tais como nutricionista, fonoaudiólogo e psiquiatra. Esses dados, por si, não trazem elementos suficientes para análise, pois essa composição de atendimento pode indicar tanto um cuidado em rede, elaborado conjuntamente pelos profissionais e família frente às necessidades específicas de cada criança, como também um trabalho fragmentado composto por diversas ações isoladas. Faremos uma discussão sobre isso na seção 4.3.

Tabela 6: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi e Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo serviços que frequenta (outros, exceto escola), Mauá, SP, 2014.

Outros serviços que frequenta	CAPSi		Atenção Básica		Total	
	N	%	N	%	N	%
CRSMCA	1	2,6	4	12,5	5	7,1
Pastoral da Criança	-	-	1	3,1	1	1,4
CRAS	-	-	1	3,1	1	1,4
Não frequenta/não consta	12	31,6	26	81,3	38	54,3
prof. escola especial (APAE)	3	7,9	-	-	3	4,3
Neurologista/neuropediatra	10	26,3	-	-	10	14,3
CER	3	7,9	-	-	3	4,3
Esporte	2	5,3	-	-	2	2,9
Psicóloga (convênio/UBS)	4	10,5	-	-	4	5,7
Pedagoga	1	2,6	-	-	1	1,4
Hospital	2	5,3	-	-	2	2,9
Total	38	100,0	32	100,0	70	100,0

Notas: CRSMCA - Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente;
 CRAS - Centros de Referência de Assistência Social;
 APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais;
 CER - Centro Especializado de Reabilitação;
 UBS – Unidade Básica de Saúde.

As principais hipóteses diagnósticas que aparecem nos prontuários do CAPSi, com base na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), critério adotado e exigido pelo SUS para o registro dos usuários dos CAPSi, são os transtornos do desenvolvimento psicológico (28,6%), seguidos pelos transtornos do comportamento e emocionais e retardos mentais (24,5% cada). Vale dizer que a mesma criança pode ter mais de um diagnóstico e, por esse motivo, o número total de diagnósticos apresentados na Tabela 7, supera o número de prontuários consultados.

Esses três principais grupos diagnósticos coincidem com os achados em pesquisa realizadas em dezenove CAPSi do Estado de São Paulo (REIS et al, 2012). Os transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89) e os transtorno do comportamento e transtornos emocionais (F90-F98) têm destaque dentre as hipóteses diagnósticas mais frequentes em outras pesquisas realizadas em CAPSi no Brasil (HOFFMANN et al, 2008; RONCHI e

AVELLAR, 2010), o que indica que o serviço estudado tem atendido população similar aos serviços do mesmo tipo do país.

Tabela 7: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi, residentes no Território III de saúde, segundo hipótese diagnóstica, Mauá, SP, 2014.

Hipótese Diagnóstica	N	%
F40-F48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados com stress e transtornos somatoformes	1	2,0
F0-F9: transtornos mentais orgânicos	3	6,1
F70-F79: retardo mental	12	24,5
F80-F89: transtornos do desenvolvimento psicológico	14	28,6
F90-F98: transtornos do comportamento e transtornos emocionais	12	24,5
Não Consta	3	6,1
Outros: H90 perda de audição /G40 epilepsia;/Q96 síndrome de Turner	4	8,2
Total	49	100,0

Nota: Esses dados se referem a 32 crianças.

Na Atenção Básica, as hipóteses diagnósticas não aparecem baseadas na CID-10, seguindo uma avaliação descritiva que difere de um profissional para o outro em termos de nomenclatura. Assim, em 34,4% dos casos, os psicólogos que preencheram as fichas optaram por deixar em branco esse item ou escrever que a criança estava em avaliação. O déficit de atenção/hiperatividade, os transtornos emocionais e do comportamento, a dificuldade de respeitar regras e limites apareceram como as principais problemáticas atendidas. Sobre o tema dos diagnósticos em saúde mental infantil e seu uso nos serviços pesquisados dedicamos o item 4.2.3 deste trabalho para discussão.

Dentre as intervenções terapêuticas realizadas pelo CAPSi, registradas nos prontuários³⁸, predomina o atendimento psiquiátrico, seguido pelos grupos/oficinas terapêuticos e grupo de familiares. Em alguns casos, a mesma criança participa de mais de um tipo de intervenção no serviço e, por este motivo, o número total apresentado na Tabela 8 supera o número total de crianças que coletamos os dados.

³⁸ Para coleta deste dado, consideramos as anotações realizadas nos últimos três meses da data da coleta.

Tabela 8: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental no CAPSi, residentes no Território III de saúde, segundo intervenções terapêuticas atuais, Mauá, SP, 2014.

Intervenção Atual ³⁹	N	%
Articulação com a rede	2	3,2
Atendimento com Assistente social	4	6,3
Convivência	2	3,2
Grupo de familiares	7	11,1
Grupo/Oficina Terapêutico	16	25,4
Não consta	1	1,6
Participação em passeio	6	9,5
Atendimento com Psicólogo	2	3,2
Atendimento com Psiquiatra	22	34,9
Visita domiciliar	1	1,6
Total	63	100

Nota: Esses dados se referem a 32 crianças.

Na Atenção Básica a principal intervenção (Tabela 9) é a psicoterapia individual (58,3%), em seguida, o grupo infantil e a orientação familiar, ambos com a mesma frequência (11,1% cada). Do mesmo modo que ocorreu nos dados descrito sobre o CAPSi, aqui também cada criança pode participar de mais de uma atividade. Chama a atenção o fato de o atendimento em psicoterapia individual ser a principal modalidade de atendimento realizada pelos profissionais do Núcleo de Saúde Mental na AB, o que demonstra o quanto esses profissionais atuam de maneira limitada e presos à clássica prática da psicologia. Dada sua relevância na pesquisa, o tema das intervenções terapêuticas será discutido no item 4.3 dessa tese.

³⁹ Os termos apresentados na tabela são extraídos dos prontuários e, portanto, retratam a forma como os profissionais se referem às intervenções que realizam. A “articulação com a rede” diz respeito ao contato que os profissionais do CAPSi fazem com profissionais de outros serviços sobre uma criança que atendem; o “atendimento com cada profissional” (assistente social, psicólogo, psiquiatra) se refere a realização desse tipo de consulta individual, seja com periodicidade regular ou como um atendimento pontual; a “convivência” diz respeito à inserção da criança nos espaços abertos do CAPSi, nos quais são propostas atividades diversas; a “participação em passeio” se refere aos passeios culturais que o CAPSi organiza em locais diversos (ex.: zoológico) com periodicidade variável.

Tabela 9: Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças atendidas em saúde mental na Atenção Básica, residentes no Território III de saúde, segundo intervenções terapêuticas atuais, Mauá, SP, 2014.

Intervenção	N	%
Psicoterapia individual	21	58,3
Grupo de Arteterapia	3	8,3
Grupo Terapêutico	4	11,1
Orientação Familiar individual	4	11,1
Não Consta	4	11,1
Total	36	100,0

Nota: Esses dados se referem a 32 crianças.

Os dados sobre as principais queixas iniciais das crianças que chegam aos serviços - CAPSi e Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica - foram os que mais chamaram a atenção dos profissionais participantes da pesquisa, sendo os disparadores principais dos GFs realizados. Aqui os apresentaremos apenas de maneira descritiva, uma vez que eles serão discutidos na seção 4.2. No CAPSi, as principais queixas registradas foram agitação, dificuldade social, dificuldade de fala e agressividade, como se vê na Figura 2.

Figura 2: Distribuição da proporção (%) dos usuários dos CAPSi, residentes no Território III, segundo queixa inicial, Mauá, SP, 2014.

Nota: adnpm – atraso no desenvolvimento psicomotor; dif. alim – dificuldade alimentar; dif. aprend – dificuldade de aprendizagem; dif. concent. – dificuldade de concentração; dif. fala – dificuldade de fala; dif. social – dificuldade social; dif. sono – dificuldade de sono.

Já na Atenção Básica, as principais queixas foram dificuldade de aprendizagem e dificuldade de concentração (Figura 3), seguidas por agressividade e agitação, que aparecem nesse contexto com menos frequência em relação ao CAPSi.

Figura 3: Distribuição da proporção (%) das crianças atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental de Mauá do Território III de saúde, segundo queixa inicial, Mauá, SP, 2014.

Nota: adnpm – atraso no desenvolvimento psicomotor; dif. alim – dificuldade alimentar; dif. aprend – dificuldade de aprendizagem; dif. concent. – dificuldade de concentração; dif. regras/limites - dificuldade com regras e limites; dif. social – dificuldade social; nervosismo/irritab – nervosismo e irritabilidade; pens. negativo – pensamento negativo; viol/neglig. familiar – violência e/ou negligência familiar.

Essas queixas retratam a variedade de problemas que chamam a atenção dos familiares, escolas e profissionais de saúde que os levam a procurar ajuda mais específica. Essa discussão será realizada nos próximos itens deste capítulo, com maior ênfase na seção 4.2.

4.1.4 As Mudanças na Pele dos Profissionais

Para os profissionais participantes da pesquisa, as mudanças ocorridas na RAPS de Mauá são sentidas de formas variadas. Entendemos que o impacto maior dessas mudanças está na incorporação da atenção à saúde mental na Atenção Básica que, anteriormente, ficava a cargo dos CAPS ou do Ambulatório de Saúde Mental, esse último extinto pela atual gestão. Percebemos que os profissionais diretamente relacionados com a saúde mental - trabalhadores dos CAPS e do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica - desenvolvem uma discussão aprofundada sobre a mudança do modelo de atenção, da importância de se inserir a saúde mental na Atenção Básica, da complexidade na compreensão sobre os problemas de saúde mental que refletem uma aproximação do modo psicossocial e será tratado adiante. Contudo, para os profissionais das equipes da ESF, incorporar a saúde mental em suas ações foi (e continua sendo) mais desafiador, pois entendiam essas questões como externas às suas práticas. Assim, eles não conheciam e não se envolviam com a problemática da saúde mental, o que indica uma concepção contrária ao modo psicossocial.

Dedicamos esse subcapítulo à discussão sobre o processo de inclusão do cuidado em saúde mental na Atenção Básica ainda recente no município, porém com transformações contundentes. Utilizaremos como analisador (LOURAU, 1977) deste processo de mudança a fala utilizada por um dos profissionais participantes da pesquisa que consideramos sintetizar o desafio enfrentado e o caráter instituinte advindo da nova proposta, quando os profissionais se dão conta de sua tarefa: ‘o cuidar da cabeça aos pés’. Consideramos esta fala como analisador, pois ela revela uma contradição e uma tensão entre dois posicionamentos acerca da saúde mental, ou seja, de uma exclusão de ações nesse campo para uma possibilidade de incorporação. Embora seja premissa da Atenção Básica um cuidado integral, que dentre

outros sentidos, está relacionado a um olhar voltado a integralidade do sujeito (BRASIL, 2013a), “os problemas da cabeça” estavam à parte dessa integralidade, sendo que é a partir de uma imposição gerencial, coerente com a política de saúde mental vigente no país, em que se enfatiza a incorporação de ações de saúde mental na AB (BRASIL, 2013a), que essa discussão vem à tona, porém encontra tensões que indicam resistências para essa ação.

Nesse sentido, usando como aporte teórico a AI, a instituição saúde mental se compõe por uma dinâmica contraditória e dialética em que há um jogo de forças entre a manutenção do hegemônico (instituído) e sua transformação (instituinte) que resultam na institucionalização, ou seja, no produto dessas forças contraditórias. Assim, vemos que o modelo instituído – focado na doença, fragmentando o sujeito e a atenção, em que a saúde mental fica a cargo dos serviços e profissionais especialistas – passa a ser tensionado por uma força instituinte que propõe reposicionar o sujeito e incorporar o sofrimento psíquico como integrante da saúde, incluir a atenção em saúde mental no serviço de Atenção Básica e nas mãos dos diversos profissionais. Essas forças contraditórias geram um tensionamento, que se apresentam nas ações cotidianas de maneira conflituosa, ora demonstram a força transformadora do instituinte, ora a cristalização e manutenção do instituído.

Assim, a incorporação de ações em saúde mental em toda a rede de saúde é direcionamento da gestão do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Mauá, o que é reiterado nos diversos espaços do campo da pesquisa. Com isso, espera-se romper com a ideia de saúde mental como especialidade, à parte da saúde geral, tal como se apresenta no paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (COSTA-ROSA, 2013). Contudo, o direcionamento das ações ou a organização gerencial de profissionais e serviços, de modo a contemplar a atenção à saúde mental, não gera, por si só, as transformações paradigmáticas preconizadas pela atenção psicossocial.

O desafio desse processo se apresenta em diferentes cenários e se destaca nos discursos dos profissionais da Atenção Básica que estiveram presentes no processo de mudança na atenção à saúde ocorrido no município. A discussão sobre essa mudança e seus impactos, ainda bastante atual, se apresenta nas discussões de casos e nos Grupos Focais realizados, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde.

A partir da descentralização dos ambulatórios de especialidades para os territórios, a criação do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica e a contratação de apoiadores em saúde, ocorridas no município no ano de 2013, delineia-se um novo modelo de atenção à saúde que contribui para uma transformação paradigmática de cuidado que se aproxima cada vez mais das noções do modo psicossocial. Vale mencionar que o processo da Reforma Psiquiátrica implica transformações em diversas dimensões - teórico-conceitual, jurídico-política e sociocultural e técnico-assistencial (AMARANTE, 1999), sendo que as alterações na organização dos serviços e dos usuários na rede se referem apenas a uma delas.

Assim, o caráter subversivo que subjaz ao modo psicossocial, ou seja, o caráter transformador da ordem estabelecida na atenção à saúde que ele indica, só se efetiva mediante mudanças complexas que extrapolem as estruturais/organizacionais. Tais transformações tendem a desestabilizar todo o edifício no qual o SUS funciona, pois portam novos valores, novos modos de relações sociais, contrários à ordem social estabelecida e à própria estrutura hierárquica-gerencial do SUS. Nesse sentido, a disputa que hoje se coloca extrapola a superação do hospital psiquiátrico, uma vez que parte importante disso já está superada e consolidada. O desafio está em promover rupturas amplas que vão além de novas roupagens que podem camuflar ou mascarar repetição de ideais antigos; em alterar o conjunto de aparatos, legislativos, sociais, terapêuticos, conceituais, culturais e relacionais montados para dar conta da do sofrimento mental tematizado como doença.

No caso da RAPS de Mauá, com todas as dificuldades encontradas no processo que serão abordadas, é possível verificar avanços significativos no âmbito da atenção à saúde e o impacto dessas transformações na organização dos serviços na própria concepção que os profissionais que atuam na Atenção Básica têm sobre a loucura.

A gente teve essa dificuldade, essa resistência de aceitar... Porque eles [pacientes 'da saúde mental'] não continuaram separadinhos lá, sendo cuidados lá, aí a gente cuidava só da parte clínica? Não, PSF tem que cuidar da cabeça ao pé... Aí a gente foi resistente, mas só que aí a gente começou a aprender... (GF com profissionais da ESF – ACS)

Assim, os profissionais demonstram o quão mobilizadora foi a incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica e a resistência inicial para se trabalhar essas questões.

(...) aí a gente começou compreender como ia ser trabalhada a saúde mental no Programa Saúde da Família. Porque pra nós assim, saúde mental, só quem iria cuidar dele é o psiquiatra e o psicólogo. Eu não precisaria saber do caso, ter conhecimento, nem me aprofundar. Então a gente teve essa resistência com ela [psicóloga do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica]. E ela conseguiu implantar isso aqui dentro, fez a gente entender (GF com profissionais da ESF – ACS).

Era tudo no ambulatório, entendeu? Depois que descentralizou, que centralizou pra Atenção Básica é que a gente foi conhecendo, porque os prontuários vieram e a gente tinha que arquivar no número de família. Aí o que a gente fez? Pegou os ACS e falou “você conhece tal fulano?” “Conheço, mas nem sabia que ele era do CAPS. Nunca me falou isso, nunca foi falado”. Então era muito um, vamos dizer, um segredo, entre paciente e ambulatório, nem a gente tinha acesso. Depois que descentralizou é que a gente começou a ter acesso. Aí sim que a gente começou a ter formas de trabalho, grupos, troca de receitas, a gente teve que bolar algum plano estratégico pra atender esses pacientes aqui também. Que eles vinham como hipertensos e diabéticos, nunca como saúde mental, então a gente acabou descobrindo depois que descentralizou só. Então o trabalho era voltado tudo pra lá. A Atenção Básica não tinha conhecimento (GF com profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, psicólogo).

Apesar dos importantes avanços, muitas resistências continuam sendo enfrentadas no cotidiano de trabalho das equipes de ESF. Essas se apresentaram, principalmente, nos casos mais graves e na dificuldade com relação à medicação. Se para alguns médicos de família, a avaliação ou reavaliação de receitas de medicamentos psiquiátricos deveria ficar

exclusivamente a cargo de profissionais especialistas, para outros, poderiam incorporar essa ação às suas práticas, desde que fossem capacitados por meio de consultas compartilhadas ou cursos específicos, o que, apesar de ser direcionamento de ação, vem acontecendo com muitas falhas no local estudado. Essas falhas estão relacionadas à dificuldade de contratação ou manutenção do profissional psiquiatra para compor as equipes dos Núcleos de Saúde Mental na Atenção Básica⁴⁰, assim como a grande demanda por atendimentos nas agendas dos médicos das equipes de ESF.

Em algumas situações, é possível acontecer atendimento compartilhado. Os profissionais afirmam que depende tanto do caso, se mais grave ou menos grave, se doença conhecida pelo paciente e/ou pelo médico, como também das possibilidades de agenda e de disponibilidade do profissional psiquiatra na UBS:

Se requer alguma medicação que (...) não é uma doença psiquiátrica, mas precisa de algum apoio de medicamento. Nós conseguimos, nós fazemos isso. Se um caso um pouco mais complexo e achamos que precisa mais de psiquiatra, tentamos marcar uma compartilhada. Psicólogo, psiquiatra e nós. Nas agendas, às vezes não dá, mas em alguns casos conseguimos fazer isso. (GF com profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, psicólogo).

Assim, a cidade conta com um número menor de psiquiatras do que o planejado, gerando grande demanda de atendimentos para os psiquiatras atuantes, além de problemas para se desenvolver o apoio matricial. Como exemplo disso, podemos citar a situação presenciada ao longo do processo da pesquisa: havia uma psiquiatra no Território III, quando iniciamos a pesquisa, que rodiziava nas quatro unidades da região e realizava atendimentos compartilhados, geralmente, com os médicos de família. No entanto, ao fim da pesquisa, essa psiquiatra havia pedido demissão e havia dificuldade na contratação de um novo profissional para a vaga. Provisoriamente, as situações mais urgentes estavam sendo atendidas por psiquiatras dos CAPS.

---

⁴⁰ Em cada Território de Saúde há um Núcleo de Saúde Mental composto por um psiquiatra, um assistente social e psicólogos. Essa composição pode variar de acordo com a demanda.

Essa falta do profissional psiquiatra é apontada pelos trabalhadores como um problema no cuidado de pacientes adultos. Em relação à infância, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica parece encontrar menos barreiras. Em situações em que se entenda a necessidade de avaliação psiquiátrica ou uso de medicação, há encaminhando para psiquiatra infantil do CAPSi que tem parte de sua agenda voltada para “atendimentos ambulatoriais”, ou seja, atendimentos de crianças e adolescentes que não são usuárias do CAPSi, mas que necessitam de consultas psiquiátricas. No entanto, os profissionais da ESF relatam que as crianças que usam medicação, costumam estar em acompanhamento pelo CAPSi.

Crianças consideradas menos graves têm sido acompanhadas pela própria ESF, por meio dos profissionais do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica, conforme apresentado no item 4.1.3. Há situações em que se percebe um cuidado compartilhado por diversos profissionais da equipe da ESF e, outras, em que se faz um encaminhamento dentro da própria unidade, da ESF para o Núcleo de Saúde Mental e a equipe de ESF permanece relativamente distante do caso. Esses encaminhamentos são realizados e entendidos de maneiras distintas pelos profissionais da ESF, sendo que há casos em que se colocam como participantes e outros, apenas como coadjuvante. Ainda, há falas que defendem a lógica de atendimento em saúde mental por encaminhamento e não por compartilhamento dos casos, modelo de funcionamento típico da clínica tradicional e departamentalizada, que a clínica ampliada visa romper, tal como encontrado em outras pesquisas (FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009; DELFINI, 2012). Como exemplo disso, temos a queixa de alguns profissionais das equipes de ESF de que deveria haver uma agenda aberta dos psicólogos para encaminhamentos diretos, no lugar de discussões de casos entre os diversos profissionais.

Ainda dentro dessa lógica, em discussões de caso da equipe de ESF com o psicólogo, percebemos uma tentativa de se encaminhar o caso a esse profissional, restando aos demais profissionais da equipe uma participação coadjuvante. Entretanto, em situações em que a

psicóloga solicitou atendimento ou visita domiciliar compartilhada, a disponibilidade para isso pareceu favorável.

Vale ressaltar que não são apenas dificuldades técnicas dos profissionais, especialmente médicos, que criam obstáculos para o atendimento de problemas de saúde mental nas UBSs. A incorporação dos profissionais de saúde mental nesse cenário é um desafio, o que se reflete na dificuldade dos profissionais do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica de pertencerem e participarem do cotidiano das unidades que atuam:

Psicólogos [do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica] relatam que ficam um pouco à parte da rotina do serviço, que sabem de casos de saúde mental que são identificados pelos profissionais da AB e encaminhados para o CAPS sem conversa com eles que estão no serviço. Ficaram pensando em estratégias para aproximar as equipes. Foi uma longa discussão sobre o assunto. (Anotação em Diário de Pesquisa em reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica no T III).

Os profissionais do Núcleo de Saúde Mental relatam que nem sempre são convidados ou tomam conhecimento sobre o dia e horário da reunião geral das unidades, que ocorre com frequência mensal, sendo esporádica sua participação.

Em relação à articulação entre os serviços, os profissionais da ESF relatam saber de poucos casos de crianças de suas áreas que são atendidas pelos CAPSi. Acreditam que deve haver crianças da área de abrangência da UBS acompanhadas pelo CAPSi, porém eles não têm conhecimento disso, devido a dificuldades diversas – ou por não conhecerem a família (referem que não tem tempo para conhecerem todas as famílias) - ou pelas famílias não informarem que a criança faz acompanhamento no CAPSi.

Criança que tá no CAPS, a gente acaba não tendo acesso. Só se a mãe vier aqui e falar assim “olha, meu filho...”, e ela vem de cantinho ainda, “olha, essa medicação, tá no CAPS”, não sei se é vergonha, o que que é. Só quando eles procuram, ou se a gente tiver uma ligação assim muito forte com o CAPS e eles passar pra nós a informação. Senão, nem o Agente de Saúde sabe (GF profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Como descrito, casos mais graves de saúde mental de crianças que chegam à UBS, na configuração atual da RAPS, tendem a ser encaminhados para o CAPSi. Geralmente, esse encaminhamento é feito de maneira implicada, havendo conversa sobre a criança nas reuniões mensais entre saúde mental e Atenção Básica ou em contato telefônico. No entanto, nem sempre há concordância sobre os critérios para se considerar casos de CAPSi ou de Atenção Básica e atravessamentos de outras ordens – problemas financeiros para locomoção até o CAPSi, falta de recursos materiais para realização de oficinas na UBS - também dificultam as possibilidades de cuidado. Nesse sentido, a existência de um espaço mensal garantido para se discutir, discordar/concordar, refletir sobre as possibilidades e dificuldades de cada profissional/serviço nas situações singulares e reais parece interessante no sentido de se garantir o acesso ao serviço de saúde, tal como é possível em cada contexto ou situação específicos.

Em certos momentos, parece que o ambulatório de saúde mental, desmontado recentemente, apenas se deslocou, foram descentralizados, mas a lógica do atendimento departamentalizado não foi superada. Há uma tensão presente entre a incorporação das ações em saúde mental por todos os profissionais da equipe da UBS e a simples execução dessas ações no cenário da UBS, porém por meio de profissionais específicos, especialmente, psiquiatra e psicólogo, indicando possíveis dificuldades e resistências dos profissionais de atuarem com esta demanda.

Apesar da proposta inicial de os psicólogos que atuam nas UBSs realizarem apoio matricial com as equipes da ESF, na prática o que eles conseguem fazer é discutir os casos com cada equipe de ESF e, por vezes, assumem a situação para si, realizando atendimentos tradicionais de psicoterapia individual. Assim, não há espaço suficiente nas agendas para desenvolverem ações em conjunto com outros profissionais, ou tal como eles colocam:

(...) formas inventivas, não tradicionais de atuação, em que haja protagonismo dos profissionais para atuarem de maneira mais variada (anotação em Diário de Pesquisa na reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica).

Porém, há sempre a tensão do instituinte, do modelo de atuação baseado na atenção psicossocial, que opera um movimento que impede a naturalização do instituído, ou seja, do atendimento da saúde mental realizado pelos profissionais “especialistas”. Assim, os discursos e as ações são permeados por contradições que ora tendem para o modelo anterior, ora demonstram um caráter transformador.

Contudo, a constância das mudanças organizacionais na RAPS do município gera angústia nos trabalhadores já que, por vezes, levam a interrupções de projetos, o que tende a paralisar e desanimar os profissionais em seu cotidiano de trabalho. Na primeira reunião do ano de 2015, entre Saúde Mental e Atenção Básica, foi discutida a mudança da configuração da AB que deixa de contar com a organização dos Núcleos de Saúde Mental na Atenção Básica e apoiadores em saúde por território, e passa a atuar com a organização de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), modelo que estava vigente na cidade dois anos antes. Devido a essa mudança, diversos profissionais foram demitidos ou realocados, o que é sentido pela equipe de maneira negativa e expresso em forma de queixas, principalmente relacionadas à continuidade do trabalho e à forma como as decisões foram tomadas pela gestão, sem a participação dos profissionais que atuam nesse contexto.

A grande rotatividade dos profissionais da Atenção é apontada como um problema na atenção em saúde, pois quebra o elo de confiança e o vínculo construídos gradativamente nas relações entre os profissionais e a população. As ACS comentam sobre a tarefa que elas têm de “começar tudo de novo” o trabalho das equipes, uma vez que os profissionais mudam com frequência, com exceção delas próprias que tendem a ficar no cargo por mais tempo.

Vale dizer que toda mudança, além de trazer desconforto, gera resistências, pois tira as pessoas de seus lugares conhecidos e seguros, levando-as a se defrontarem com novos

desafios, incômodos e angústias. Além disso, o processo de mudança pressupõe, por algum tempo, a presença de dois polos antagônicos que tendem a coexistir e levar a práticas distintas ou híbridas. Ao mesmo tempo em que há uma força para a manutenção do instituído, o tensionamento provocado pelo instituinte pode levar a um pensamento crítico e uma abertura para novas possibilidades de ação. Deste modo, lançar luz sobre essas contradições que se apresentam na atenção em saúde mental, e não tamponá-las, contribui para a efetivação de transformações.

4.2 CONCEPÇÕES ACERCA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS

Era uma vez um lindo príncipe por quem todas as moças se apaixonavam. Por ele também se apaixonou uma bruxa horrenda que o pediu em casamento. O príncipe nem ligou e a bruxa ficou muito brava. “Se não vai casar comigo não vai se casar com ninguém mais!” Olhou fundo nos olhos dele e disse: “Você vai virar um sapo!” Ao ouvir esta palavra o príncipe sentiu uma estremeção. Teve medo. Acreditou. E ele virou aquilo que a palavra de feitiço tinha dito. Sapo. Virou um sapo. Bastou que virasse sapo para que se esquecesse de que era príncipe (Rubem Alves, O Sapo).

Os participantes da pesquisa expressam - em discussão de casos, em Educação Permanente, no dia a dia do trabalho e nos Grupos Focais (GF) realizados - visão conflitante em relação a diferentes aspectos relacionados à concepção de problemas de saúde mental e os meios para lidar com eles. Assim, semelhanças e divergências de opiniões e posições se apresentam nas falas, nos exemplos citados, nas cenas apresentadas nos GF.

A predominância do modelo biomédico, restritivo, fragmentado de atenção em saúde disputa espaço com movimentos instituintes que enfatizam a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do cuidado, a complexidade e multideterminação do processo saúde-doença. Assim, entendemos que a elucidação e a discussão sobre as contradições presente na atenção em saúde mental propiciada nos GF podem gerar transformações no campo das práticas em saúde mental. Tais contradições serão apresentadas em nossa análise, que não pretende cair num maniqueísmo bom-mau, certo-errado, mas refletir sobre como essas contradições são vivenciadas e enfrentadas no contexto estudado.

Nesse subcapítulo, iniciaremos abordando o tema da identificação dos problemas de saúde mental por familiares e profissionais, a procura por atendimento e os diversos encaminhamentos realizados. Atrelada a essa discussão, pudemos perceber tendências em confronto, que serão discutidas nas seções 4.2.2 e 4.2.3: (a) a patologização e medicalização da infância em contraposição à consideração da multideterminação dos problemas de saúde

mental e da variedade de intervenções que podem responder a eles; (b) o uso do diagnóstico como um dos norteadores da atenção ou como rótulo e determinante de ações.

4.2.1 Identificação dos Problemas de Saúde Mental por Familiares e Profissionais:

Procura por Atendimento e Encaminhamentos

Crianças chegam aos serviços de saúde por diferentes motivos e a partir de diversas procedências. Por trás dos encaminhamentos, dos pedidos e das queixas há, entre outras coisas, uma concepção de saúde mental e de problema de saúde mental, além de uma expectativa de tratamento, tanto por parte de quem encaminhou quanto por parte de quem procurou o serviço. No item 4.1.3 deste trabalho, apresentamos a procedência e as queixas iniciais das crianças, do Território III do município de Mauá, que chegam ao Núcleo de Saúde Mental da Atenção Básica e aos CAPSi por problemas relacionados à saúde mental.

Nos GF realizados com os familiares, nos quais usamos como estratégia a construção de itinerários terapêuticos (nos ANEXOS XI e XII, apresentamos dois exemplos de itinerários construídos por participantes da pesquisa), pudemos apreender o percurso percorrido pelos participantes desde que perceberam algo de diferente na criança. São histórias singulares que podem dar indícios de similaridades com outros caminhos, mas que não tiveram pretensão de suscitar generalizações. Vemos o quão longos, desgastantes e frustrantes são as procuras, os encaminhamentos que parecem não ter fim, os repetidos “nãos” recebidos, o sentimento de solidão em cada lugar.

A própria nomeação que alguns familiares dão ao seu percurso, e que aqui usaremos como analisador dos itinerários terapêuticos, é a de peregrinação, cuja definição no dicionário

é de *jornada longa e exaustiva*. Entendemos que a peregrinação seja um analisador da procura por cuidado, pois ela evidencia e denuncia o modo como a busca por cuidado das famílias costuma ocorrer, permitindo identificar aspectos ocultos e contraditórios presentes nesse processo. A procura por tratamento como uma peregrinação, tal como discutiremos a seguir, se contrapõe à noção de cuidado em rede, compartilhamento e corresponsabilização pelos casos por diversos serviços.

A fala a seguir ilustra esse caminho:

Ele [pediatra do posto] pegou e me encaminhou [para neuro, fono e otorrino], demorou um pouco pra sair, aí quando saiu, saiu em Diadema, na verdade saiu primeiro a fono, foi pro Mario Covas e a neurologista saiu pra Diadema. Aí foi aquela separação de caminhos (...) Então, até então pra “mim” chegar no CAPS, eu passei pelo CEMEI também. Ih, eu fiz um ano de palestras, pra que depois que encerrasse aquele um ano, era com dentista, era com fono, com assistente social, um monte de coisa, pra que depois, ele chamasse a família, aliás eu e a minha filha, pra avaliar a minha filha pra ver o que realmente ela precisaria daquele serviço. Eu falei agora eu fiz a palestra, ela vai passar pelo serviço aqui dentro, porque eu sabia, um serviço ali dentro, ela tinha direito a equoterapia. E eu ia todos os dias, daquele jeito, eu determinei, falei não, ela vai, vocês vão conhecer eu e a V. lá dentro. E foi exatamente o que aconteceu (GF com familiar).

Além disso, toda peregrinação assume uma função altamente simbólica, de busca ou de lugar sagrado ao qual se dirige para realizar uma salvação ou cura. FOUCAULT (1972) considera que a *stultifera navis* (a nau dos insensatos), que na Idade Média passava pelo Reno recolhendo bêbados, loucos e outros marginalizados, era um lugar de uma simbólica peregrinação infinita em busca de alguma forma de ‘razão’. Entendemos que a procura das famílias nessa via que percorrem inclui essa dimensão simbólica.

Nas diferentes trajetórias relatadas, a percepção dos problemas da criança se iniciou pelos próprios familiares e, em alguns casos, com indicação das escolas. Os principais problemas apresentados pelas crianças que chamaram a atenção para procurar ajuda foram ausência ou dificuldade na fala – sete dos nove familiares participantes mencionaram esse problema; cinco mencionaram dificuldade no sono, cinco mencionaram agitação, sendo

alguns desses com agressividade ou nervosismo extremo. Além desses, a dificuldade escolar, quer seja relacionada à aprendizagem ou à interação social, foi descrita por quase todos os familiares. Segundo os profissionais do CAPSi, o problema de fala, por ser facilmente identificável, tende a levar os familiares à procura por ajuda, contudo, pode encobrir outros possíveis comprometimentos e dificuldades, restringindo a queixa, por parte dos familiares, ao problema da fala e gerando grande demanda por atendimento fonoaudiológico.

As próprias crianças participantes da pesquisa mencionam, como uma das funções do CAPSi ajudá-las a falar:

Pra ajudar as crianças que não conseguem falar (...) Precisa ficar com a língua reta, a minha não é reta. Faço exercício (GF com crianças).

Esses principais problemas identificados pelas famílias participantes da pesquisa se assemelham com as queixas iniciais que coletamos dos prontuários das crianças que chegam ao CAPSi e ao Núcleo de Saúde Mental na Atenção, apresentadas na seção 4.1.2, e dão indícios do que levam familiares e escolas, primeiros a perceber algo de diferente na criança, a procurarem ajuda. No CAPSi as principais queixas iniciais foram: agitação, agressividade, dificuldade social e dificuldade de fala e, na Atenção Básica, dificuldade de aprendizagem, dificuldade de concentração, agressividade e agitação. Vale dizer que, na maioria dos casos, essas queixas vêm combinadas, ou seja, mais de uma delas é apresentada como problema de uma mesma criança.

Mais do que o comportamento ou a dificuldade em si, os familiares relatam que foi a intensidade de cada um desses problemas apresentados pelas crianças que os mobilizou a procurar ajuda. Na maioria dos casos, a procura se iniciou pelo médico pediatra e, a partir daí, os encaminhamentos para realização de exames ou para profissionais especialistas variaram: fonoaudiólogo, neuropediatra, neurologista, psiquiatra, otorrinolaringologista, psicólogo, fisioterapeuta. Apesar desses diversos encaminhamentos, os familiares relatam que a falta ou

a inconsistência de respostas - ‘ele não tem nada’, ‘vocês o mimam demais’, ‘cada criança tem seu tempo’ - os levaram a novas procuras. Tais respostas eram sentidas pelos familiares como pouca escuta ou desvalorização de suas queixas e preocupações. Esse tipo de resposta, vai na contramão do cuidado alicerçado no modo psicossocial que envolve acolhimento, escuta e comprometimento com o outro.

A gente procurou um médico, em um certo ponto ele foi até ignorante, ele era um neuro, neuropediatra. Ele chegou a falar pra gente assim: “pais, vocês têm que ensinar seu filho a falar”, ele pegou a caneta e falou assim: “isso daqui é caneta, fala pra ele ó ca-ne-ta, que ele tem é preguiça de falar”. E a gente via que não era isso (GF com familiares).

Entendemos que não é necessariamente um diagnóstico que o familiar espera dos profissionais consultados, embora o diagnóstico tenha a função de nomear e fornecer uma resposta à percepção de que a criança tem algo ainda sem nome. Há uma expectativa de uma resposta plena, com sentido genuíno, distinta da resposta vazia que recebem. Ressaltamos que a função primordial da fala, como afirma LACAN (1953), é o ato de endereçamento ao outro, ou seja, o investimento ao destinatário de uma nova linguagem, ao criar para o outro uma nova realidade. A fala vazia indica uma comunicação sob a forma de tagarelice, fala inautêntica, alienada, ao contrário da fala plena com sentido autêntico (SALES, 2014). Nesse sentido, percebemos que na relação das famílias com os profissionais consultados, se estabelece um contato distanciando, uma relação descomprometida, uma comunicação vazia. Tais profissionais tendem a realizar uma avaliação baseada em exames ou avaliações fechadas, fornecer respostas vazias ou seguir com encaminhamentos desimplicados⁴¹, ou seja, prescrevem às famílias novas buscas por profissionais de modo que se desresponsabilizam do caso e de seu endereçamento. Essas formas de relações e de práticas em saúde se distanciam da perspectiva da atenção psicossocial.

---

⁴¹ Em oposição ao encaminhamento implicado, preconizado para a atenção em saúde mental infantil, que “exige que aquele que encaminha se inclua no encaminhamento, que se responsabilize pelo estabelecimento de um endereço para a demanda, acompanhe o caso até seu novo destino” (BRASIL, 2005, p.13).

A grande carga emocional frente à problemática da criança tende a aumentar ainda mais diante dessas respostas. A falta de *holding* (WINNICOTT, 1957), ou seja, de sustentação para a angústia, de escuta efetiva à dificuldade relatada pelas famílias acaba por levar a um sentimento de abandono. A pessoa não se sente acolhida e não estabelece um elo de confiança com o profissional/serviço, fazendo com que siga procurando novas respostas. Nesse sentido, o resultado negativo de um exame, por exemplo, situação vivenciada por diversos familiares, ao invés de trazer alívio, traz mais angústia. Assim, a resposta ‘sua criança não tem nada’, da forma como as famílias relatam ter recebido, representava mais uma porta fechada e a necessidade de procurar, sem pistas, novos caminhos.

Eles nunca pegavam a causa e abraçavam, eles sempre iam distanciando, ou seja, eles faziam o atendimento, pediam pra fazer um exame e tá certo. Fazia o exame e “não tem nada, pai, não tem nenhum problema, então”. Mandava a gente pra casa, procurava outro neuro, procurava um outro psiquiatra, um outro psicólogo e tudo mais e sempre a mesma coisa, ninguém nunca abraçava a causa (GF com familiares).

A angústia sentida por nós pesquisadores ao ouvir as histórias pode ser uma pequena amostra do sentimento vivenciada pelos familiares em todo esse processo. Os profissionais do CAPSi relatam sofrimento por parte dos familiares, inclusive por se culpabilizarem pela problemática dos filhos.

Um sentimento de culpa muito grande, “porque essa criança ela veio com defeito e esse defeito acho que é meu”. Então, assim, a maioria das mães, elas vêm com essa culpa, muito sofrimento... (GF com profissionais CAPS).

Os percursos longos e sofridos para encontrar tratamento, a dificuldade e angústia para entender o problema da criança, as filas de espera para tratamento ou realização de exames, as andanças por serviços de diferentes municípios são características comuns dos relatos familiares. Tanto as famílias que usaram serviços de saúde particulares (convênios) quanto aquelas que dependem exclusivamente do SUS, o uso de recursos de outros municípios foi

frequente, dificultando o cotidiano das famílias que se desgastavam com as crianças na busca de respostas a problemática vivida.

A dificuldade em obter respostas se apresenta com frequência nas falas dos familiares. Se por um lado, esse pedido pode revelar um desejo de uma solução mágica para o problema da criança, numa lógica simplista problema-solução, por outro revela o sentimento dos familiares de ficar ‘à própria sorte’, sem acolhida para sua vivência.

(...) cada um fala uma coisa. Você passa com o psiquiatra, ele fala que seu filho tem uma coisa, você passa pelo psicólogo, já discorda. Você passa pelo neuro, ele fala outra coisa, você passa pelo fono, já é outra coisa que ele tá falando. Então você vai juntar isso daí, não deu em nada, não dá resultado nenhum. Aí você fica com seu filho do mesmo jeito. Aí você corre pra cá, corre pra lá e você vai indo onde você quer achar o recurso, só que você nunca acha o recurso (GF com familiares).

A identificação que os familiares têm com os itinerários uns dos outros evidencia o quanto o ciclo é repetitivo e poderia ser construído de uma maneira menos sofrida e menos solitária, a partir de uma rede de serviços que pudesse de fato oferecer uma sustentação e uma continência para o sofrimento das famílias.

E eu não sabia o que era autismo, comecei a aprender no grupo de pais, eu via pais relatando, falei “nossa, é a minha história. Nem vou falar nada”, então aquela angústia também, desespero, porque você procura uma porta, procura outra, um fala isso, outro fala aquilo, também já passei por tudo isso. (...) aí um dia eu comecei a crescer com aquilo que eu tava passando com a minha filha eu cresci, eu me amadureci, eu falei não, ontem eu escutei, hoje eu vou falar. Se é ou se não é, então assim, faz um relatório escrito que eu vou entregar pra neuro, porque não é justo uma mãe ficar pra lá e pra cá com uma criança dizendo que é isso, que é aquilo (GF com familiares).

Assim, as famílias relatam que vão de um serviço ou de um profissional ao outro tanto por encaminhamentos de profissionais, como por conversas informais e indicação de pessoas diversas, tais como vizinhos, colegas, familiares e outros, como na fala abaixo:

Não foi um profissional não [que indicou o CAPSi]. Foi alguém que falou leva ele pro CAPS, acho que foi uma recepcionista numa clínica e aí a gente foi lá e iniciamos um atendimento em 2010 (GF com familiares).

A chegada ao CAPSi tende a minimizar a angústia ao oferecer um ambiente facilitador e um *holding*, no qual dúvidas, angústias, medos são acolhidos e sustentados, mediante uma disponibilidade para escutar.

Aí nós começamos a passar lá no CAPS quando era lá embaixo, aí nós sentimos, vamos dizer assim, um conforto (GF com familiares).

Contudo, alguns familiares discordam ou relatam insatisfação com relação ao cuidado recebido no CAPSi. Não faz parte dos nossos objetivos realizar uma avaliação do serviço, mas sim discutir as diferentes concepções de problemas de saúde mental e os variados entendimentos sobre tratamento que atravessam o campo. Visando analisar essas concepções contraditórias acerca dos problemas de saúde mental, discutiremos dois temas que apareceram com frequência no contexto da pesquisa: (1) a patologização da infância em contraposição à multideterminação das manifestações da criança, (2) o uso do diagnóstico psiquiátrico como um dos elementos que compõem a compreensão sobre a criança ou como indicativo básico de intervenções (rótulo). Essas diferenças serão discutidas com base nos dois paradigmas básicos que configuram os processos de produção da atenção em saúde mental, o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador e o paradigma psicossocial (COSTA-ROSA, 2012).

4.2.2 Patologização da Infância x Multideterminação das Manifestações Emocionais e Comportamentais das Crianças

Como mencionado acima, diferentes concepções sobre problemas de saúde mental estão presentes no campo estudado, desde aquelas mais conectadas ao paradigma psiquiátrico

medicalizador até outras mais próximas do paradigma psicossocial (COSTA-ROSA, 2012). Essas contradições estão presentes nas falas e ações de todos os participantes da pesquisa, sendo mais acentuadas ao compararmos os grupos de profissionais e de familiares. Consideramos que os familiares tendem a um entendimento próximo àquele que faz parte do senso comum, enraizado na cultura psiquiátrica e medicalizadora, próprio da sociedade contemporânea. Assim, a busca por uma objetividade para os complexos problemas apresentados pelas crianças e, como consequência, por intervenções terapêuticas específicas, esteve presente nas discussões.

Iniciaremos essa seção apresentando a narrativa de uma cena cotidiana dramatizada pelos profissionais do CAPSi no GF realizado, sobre uma criança que comparece ao serviço pela primeira vez que evidencia essas concepções contraditórias. Como analisador da discussão, destacamos a fala de um dos profissionais sobre o transtorno de conduta não refletir um diagnóstico psiquiátrico, uma patologia, mas um diagnóstico social. Consideramos que essa fala seja um analisador, no sentido que a AI dá ao termo, pois ela revela contradições e impasses na organização, trazendo importantes elementos para discussão e análise, tal como abordaremos a seguir.

A cena foi apresentada baseada em uma situação real de um menino atendido recentemente por alguns de nós. A criança tem 8 anos, passou por uma situação de rejeição e abandono da mãe, com quem vivia. O pai tem problemas com drogas e some com frequência. A avó paterna, que acompanhou a criança nesse atendimento, passou a cuidar dela há mais ou menos seis meses, após vizinhos terem identificado negligência da mãe e a terem avisado sobre esses problemas. Ela decide cuidar dele, por falta de opção. A avó chega ao CAPS e já na recepção diz que não sabe mais o que fazer e que a mãe não quis mais o menino, referindo muita dificuldade em cuidar dele que é muito agressivo e desobediente. A recepcionista chama os plantonistas e uma dupla vêm ao encontro da avó e neto e os convida para entrar em uma sala. Na cena, o menino permanece extremamente agitado, mexe em objetos das profissionais, xinga, bate, grita com avó e com equipe, não segue orientações da avó, oscila entre birras e choros. Avó muito queixosa, repete várias vezes para a criança que sua mãe não o quis mais. Ela tem pouca informação sobre o neto, pois esteve distante dele até assumir seus cuidados. Enquanto uma profissional tenta colher algumas informações com a avó, a outra tenta aproximação com o menino por meio de brinquedos,

desenho, conversa e fica seguindo-o o tempo todo. Avó tem várias falas agressivas “por isso que sua mãe não te quis”, “você me mata de vergonha” e a criança responde agressivamente ou com medo “Socorro, elas vão me internar”. A avó refere que a professora se queixa continuamente de seu comportamento agressivo e desobediente na escola e ela não sabe mais o que fazer. Comenta sobre reclamações dos vizinhos também, pois ele bate nas outras crianças na rua. Avó pede que as profissionais deem um jeito nele, um remedinho porque ela não sabe mais o que fazer. Profissional diz que vai marcar um novo dia para continuar uma avaliação com ele (GF profissionais CAPSi).

Após a encenação, prosseguimos a conversa com o grupo sobre o caso representado. Os profissionais contaram que esse é um caso real que chegou ao CAPSi recentemente e que causou grande mobilização na equipe devido à sua complexidade. Nesse caso, os profissionais relatam que:

após o acolhimento inicial, ainda nesse primeiro dia, conseguimos falar para avó não dizer ao menino sobre a rejeição da mãe, que isso é prejudicial para ele. Além disso, combinamos de dar um retorno para ela depois de conversar com a equipe. Falamos com a psicóloga do CAPSi que é referência do território onde ele mora, pois as pessoas do território têm mais informações sobre os possíveis recursos da região. Então, combinamos um novo atendimento apenas com a criança que foi realizado pelas duas profissionais que o acolheram no primeiro dia, mais a psicóloga do território onde ele mora. Nos próximos dias, ele terá um novo atendimento com as mesmas pessoas e consideramos que ele está em processo de avaliação. Em geral, a fase de avaliação é longa, mas isso depende de cada caso. Situações como essa costumam mobilizar toda a equipe que muitas vezes precisa ajudar no atendimento ou depois do atendimento ficam sabendo do ocorrido (GF com profissionais CAPSi).

A discussão, disparada por esta cena, permeou a conversa neste GF, indicando concepções contraditórias que permeiam esse terreno. De acordo com os profissionais, o pedido por uma solução da saúde para os problemas comportamentais da criança é frequente, tanto por parte dos familiares quanto das escolas, especialmente para comportamentos de agressividade e agitação. Na maioria dos casos, a solicitação é por uma medicação, tal como apresentada na cena descrita acima, com a expectativa de que o remédio irá solucionar o problema. Por trás desse pedido parece estar uma concepção organogênica do problema da

criança, em que uma intervenção medicamentosa seria suficiente para eliminar os sintomas. Assim, na cena apresentada, embora a avó relate a história de vida dessa criança, os problemas familiares, o abandono e a negligência sofridos, o pedido de solução reduzido à medicação parece desconsiderar a complexidade dos conflitos vivenciados pela criança. Tal noção se respalda no paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicamentoso em que a patologização e a medicalização do sofrimento psíquico estão presentes.

A discussão sobre a patologização da infância foi intensa nos GF realizados com os profissionais. Ela se apresenta tanto na tendência de não se aceitar comportamentos que são típicos da criança e pouco tolerados pelos adultos na sociedade atual, quanto na tendência de se reduzir manifestações emocionais e comportamentais mais complexas a problemas de saúde. Em ambos os casos chegam aos serviços por meio de pedidos reiterados de avaliação e/ou acompanhamento da equipe de saúde mental.

Sobre a primeira tendência, foi discutido que há pouco espaço na sociedade atual para manifestações comportamentais e emocionais da criança que se diferenciem de um padrão pré-estabelecido, ou seja, há uma intolerância para os comportamentos infantis. YASUI (2010b) exemplifica que nesta visão, “não há mais meninos travessos: há crianças com quadros de hiperatividade e desde cedo consumidoras de ritalina” (p. 2).

Falamos sobre o fato de a sociedade, representada pelas famílias e escolas, não darem mais espaço para comportamentos próprios da infância, para a necessidade de brincar e gastar energia e a tendência de entender alguns comportamentos próprios da criança como problemas de saúde, como exemplo, a agitação [queixa principal que chega ao serviço] (GF profissionais CAPSi).

No que se refere à tendência reducionista dos problemas complexos da criança a um problema de saúde tem-se a compreensão de que a criança se manifesta de tal modo porque tem uma doença, ou seja, os sentimentos, os comportamentos, as dificuldades da criança são reduzidos a um problema de saúde e entendidos como uma patologia, a partir de uma

perspectiva psiquiátrica tradicional que tem o modelo farmacológico de intervenção como única forma de resolução de conflitos. Nesse paradigma psiquiátrico a doença fica em evidência e o sujeito é secundário a ela, assim o foco está nos problemas (sintomas/sinais), não nas pessoas. Essa visão é antagônica à concepção na qual se baseia o modo de atenção psicossocial, que leva em conta as múltiplas determinações dos problemas, considerando que eles estão relacionados a todo contexto de vida da criança, incluindo aspectos sociais, econômicos, familiares, ambientais e culturais. Ou seja, não se trata de um problema de saúde que pode ser resolvido pela saúde, mas de uma dificuldade complexa e multifacetada que demanda ações de uma rede ampliada de atenção.

Na atenção à saúde mental infantil, essas diferentes concepções entram em conflito e disputam terreno. O modo de atenção psicossocial se contrapõe ao tradicional paradigma psiquiátrico baseado em diagnósticos que tendem a estigmatizar e rotular os sujeitos, porém encontra grandes resistências para efetivar seu modo de cuidado. Há uma força instituinte, do modo de atenção psicossocial, que visa imprimir um olhar para os múltiplos fatores relacionados ao processo saúde doença. Contudo, o paradigma psiquiátrico medicalizador se conjuga aos interesses sociais dominantes e se configura como paradigma instituído (COSTA-ROSA, 2012). A luta entre esses dois paradigmas que se contrapõem se apresenta de maneira intensa nos processos de produção de cuidado ao sofrimento psíquico, como se observa na pesquisa realizada.

Os profissionais referem que há uma intensa pressão de diversos atores, como as escolas, as famílias e a sociedade como um todo, para medicar as crianças, visando minimizar o problema. Há uma convocação para que as ações do campo da saúde mental atuem na disciplinarização dos comportamentos, na modulação de condutas, na normatização das crianças a partir de uma lógica que dá pouca abertura às diferenças e pouca escuta aos

conflitos extravasados em sintomas comportamentais. As falas das crianças participantes da pesquisa sinalizam a função disciplinar da saúde:

É pra ajudar as crianças que desobedecem (...) Ajuda as crianças a obedecer. (...) Pra ajudar as crianças que estão empurrando (...) vai te ajudar a aprender, ficar inteligente lá na sua escola (GF com crianças).

Essas falas, que aparecem de modo difuso no meio das brincadeiras e interações, demonstram o quanto elas estão conectadas com o tratamento que recebem, e refletem concepções similares às dos seus responsáveis e dos profissionais.

Esse entendimento indica a permanência de uma cultura psiquiátrica bastante forte com pouca permeabilidade para transformações, ou seja, sua força de preservação e resistência barra e interrompe movimentos instituintes. Tal como afirma ROTELLI (2001b), além do desmonte dos aparatos científicos, legislativos e administrativos estruturados em torno da doença, ao se modificar o objeto de intervenção – da doença para a ‘existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social’ – o imaginário social, a cultura e as relações de poder precisam ser transformados. Nesse sentido o autor afirma que a transformação paradigmática que se pretende com os projetos reformistas não se efetiva apenas deslocando as formas e modos de gestão.

Os próprios profissionais do CAPSi se sentem impelidos, devido à pressão que vivenciam, a responderem em consonância a essa lógica predominante, ainda que criticando-a. Como exemplo disso, relatam situações em que a escola diz que uma determinada criança só poderá frequentar as aulas se usar medicação que controle sua agressividade. Pensamos que os profissionais envolvidos na atenção em saúde mental de crianças têm grande potencial transformador na cultura social hegemônica, tanto por estarem intensamente conectados a essa problemática, quanto por terem proximidade e vínculo com as famílias. Assim, consideramos que seja papel dos profissionais contribuir para esclarecimentos e discussões

nas famílias e na comunidade acerca dos diferentes posicionamentos teórico-conceituais relacionados ao sofrimento psíquico, assim como as diversas formas de tratamento existentes.

Muitos de nós entendemos que a sociedade impõe o uso de medicação para comportamentos que não são medicáveis. Essa polêmica permeou toda nossa conversa, sendo que ora pensávamos que o remédio poderia ser uma alternativa, ora que essas situações poderiam ser pensadas e tratadas a partir de outras mudanças e intervenções na família ou na escola (GF profissionais CAPSi).

A predominância de uma lógica social normatizadora e disciplinadora da infância tende a levar à patologização e medicalização dos comportamentos das crianças, inclusive entre os familiares das crianças que frequentam o CAPSi e que, portanto, estão diretamente envolvidos com a problemática da saúde mental. Tal compreensão se apresenta na fala de uma das crianças que interagindo com um boneco muito agitado, na atividade proposta, indicou como forma de acalmá-lo:

Primeiro tomar um copo d'água, segundo, relaxar um pouco e se acalmar (...) Agora se não deu certo agora vai ter que tomar injeção no braço (GF com crianças CAPSi).

Os profissionais também discutem que as escolas tendem a realizar encaminhamentos para a saúde que denotam essa visão, tanto para problemas comportamentais quanto para problemas de aprendizagem. A articulação entre o CAPSi e as escolas são frágeis, como abordaremos no item 4.5, e sinalizam uma incipiência de trabalho conjunto entre os profissionais dos diferentes serviços que acabam operando, preponderantemente, por meio de encaminhamentos.

São muito frequentes os encaminhamentos da escola, por ser geralmente a primeira que percebe os problemas, tais como agitação, hiperatividade, agressividade. Porém, pensamos que esses problemas não são de saúde, na maioria dos casos (GF com profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, psicólogo).

O que mais nos chamou atenção foi a principal queixa apresentada que é a de dificuldade de aprendizagem. Discutimos que essa queixa pode estar relacionada com a escola ou com a família e pode não ser uma dificuldade da

criança. Algumas de nós pensa que a escola, ao enviar a criança para a saúde mental, pode estar se desresponsabilizando do problema, não está buscando outros meios para abordar as crianças e logo encaminham para psicólogo. (GF com profissionais da ESF – ACS).

A questão da medicalização ganha contornos específicos no caso dos problemas comportamentais que resultam na hipótese diagnóstica de transtorno de conduta, levando os profissionais a questionarem o próprio diagnóstico.

Os profissionais discutiram que há uma pressão em situações como essa [problemas comportamentais] - por parte da escola, da família, da sociedade - para enquadrá-lo em um diagnóstico e medicá-lo. Diz que ele toma muitos remédios e é apenas nessa condição que se pode reinseri-lo na escola. Diz que como consequência disso, há uma discriminação do menino e uma rotulação. Tudo o que ele faz, é por causa do seu diagnóstico, assim ele deixa de ser um adolescente desejante, rebelde e passa a ser um menino doente que precisa de medicamento (e muito remédio). Discutem que seu problema é social – e de muitas outras crianças atendidas e medicadas (Anotação em Diário de Pesquisa em reunião de equipe do CAPSi).

Sobre as controvérsias acerca da definição do diagnóstico de transtorno de conduta⁴², TELLES (2010) discute a visão reducionista que ele propõe, que não leva em conta determinantes sociais e simbólicos relacionados à produção sintomática encontrada pela criança. Assim, não se olha para os conflitos vivenciados pela criança e suas manifestações, mas apenas para a violação das regras sociais que eles acarretam.

Desta forma, a solicitação que chega à saúde é de uma solução para a inadequação social da criança, visando interromper comportamentos agressivos, agitados e disfuncionais em seu convívio social. Nesse contexto, a saúde mental é atravessada pela contradição entre, por um lado, respeitar a individualidade e os modos de existir de cada um e, por outro, contribuir para o convívio social de tal forma que acabe por forçar uma adaptação do indivíduo às normas sociais.

Embora os profissionais do CAPSi discutam que haja uma crescente valorização social de outras terapêuticas (psicossociais), elas costumam ser consideradas secundárias em

---

⁴² Sua definição no DSM IV é de “um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos individuais dos outros ou normas ou regras sociais importantes e próprios da idade”.

relação à medicamentosa entendida como solução imediata e urgente para o controle dos comportamentos ‘inadequados’.

‘Essa criança tá agitada, vocês têm que fazer alguma coisa, vocês têm que medicar, vocês têm que dar um jeito’ (...) É a família, é a escola, e a própria saúde, tá. Então, a demanda quando vem pra saúde, existe uma cobrança sim. Está agitado, a terapia não tá dando jeito, tem que medicar. (...) Não, não porque muitas vezes a gente olha e fala assim “não, isso daí é um distúrbio de conduta, essa criança tá fazendo um enfrentamento de ordens e isso não é medicável. Ah, mas vai mandar pra escola desse jeito? Alguma coisa tem que ser feito, e muitas vezes é medicado e realmente não faz nenhum tipo de efeito, porque não existe esse efeito com medicação e aí fala assim “ah, é que a medicação tá errada, né. Tem que trocar” ou é baixa a dosagem, entendeu? Então existe uma cobrança assim que só dá certo se tiver medicado (GF com profissionais CAPSi).

Nesse sentido, relatam que vivem uma pressão contraditória entre um movimento de despatologização da infância, e outro, que atribui à medicação o papel de solucionar ou atenuar comportamentos inadequados da criança, para que ela se torne apta para se relacionar com outras pessoas sem conflitos, a partir de um caminho que tenha como objetivo a adaptação social. Relatam que respondem a essa pressão de modos distintos de acordo com a situação, ora medicando, por vezes, por olhar a complexidade da situação e optar pela medicação como uma alternativa menos prejudicial à criança, ora resistindo e não medicando. Em ambos os casos, a equipe se preocupa em oferecer outras respostas, convocar outros atores para o cuidado, embora nem sempre isso ocorra.

Como exemplo disso, lembraram do caso de um menino acompanhado pelo CAPSi, sem uso de medicação que vivia em um abrigo municipal e que foi encaminhado para Fundação Casa há alguns dias, por ter violentado duas crianças no abrigo. A fala que os profissionais do CAPSi receberam de diversos atores foi, segundo eles, “mas olha, ele não tava nem medicado”.

No caso da escola, essa leitura do remédio como saída também se apresenta. Um familiar relata que a escola pediu que modificasse a administração da medicação, porque a

criança estava ficando muito agitada no fim do dia, pois o efeito do remédio não estava durando o dia todo:

Ele passou pro período da tarde [na escola] e aquela 2 mg que eu dava a noite, eu fui lá conversar com a coordenadora, ela achou que não, chegava à tarde, ele já tava de novo agitado. Aí eu falei com a psicóloga, aí quando eu falei de novo, a cada 3 meses ele passa com a dra. Aí toma meio de noite e meio meio-dia quando vai pra escola (GF com familiar).

A situação de vulnerabilidade social das famílias, ou seja, a condição socioeconômica precária, os problemas com drogas e violência, a negligência e o abandono são marcantes nos locais pesquisados e permeiam o cotidiano das crianças. O relato a seguir ilustra esse tipo de situação:

Era uma criança de 6 anos que tava sendo ameaçada de morte e a mãe veio desesperada. Ele tava sendo ameaçado porque ele tava roubando os vizinhos, roubava bicicleta (...) Passando droga e os vizinhos ameaçaram ele. E a mãe trabalhava à noite e dormia de dia. O que que ele fez? Pegou um pau, ameaçou a professora e fugiu da escola, pulou o muro e foi embora. E aí ele foi roubar esse dia (...) Só que assim, tudo tem uma história, o pai tava preso e o pai é ladrão. Então, ele já aprendeu a conviver nesse meio, tem arma em casa, tem droga em casa, ele já colocava bituca de cigarro na boca, isso tudo a mãe relatando (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Essas condições de vida estão fortemente relacionadas aos problemas apresentados pelas crianças, o que demanda o desenvolvimento de ações variadas para lidar com essa complexidade, incluindo diversos setores, além da saúde que não consegue responder adequadamente de modo isolado. Contudo, essas questões, muitas vezes, chegam aos profissionais de saúde, a partir de uma visão reducionista da problemática, restringindo-a a um problema de saúde, concepção coerente ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador (COSTA-ROSA, 2012). Tal concepção do tipo problema-solução, hegemônica na sociedade atual, pressupõe determinação orgânica dos problemas e remissão de conflitos a partir de ações terapêuticas pontuais. Assim, os profissionais de saúde são convocados e

pressionados a responder aos problemas complexos apresentados pelas crianças com intervenções medicamentosas.

Mesmo que avaliemos que determinada criança não precisa de medicação, as famílias e/ou a escola não aceitam essa posição. Percebemos que isso é mais frequente nos transtornos de conduta, os quais nos indagamos se são problemas psiquiátricos ou sociais. Ainda assim, essas crianças costumam ser medicadas no CAPS por não haver respaldo para manter a conduta de não medicá-la. Pensamos que a falta de outros serviços, não de saúde, mas de lazer, esporte e cultura no município agrava essa cultura social de que só o remédio pode solucionar os problemas (GF profissionais CAPSi).

Assim, percebemos que o cuidado da criança é atravessado por concepções conflitantes entre si e que tendem a paralisar as equipes quando se configuram em uma disputa de forças. O desenvolvimento de uma atenção em rede intersetorial encontra obstáculos pela dificuldade em se conseguir interlocutores, tanto por divergências de entendimento quanto pela falta de profissionais e serviços em outros setores, o que será discutido na seção 4.5.

Importante ressaltar, ainda, que há situações que chegam ao CAPSi e ali ficam como lugar de proteção social, mesmo que não haja justificativa “de saúde”, do ponto de vista dos profissionais, mas que, por ausência de outros serviços ou outras possibilidades, resta ao CAPSi a função de acolher. Exemplificando:

O menino que tava sendo ameaçado (...) tem uma hipótese de um diagnóstico de uma deficiência mental leve e uma hiperatividade. Ele se envolveu com uma questão lá, com um traficante da comunidade. (...) a gente viu é que o risco social dele se sobressai ao risco de saúde e, no entanto, ele tava aqui porque não tinha pra onde ir, não tinha... (GF com profissionais CAPSi).

Assim, o diagnóstico de transtorno de conduta reitera a noção de que o problema da criança é da ordem da saúde, assim como reflete a tendência atual de medicalização da vida, muito danosa, especialmente na psiquiatria infantil, segundo FRANCES (2014). De acordo com o autor, médico psiquiatra que dirigiu o DSM, “transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais” (FRANCES, 2014), ocasionando uma crescente medicalização da vida.

Cabe dizer que a indústria farmacêutica tem importante papel nesse processo que tem levado a ilusão de que todo problema pode ser resolvido por comprimidos. Discutiremos a seguir o papel do diagnóstico no contexto estudado.

4.2.3 O Papel dos Diagnósticos: Abertura ou Clausura?

A questão do diagnóstico se apresentou no contexto do CAPSi, tanto nas discussões com profissionais, quanto nos GF com familiares, não sendo mencionada no cenário da Atenção Básica. A ambiguidade sobre o papel do diagnóstico esteve presente nas falas. Se por um lado, ele tem o sentido de responder a um conjunto de problemas, organizar as condutas terapêuticas e imprimir uma direção ao tratamento, por outro, tende a obliterar essa amplitude transformando sujeito em um caso etiquetado. Ao rotular e estigmatizar as crianças, além de excluí-las do contexto ampliado de convivência e tirá-las de seu papel de criança, pode acabar por massificar intervenções a partir dos diagnósticos, em vez de individualizá-las.

Tem mães que a gente consegue no grupo, ver que ela percebe a limitação do filho, mas ela estimula, ela tenta entender, ela vai em busca de coisas para auxiliar na dificuldade dele (...) Toma ele como uma criança mesmo. E tem mães que não, 'ah, ele não vai se desenvolver mesmo, então não vou estimular'. É como se, a partir do momento que vem um diagnóstico (...) pra algumas isso serve como norteador dos cuidados, 'bom, então meu filho é uma criança, tem autismo, então eu vou ter que tomar alguns cuidados, vai ser diferente, mas eu vou investir', e sai em busca de atendimentos, de coisas pra ajudar no desenvolvimento dessa criança. Tem outros que eu acho que esse diagnóstico cai como uma bomba e aí a pessoa desinveste (GF com profissionais CAPSi).

Os familiares participantes da pesquisa também referem essa ambiguidade. Em alguns momentos, o diagnóstico pode oferecer uma resposta sobre o que a criança tem, diminuir a

ansiedade da procura e oferecer possibilidades de caminhos, tal como relatado no trecho a seguir:

[Relato de conversa em consulta médica] *‘mãe, sua filha tem traços de autismo leve’* Aí eu falei *‘que que é autismo?’* Aí eu chorava, porque eu falei assim o que eu queria era só encontrar o caminho certo pra começar a cuidar da minha filha, eu via que ela precisava de ajuda. Mas eu precisava de uma resposta, fosse qual fosse. Dali seria um ponto de partida pra eu poder ajudar ela (GF com familiares).

Em outros momentos, os familiares entendem que o diagnóstico pode influenciar de maneira negativa no desenvolvimento da criança, estigmatizando-a, principalmente quando ele é dado de maneira apressada.

Então, às vezes eles colocam o diagnóstico muito rápido. Eles colocam assim, seu filho tem isso, seu filho tem isso. E isso aí, a própria criança passa a pensar que ele mesmo tem, porque os parentes vão comentar, os amigos vão comentar e, às vezes, não é nem isso que ele tem. Eu tive meu tempo certo de desenvolver, tem crianças que é muito rápido, que nem coisas que eu não sei e ele sabe (GF com familiares).

Nas discussões entre os profissionais do CAPSi, ao mesmo tempo em que está presente uma visão crítica em relação ao atendimento por diagnósticos, por vezes, eles mesmos se colocam nesse lugar, atendendo ou refletindo a partir de diagnósticos. Como exemplo disso temos a escolha feita por eles ao solicitarmos que dramatizassem uma cena cotidiana de uma criança que chega ao serviço pela primeira vez, que se dá a partir de um recorte diagnóstico. Assim, os profissionais discutem e escolhem os dois diagnósticos que mais atendem para representar, transtorno de conduta e autismo:

(...) foi proposto que representássemos uma cena típica sobre uma criança nova que chegasse numa primeira vez ao serviço. Ficamos em dúvida sobre a situação a escolher. Pensamos em dois perfis que mais recebemos atualmente: transtorno de conduta e autismo e acabamos decidindo por encenar o transtorno de conduta e combinamos que no próximo encontro encenaríamos um caso de autismo (GF com profissionais CAPSi).

Em consonância a esse recorte diagnóstico, chama atenção a discussão ocorrida em uma supervisão institucional da qual participamos, sobre a prática de atendimento das crianças no CAPSi que tende a levar a dois caminhos distintos dentro do serviço, de acordo

com a hipótese diagnóstica inicial. Se houver suspeita de autismo, a discussão do caso tende a tomar um rumo: pessoa que fez o acolhimento inicial vai conversar com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional ou psicólogas específicas e, a partir de avaliação dessas profissionais, a criança poderá ser incluída em algum grupo em andamento e será pensado em um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Se for uma situação mais próxima a um transtorno de conduta, o profissional que realizou o acolhimento inicial tende a discutir o caso com a equipe do Território onde a criança reside e, a partir daí, será realizada a avaliação e o PTS. Vale dizer que esse caminho representa uma tendência instituída no serviço, uma vez que carrega um funcionamento que ocorre desde o início dos atendimentos no CAPSi. Contudo, não se trata de um caminho único, ocorrendo variações dele conforme a demanda e a disponibilidade do serviço, o que indica movimentos instituintes nas ações de cuidado.

Essa classificação por diagnósticos e a consequente estratificação da atenção é dominante na atenção em saúde, de um modo geral. Na saúde mental, o modelo asilar de assistência se pautava na divisão por diagnósticos, criando alas ou departamentos voltados para cada patologia. Assim, resquícios dessa divisão se reproduzem no CAPSi pesquisado, entrando em conflito com o modo psicossocial, o que leva a equipe a permanentemente discutir essas questões. No paradigma psicossocial, há uma ênfase na inserção social do indivíduo, no tratamento focado na pessoa, no uso de uma rede de serviços territoriais de ação em saúde com vistas a atender as necessidades singulares de cada criança em seu contexto de vida, tendo o diagnóstico papel secundário.

Assim, ainda que com tensões envolvidas, se nota uma divisão diagnóstica do trabalho⁴³ (REIS, 2015) dentro do serviço, que tende a levar as crianças a caminhos distintos, influenciados pelo critério diagnóstico. Apesar disso, o Projeto Terapêutico Singular é instrumento potente e presente nas ações do CAPSi, conforme será discutido na seção 4.3.

---

⁴³ Usamos esse termo em alusão à divisão social do trabalho, proposta por Marx.

Em relação à hipótese diagnóstica de autismo, esse debate se acentua e, dada a relevância com que apareceu no campo de pesquisa, especialmente nas discussões de profissionais e familiares no CAPSi, será destacada a seguir. Partiremos da narrativa da situação encenada de um caso de autismo no GF com familiares do CAPSi como analisador dessa situação, por entendermos que ele revela aspectos contraditórios da instituição que podem ser importantes elementos de análise acerca do papel dos diagnósticos.

A cena se inicia com a chegada da mãe e da criança ao CAPSi que apresenta movimentos repetidos das mãos, gritos sem sentidos, anda nas pontas dos pés e pula. Duas profissionais realizam esse atendimento inicial. A criança permanece inquieta, levanta e senta, grita, mexe em objetos, os leva à boca e a mãe faz intervenções tentando contê-la. Apesar das tentativas da profissional, a criança não se comunica com ela. A mãe chega com um encaminhamento da neuropediatra com diagnóstico de autismo e suas queixas são que a filha fica nervosa e agressiva com frequência e não fala nada, apesar da idade [9 anos]. No decorrer da cena, quando a menina leva algum objeto à boca, a mãe oferece chupeta e afirma que esse é o jeito que encontrou pra impedi-la de por coisas na boca, sem que fique muito nervosa. A mãe relata que a criança vive com ela, com o pai e irmão mais velho que não brinca muito com ela, porque não tem paciência. Conta que ela geralmente entende o que a criança quer, pois ela a leva até os objetos, porém, apesar de estimulá-la a falar, não obteve resultados até agora. A criança frequenta a escola e só sai para festas de família, ficando bastante em casa assistindo televisão. A mãe refere que procurou o CAPSi porque acha filha precisa de atendimento com psicólogo, fono e t.o., e que gostaria que o CAPS a estimulasse mais e a ajudasse a falar. Afirma que não quer dar medicação para a criança. Por fim, as profissionais dizem que vão levar o caso para discussão de equipe e que darão um retorno por telefone para agendarem uma avaliação multiprofissional. A mãe questiona se a criança será atendida pelo serviço, profissionais respondem que provavelmente sim, mas que geralmente o atendimento ocorre em grupo para estimular a interação, sendo que o CAPSi só atende individualmente alguns casos específicos. A mãe insiste perguntando se terá atendimento de fono, t.o. e psico individual e a frequência que irá ao serviço, e conta que a filha já fez atendimento individual pelo convênio e que ela acha importante. Profissionais a tranquilizam dizendo que primeiro farão uma avaliação e depois poderão definir um projeto terapêutico para ela. Falam que como a demanda do CAPSi é muito grande, geralmente, o atendimento ocorre em grupo e com frequência semanal, sendo que ao mesmo tempo em que a criança está em atendimento, o familiar é inserido em grupo de orientação. A mãe termina dizendo que tem esperança que a filha terá também o atendimento individual (GF com profissionais CAPSi).

Tal como na cena acima descrita, os profissionais do CAPSi comentam que muitas famílias procuram o serviço para a criança com hipótese diagnóstica de autismo, solicitando

atendimento individual do ‘pacote’ que eles entendem como necessário – terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo. Esses pedidos vêm tanto nos encaminhamentos médicos, que prescrevem as condutas, quanto na fala dos familiares a partir de um conhecimento prévio em conversas ou informações diversas. A própria procura pelo CAPSi nem sempre ocorre mediante encaminhamento formal, mas por procura espontânea derivada de informações recebidas em diversos contextos sociais. Tanto os familiares quanto os profissionais participantes da pesquisa mencionam uma série de reportagens a respeito do autismo veiculada por um programa de televisão, em 2013⁴⁴, na qual se dizia que o CAPSi era o serviço público responsável por esses casos:

Quando vi a reportagem, procurei o serviço (GF com familiares).

Depois que saiu no Fantástico, choveu criança no CAPS (...) aí veio “não, porque o Dráuzio Varella falou”, então veio todo mundo (GF com profissionais CAPSi).

Assim, o entendimento do CAPSi como serviço público exclusivo voltado ao tratamento da criança com diagnóstico de autismo, o frequente pedido por atendimentos individualizados de profissionais específicos - em geral, de fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional - indicam a hegemonia de um paradigma em relação aos problemas de saúde mental da criança e, mais especificamente, do autismo que, por sua dominância e força como modelo instituído, se apresenta também no âmbito social mediante pedidos dos familiares. O problema que ressaltamos aqui está no entendimento de que o diagnóstico defina, por si, o local de tratamento e as intervenções terapêuticas a serem ofertadas. Tal ideia é contraditória aos princípios da atenção psicossocial, dentre outros fatores, por focar na patologia e não no sujeito, assim como por criar guetos de exclusão social.

Nesse sentido, os familiares tendem a preferir atendimento no serviço/profissional especializado, entendendo que essa atenção é de melhor qualidade. Vale dizer que a lógica

---

⁴⁴ A série foi apresentada pelo médico Dráuzio Varella e exibida no Fantástico, programa televisivo da Rede Globo. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=OvFNiFQuGPA&feature=youtu.be>. Acesso em 20/07/15

das especialidades é predominante na cultura, é congruente como o modo de funcionamento social. Percebemos que essa tendência se apresenta, no contexto pesquisado, também na escolha pela escola que a criança frequenta, se escola especial ou regular. Apesar de os familiares demonstrarem visão crítica nessa reflexão, tendem a considerar que a escola especial, assim como o serviço de saúde especializado, vai oferecer tecnologias mais específicas às necessidades da criança:

Aí também é uma opção do pai e da mãe. Por exemplo, igual eles [profissionais da escola especial onde a criança foi fazer avaliação] sugeriram pra nós. Ela falou assim “seria interessante ele ficar aqui, estudar com a gente e tudo mais”, mas tem pais que preferem que ele continue numa escola pública, então vai dos pais se os pais perceberem que ele está tendo um desenvolvimento numa escola pública normal, então não tem problema ele continuar lá. Mas eles sempre falam que lá é uma escola especializada, que lá eles vão focar mais em cada necessidade, na necessidade que ele tem mesmo, na dificuldade que ele tem. Se é um problema motor, se é um problema na fala e lá tem tudo isso (GF com familiares).

Essa resistência em incluir as crianças em contextos sociais diversos, não especializados, reflete também o receio, o medo e a superproteção desses familiares em relação às crianças que consideram incapazes de se defender e necessitadas de cuidados especiais. Nesse sentido, os profissionais discutem que algumas famílias já põem as crianças em um lugar de exclusão social, ao procurar apenas locais e profissionais especializados, o que prejudica seu desenvolvimento.

Elas [as mães] trazem muito medo, assim, meu filho não sabe falar. E se alguém bater, se alguém fizer alguma coisa com ele eu não vou saber. E elas têm muita dificuldade pra por na escola, às vezes a gente precisa conversar com elas (GF com profissionais CAPSi).

Na maioria das vezes a gente vê mais exclusão do que inclusão, que nem a própria mãe do A. querendo levar ele direto pra uma escola especial, em vez de tentar uma EMEI primeiro. Então, ela mesma já acha que o filho dela tem que estar junto com quem é especial, não quer incluir (GF com profissionais CAPSi).

Vale dizer que há um movimento crescente no país que defende a criação de serviços específicos para crianças autistas, bem como reivindica o financiamento público de organizações não governamentais ou associações de familiares de autistas, sob a alegação da inexistência de serviços que atendam crianças autistas da rede pública (COUTO, 2012). No CAPSi estudado, há um número significativo de crianças autistas em atendimento, entretanto, há uma ausência de serviços que atuem em parceria na atenção a essas crianças, segundo os participantes da pesquisa, o que tem dificultado a oferta de um cuidado resolutivo a essa população.

Segundo os participantes da pesquisa, há um entendimento na rede de Mauá de que casos de autismo são do CAPSi (ou têm o CAPSi como porta de entrada), o que tem levado o serviço a receber uma demanda que supera sua capacidade de atendimento, especialmente ao considerar a classificação de Transtorno do Espectro Autista (TEA)⁴⁵. Os profissionais relatam que quando avaliam que a criança necessita de outros serviços da rede, o encaminhamento para esses locais se torna inviável:

(...) o CAPS sempre atendeu criança com hipótese diagnóstica de autismo, sempre. Só que aí a gente passou por mudanças de gestão, mudou o fluxo em alguns serviços e aí ficou estipulado que aqui seria a porta de entrada, mas não necessariamente ficaria aqui e aí veio muito caso pra cá. Teve a questão da reportagem [referindo-se a série veiculada pelo Fantástico sobre o autismo] que eu acho que também naquela época a gente notou um aumento, mas acho que foram uma série de coisas que foram acontecendo, mas o CAPS sempre atendeu (...) então acho que foi formalizado isso (GF com profissionais CAPSi).

Vale dizer que a discussão sobre o autismo tem, além da dimensão clínica, uma forte dimensão política envolvida, uma vez que grupos, especialmente de familiares, tem se mobilizado tanto para a criação de serviços quanto para a garantia de direitos das crianças

---

⁴⁵ Na versão anterior – DSM IV – havia a nomenclatura de Transtornos Globais do Desenvolvimento, que incluíam o Autismo, Transtorno Desintegrativo da Infância e as Síndromes de Asperger e Rett. Na versão atual, DSM-V, de 2013, esses transtornos foram absorvidos por um único diagnóstico - Transtornos do Espectro Autista, que variam em termos de gravidade de sintoma e necessidade de tratamento, o que amplia o escopo das crianças com esse diagnóstico.

com esse diagnóstico. A promulgação da Lei 12.764, de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, é uma das conquistas desse movimento. A partir dela, o autismo passa a ser considerado como uma deficiência e, portanto, são garantidos a essas crianças alguns direitos antes não assegurados (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Tal consideração tem levado à inclusão de crianças com esse diagnóstico em serviços da rede de cuidados à pessoa com deficiência, com destaque para o Centro Especializado de Reabilitação (CER), voltado às deficiências em geral, incluindo a deficiência intelectual. Porém, o único CER IV existente no município de Mauá vem passando por processos de reformulação há mais de um ano e, segundo participantes da pesquisa, não tem recebido novos pacientes.

Por um lado, os profissionais do CAPSi questionam o entendimento de que casos de autismo devam ser necessariamente atendidos no serviço, aparecendo uma discussão crítica a respeito do recorte diagnóstico que se processa. Por outro, percebe-se que a equipe diferencia o atendimento das crianças a partir desse recorte diagnóstico, como discutido anteriormente. Embora a equipe reitere esse funcionamento diferenciado, justifica-o com base nas necessidades das crianças com esse diagnóstico que, em geral, envolvem a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, entre outros.

Assim, apesar dessa visão alternativa e crítica, muitas vezes a equipe acaba por responder, ou tentar responder, a demanda por atendimentos específicos a partir de recortes diagnósticos e, por não conseguir ofertar esse cuidado a todas as crianças, sente-se impotente e angustiada em seu papel. Não podemos deixar de considerar a existência de elementos concretos relativos à dificuldade de oferecer as intervenções terapêuticas que consideram necessárias para cada criança: a escassez de recursos no próprio CAPSi, a carência de outros serviços da RAPS e da rede intersetorial. Esses elementos serão discutidos nos próximos itens.

Importante enfatizarmos, mais uma vez, que a função do CAPSi é atender crianças (e adolescentes) que apresentam intenso sofrimento psíquico, visando sua inserção e participação nos variados contextos sociais. O critério diagnóstico, embora tenha sua importância, não pode ser o determinante do local em que a criança será atendida, uma vez que o cuidado em saúde mental infantil se processa de modo compartilhado por uma rede articulada de serviços. As necessidades específicas de cada criança (e não de cada patologia) devem ser levadas em conta e são essas que definirão o Projeto Terapêutico Singular para cada situação, tal como discutiremos na próxima seção.

4.3 INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS: AS PRÁTICAS DE CUIDADO

- *O que quer dizer cativar? - disse o príncipezinho*
- *É uma coisa muito esquecida, disse a raposa. Significa criar laços.*
- *Criar laços?*
- *Exatamente, disse a raposa. Tu não és para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho necessidade de ti. E tu não tens necessidade de mim. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Serás pra mim o único no mundo. E eu serei para ti a única no mundo* Trecho da obra O Pequeno Príncipe (Antoine de Saint-Exupéry).

As práticas de cuidado em saúde mental de crianças estão estritamente conectadas a um conjunto de processos e condições, tais como as formas de organização do trabalho interna em cada serviço e na rede como um todo, as relações estabelecidas entre os envolvidos, profissionais entre si e desses com os usuários, as condições concretas de trabalho no que diz respeito à presença de serviços e profissionais, cujas ações e saberes se voltam para esse cuidado, as concepções sobre saúde e tratamento que atravessam o campo e se mostram presentes no imaginário social e cultural. No presente capítulo, discutiremos as intervenções terapêuticas dispensadas às crianças com problemas de saúde mental nos locais estudados, tendo em vista os movimentos contraditórios que se apresentam nos discursos e ações dos participantes da pesquisa.

Utilizaremos como analisadores das práticas de cuidado em saúde mental a fala reiterada pelas equipes de que “cada caso é um caso” aliada às noções de Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁴⁶ ideal e real. Consideramos que essas expressões, comuns nos discursos nesse campo, são analisadores das ações de cuidado, pois trazem à tona a dicotomia entre a singularização dos casos e intervenções e os limites encontrados para sua realização. Em seguida, discutiremos as intervenções, propriamente ditas, realizadas pelos profissionais dos

---

⁴⁶ O Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (Brasil, 2009, p. 39).

serviços pesquisados – individuais e em grupo; interprofissionais e por especialidades; inclusão das famílias no cuidado – e, por fim, discutiremos as tecnologias relacionais (acolhimento, vínculo, escuta, confiança), tal como se apresentam no contexto estudado.

4.3.1 Alcances e Desafios na Construção do Projeto Terapêutico Singular

De acordo com as observações dos diversos espaços e as discussões realizadas nos GF com os profissionais, notamos que as práticas de cuidado nos serviços pesquisados são pensadas de maneira singularizada, elaboradas a partir do PTS, um dos instrumentos que compõe o cuidado em saúde na perspectiva da atenção psicossocial. Respostas como “cada caso é um caso”, “depende da situação” são frequentes nas falas dos profissionais, frente ao questionamento sobre as ações de cuidado que desenvolvem com crianças que atendem.

Em diversos cenários da pesquisa, presenciamos discussão em equipe sobre elaboração e revisão do PTS das crianças com compartilhamento de saberes, discussão dos objetivos e possibilidades de ações práticas para cada criança de modo singular, tal como se preconiza no modo psicossocial. No entanto, essas discussões eram permeadas pela dualidade entre o PTS ideal e o PTS real, justificada por dificuldades diversas, das famílias, de cada serviço em sua particularidade, e de toda a rede de atenção, considerando os diversos setores.

Na Atenção Básica, a singularização dos casos se apresenta nas discussões sobre as famílias, sendo esse olhar próprio da ESF. A proximidade que as equipes, em especial as ACS, estabelecem com a maioria das famílias, o entendimento de suas necessidades e possibilidades reforçam e proporcionam a construção de relações singulares. Porém, assim como se discute no CAPSi, os profissionais da ESF relatam que nem sempre conseguem

responder às necessidades da população, tanto porque algumas famílias “não querem ajuda”, quanto porque não há recursos no município suficientes que possam responder às enormes carências e necessidades:

Muitas coisas que encaminhamos para algum atendimento e ficamos preocupadas com a situação, a pessoa não comparece e não se interessa ou não faz sua parte na ajuda oferecida. Às vezes chegamos no nosso limite e não temos o que fazer (GF com profissionais ESF - ACS).

Os profissionais na AB discutem que a recente ampliação das equipes da ESF foi positiva para a melhoria do cuidado à população, porém gerou um aumento na demanda por ações, uma vez que propiciou a identificação de problemas de saúde antes silenciados. Tal demanda não tem sido respondida adequadamente, devido à falta de serviços e de profissionais ainda presentes, segundo os participantes da pesquisa:

No setor saúde, apesar da ampliação das equipes da ESF, 49 equipes a mais com a chegada dos médicos cubanos, o que ajudou na identificação de problemas antes silenciados, temos tido dificuldade em dar os encaminhamentos necessários (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Além da falta de recursos humanos - profissionais específicos na AB, no CAPSi e em outros serviços da rede - os profissionais relatam carências materiais, desde espaço físico, salas para atendimento individual e em grupo, espaços para brincar e parquinho, até objetos, como brinquedos e materiais gráficos para realização de atividades lúdicas e oficinas. Alguns profissionais, tanto do CAPSi quanto da UBS usam materiais pessoais para desenvolvimento das atividades que propõem.

Quanto às dificuldades das famílias, os profissionais participantes da pesquisa descrevem questões subjetivas - resistência ao tratamento, faltas sem justificativa, desinteresse - assim como situações relacionadas à vulnerabilidade - problemas socioeconômicos, familiares e dificuldade de acesso aos serviços. Como exemplo disso, houve mais de uma discussão em que se definia em rede um PTS para uma criança, incluindo

atividades semanais no CAPSi, que não era seguido por falta de dinheiro para transporte até o serviço. Isso evidencia problemas que extrapolam o setor saúde e, embora haja mobilização de outros setores, os recursos são limitados e aquém das necessidades da população. Ainda, dificuldades para obter o passe-livre, demora no processo ou, até mesmo, perda do documento por parte das famílias foram mencionados como problemas no acesso das famílias ao CAPSi.

Todos esses obstáculos distanciam o PTS ideal do PTS real construído para as crianças e famílias. Cabe aqui uma discussão acerca da idealização que os profissionais fazem do PTS, da população, dos serviços e dos recursos que, como toda idealização se coloca no lugar do impossível, inalcançável, e pode ter uma função defensiva, levando a uma paralisação dos profissionais em suas ações. Pensar em um PTS possível, para aquela criança e família frente a seus recursos, dificuldades e potencialidades, bem como para os serviços e profissionais da rede com seus limites e alcances, parece ser um caminho mais razoável e profícuo. Consideramos que há, portanto, ao menos duas dimensões presentes nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais na construção do PTS: uma de caráter estrutural e outra de âmbito subjetivo. O desafio posto está em como mobilizar recursos e atores diversos e construir de maneira conjunta, considerando as famílias e as crianças como participantes desse processo, o melhor PTS possível para aquela situação em determinado momento de sua história e contexto de vida. Daí a importância de que o PTS seja revisto e reelaborado ao longo do processo de cuidado.

Convém destacar que parece haver uma certa dificuldade, por parte dos profissionais, em reconhecer sucessos de suas intervenções, além de uma tendência a enxergar e falar sobre as faltas e falhas na atenção oferecida, em geral, justificadas por problemas que fogem de seu controle, tais como falta de serviços e de profissionais na rede e falta de comprometimento das famílias. Apesar disso, foram mencionadas situações que, em meio às dificuldades, o

cuidado proporcionado pelos profissionais dos serviços ajuda as crianças e famílias a viverem suas vidas de modo mais tranquilo. Exemplificando:

alguns casos desses [com problemas graves de comportamento] eles passam a gostar do CAPS, vai gostando e ficando, você percebe que é o tratamento, o tratamento que ele tem lá fora, as coisas que acontecem lá fora é bem diferente do que acontece aqui. (...) E ele sente que o pessoal gosta muito dele, apesar dele ter, dele fazer algumas coisas difíceis, o pessoal gosta muito, acho que é mais o sentimento. (...) Ele vê o CAPS como espaço de brincar. Eu acho que aonde ele consegue ter afeto, ter pessoas que entendem ele, porque a mãe dele é desorganizada, né, a mãe dele também faz acompanhamento no CAPS adulto, é uma família bem desestruturada e acho que aqui ele tem referência. (...) Teve um episódio que ele foi pra escola, e aí ele tava sofrendo agressão de algumas crianças lá na escola. Aí no dia, a mãe mandou ele ir, no dia seguinte que a mãe forçou ele a ir, ele falou que não ia porque tinha os coleguinhas dele agredindo, a mãe agrediu ele, colocou ele na perua e mandou ele ir. Chegou na porta da escola ele não foi, ele não entrou, ele veio pra cá pedir ajuda. Pra ver como ficou a referência, ele chegou aqui chorando, contando tudo o que tava acontecendo, né, aí a gente foi fazer todo o trabalho, explicar pra ele, um pouco dar essa devolutiva de tudo o que ele já fez, de como ele se sentiu sendo agredido, porque ele que era o agressor antes. Foi feito todo o trabalho, mas olha como que ele pegou como referência, ele veio pra cá, ao invés dele falar, não, vou voltar pra minha casa, vou explicar pra minha mãe, não eu não quero ir, a mãe também agrediu, fez ele ir, ele chegou na escola e não quis entrar e veio pra cá (GF com profissionais CAPSi).

Essas ações bem sucedidas foram pouco mencionadas na pesquisa em comparação às dificuldades no cuidado, o que não quer dizer que elas não existam, ao contrário, são elas que sustentam o trabalho cotidiano. Contudo, a consideração preponderante, por parte dos profissionais e também dos familiares participantes da pesquisa, é a de que os atendimentos propostos atualmente pelo CAPSi e pela rede são aquém das necessidades das crianças, ou seja, a oferta de intervenções terapêuticas é menor do que profissionais e famílias avaliam como necessária. As falas a seguir exemplificam esse entendimento:

O atendimento uma vez por semana por 50 minutos (período que muitas vezes é reduzido, já que se entra atrasado no grupo) é muito pouco para as necessidades das crianças (GF com familiares).

Por exemplo, tá chegando uma criança pequena vai, de dois anos e meio. Você vê que seria importante que ela viesse mais vezes, só que você tem só um horário na agenda de meia hora. Você tá dando conta? A gente tá tentando. É mais ou menos nesse sentido. (...) Se precisar de um atendimento individual a

gente não tem horário pra isso (...) A gente dá conta dentro dos nossos limites também (...) Se é tudo o que é necessário, aí são outras questões (GF com profissionais CAPSi).

Essa concordância entre profissionais e familiares não redundava, necessariamente, em percepções iguais acerca das práticas de cuidado que ocorrem ou que deveriam ocorrer nos serviços. No contexto do CAPSi, de um modo geral, percebemos um distanciamento entre as práticas propostas pelas equipes e a expectativa dos familiares. Os últimos parecem entender o tratamento oferecido pelo serviço de maneira massificada, como se todas as crianças recebessem atendimento similar e aquém do necessário. Para eles, o tratamento ideal corresponderia a uma grande quantidade de intervenções e uma alta frequência no CAPSi, valorizando o atendimento pela quantidade/frequência da criança no serviço. Esse entendimento, baseado na noção de saúde como bem de consumo, na lógica do “quanto mais, melhor” tem levado famílias a considerarem a diminuição da frequência da criança no CAPSi ao longo do processo do tratamento, por exemplo, não como sinal de melhora, mas como sinal de perda em seu cuidado e menos assistência.

Já os profissionais, ainda que considerem que as ações de cuidado sejam abaixo do necessário, tendem a pensar e discutir os casos com base nas singulares necessidades e possibilidades de cada criança/família. No que tange às intervenções terapêuticas, eles procuram incluir as crianças em atividades pontuais no serviço, visando ampliar sua inserção nos diversos cenários sociais. Essa postura dos profissionais representa uma modificação na atenção em saúde mental oferecida pelo serviço, reflexo das mudanças na gestão de saúde do município. Tal como nos foi relatado, até 2012, a atenção em saúde mental infantil se dava exclusivamente no CAPSi, e as crianças passavam mais tempo inseridas no serviço, uma vez que esse era o serviço público destinado a elas, o que denota um modelo “CAPSicêntrico” de atenção em saúde. Assim, com o objetivo de reverter esse cenário, que reforça uma segregação social dessas crianças se adotado como única forma de ação, os profissionais têm

atuado no sentido de propor um movimento dos usuários para fora da unidade. Essa concepção de que o cuidado se dá além das fronteiras dos serviços, de modo articulado a uma rede ampliada e territorial (YASUI, 2010b), está alinhada ao modo de atenção psicossocial e visa uma ampliação do cuidado, assim como a inserção social das crianças nos diversos cenários.

Contudo, na prática, a diminuição da frequência das crianças no serviço, parece não ter sido acompanhada, na mesma velocidade, por ações de cuidado na comunidade, o que pode ter levado familiares a sentirem tal manejo como sendo, preponderantemente, uma perda no tratamento e uma piora no atendimento proporcionado pelo CAPSi. Essas ações ‘extramuros’ devem ser pensadas e discutidas pelos profissionais da rede ampliada com a participação das famílias, sendo que o CAPSi tem o papel de mobilizar recursos e atores para a construção da rede, ainda muito deficiente no cenário estudado.

Ponderamos, ainda, que a criança usuária do CAPSi pode necessitar, em determinados momentos - para conhecer melhor suas dificuldade, estabelecer uma relação de confiança e proximidade, acolher uma situação de crise, dentre outros - permanecer no CAPSi por mais tempo, tal como ocorre no serviço estudado. A questão que se coloca aqui é que o CAPSi não pode se tornar um espaço permanente, tampouco exclusivo para a atenção em saúde mental de crianças, em que elas apenas “passem o tempo” ou fiquem depositadas. Ou seja, os CAPSi não devem assumir, de forma isolada, a responsabilidade integral das crianças que atende. Ao contrário disso, espera-se que o PTS seja compartilhado e construído coletivamente com outros serviços, com a família e com a criança.

A discrepância apontada nesses dois grandes grupos, familiares e profissionais, em relação à procura por cuidado e à expectativa do tratamento requer uma segunda análise. De acordo com BEZERRA Jr (1987), a demanda de cuidados em saúde mental comporta dois enfoques: o ponto de vista do espectador - aquele que se encontra diante da procura do

tratamento, cujo interesse se volta às determinações históricas, sociais e ideológicas de determinado fenômeno - e o ponto de vista do agente - indivíduo que sente a necessidade de ajuda. Ambos são movidos por perspectivas e expectativas distintas, sendo que o segundo, aqui representado pelas famílias e crianças que procuram ajuda, almejam a superação da experiência de sofrimento que sentem. Ou, dito de forma mais simples, esperam identificar e sanar, da melhor forma possível, o problema da criança.

Muito provavelmente, movidos pelas manifestações visíveis, tal como o pensamento do senso comum se estabeleceu a partir da emergência das ciências e tecnologias duras no final do século XIX e XX, os familiares procuram por uma definição “objetiva” ao problema da criança e uma “objetividade” nas intervenções, quando em busca de uma solução para os problemas que afetam seus filhos. O que não implica, necessariamente, uma negação por parte dos familiares de uma abordagem de natureza psico-existencial ou psicossocial. Essas duas visões, possivelmente, se superpõem no entendimento dos familiares. Quanto aos profissionais de saúde, a discussão não deve ser entendida de maneira tão dicotômica, há contradições em suas visões, tal como apontamos nessa pesquisa. Essa ambiguidade que se verifica entre os grupos estudados e dentro de cada um deles pode ser um elemento explicativo da adesão e manutenção dos usuários no serviço.

Por último, queremos ressaltar que a demanda que chega aos serviços não é natural ou espontânea, mas atravessada por inúmeros fatores culturais, sociais e históricos (BEZERRA Jr, 1987), influenciadas também pela própria oferta dos serviços. A predominância de uma cultura psiquiátrica e medicalizante é um problema do mundo contemporâneo que se espalha na sociedade como um todo.

4.3.2 As Intervenções Terapêuticas Praticadas nos Serviços

As intervenções terapêuticas realizadas pelas equipes nos serviços pesquisados são variadas. De acordo com os dados apresentados na Tabela 8⁴⁷, as intervenções mais frequentes direcionadas aos usuários do CAPSi foram: atendimento com psiquiatra, grupos/oficinas terapêuticas e grupos com familiares. Ainda, estavam presentes nos registros dos prontuários consultados, articulação com a rede, atendimento com assistente social e com psicólogo, participação em passeio, visita domiciliar e participação no espaço de convivência. Outras atividades que presenciamos ou nos foram relatadas como práticas atuais no serviço foram: atendimentos individuais com fonoaudióloga e terapeuta ocupacional, grupo de avaliação, Oficinas diversas (de contos, de sucata, de música, de grafite, de break, de ioga, de artes, de manicure) e atendimento compartilhado com UBS. Além dessas, os profissionais realizam plantão de acolhimento (para casos novos e para usuários do serviço), e se organizam para permanecerem na área de convivência. Vale dizer que as reuniões gerais, reuniões por território, Educação Permanente do serviço e por território, Supervisão clínico-institucional, e reuniões intersetoriais são parte integrantes das ações voltadas ao cuidado das crianças.

Esse leque variado de ações demonstra uma atuação alinhada ao preconizado pelo CAPSi no que se refere ao seu mandato terapêutico. A predominância dos atendimentos psiquiátricos demonstrados na tabela 8, chamou a atenção dos profissionais do CAPSi quando os dados foram apresentados a eles no GF. Porém, em seguida, eles ponderaram que a maioria

---

⁴⁷ Convém lembrar que esses dados se referem às crianças residentes no TIII e foram coletados por meio dos prontuários no CAPSi. Eles foram apresentados, em conjunto com as demais informações (seção 4.1.3) aos profissionais participantes dos GF, com o intuito de disparar a conversa, a partir dos dados que mais chamassem a atenção deles.

que passa com a psiquiatra está incluída em outras ações e tem um PTS elaborado a partir da avaliação interdisciplinar.

No Núcleo de Saúde Mental Atenção Básica, os dados apresentados na Tabela 9⁴⁸, indicam que a principal intervenção realizada pelos psicólogos do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica é a psicoterapia individual, seguida pelas intervenções em grupo (Grupo Terapêutico e Grupo de Arteterapia e Orientação Familiar individual). Podemos observar outras ações que compõem o cuidado em saúde mental de crianças que são executadas pelos profissionais do Núcleo de Saúde Mental, tais como visitas domiciliares, atendimento compartilhado com equipe ESF, contato com escolas, reuniões para discussão de caso com outros serviços, participação nas reuniões de equipe da ESF, participação de reuniões entre saúde mental e Atenção Básica.

Chama nossa atenção o fato da principal intervenção terapêutica dos psicólogos na Atenção Básica ser a psicoterapia individual, o que é percebido pelos próprios psicólogos como um problema que enfrentam atualmente. Por um lado, parece haver, por parte das equipes básicas de ESF, um entendimento, alicerçado no tradicional papel do psicólogo, em que a principal atividade desenvolvida seria a psicoterapia individual. Por outro lado, os psicólogos, embora tenham crítica sobre a limitação dessa atuação no contexto que trabalham, reproduzem esse papel hegemônico a eles atribuído e exercem predominantemente atendimentos individuais. Em reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica, discutem essa temática.

Os profissionais de SM na AB de Mauá comentam que era para eles trabalharem como apoiadores matriciais, mas isso não tem ocorrido, eles têm ficado com a agenda lotada de atendimentos e não têm espaço para matriciamento. Eles mesmos comentam que as formas tradicionais de trabalho não dão conta da demanda e das necessidades da população. Discutiram um pouco sobre as diferentes formas de se construir um novo modelo, de compartilhar conhecimento e entendimento entre todos da AB, não só o núcleo de saúde mental. Um deles diz que são necessárias formas inventivas, não

---

⁴⁸ Informações referentes às crianças residentes no TIII atendidas pelos psicólogos do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica. Esses dados foram coletados por meio de fichas preenchidas pelos próprios psicólogos.

tradicionais de atuação, em que haja protagonismo dos profissionais para atuarem de maneira mais variada. (...) Outro se mobiliza bastante nesse sentido dizendo que é necessário que isso aconteça nessas unidades para que haja alguma mudança no modelo de atenção. A conversa fica bastante nessa questão e de como fazer diferente, como fazer essa inversão e que isso só depende das pessoas que estão atuando, mas precisa haver um consentimento dos gestores. Percebo grande potencialidade na equipe que parece estar engessada pelo cotidiano de trabalho (anotação em Diário de Pesquisa na reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica).

Assim, a função de apoiadores matriciais, que eles deveriam exercer, fica bastante limitada, assim como a efetiva reversão do modelo de atenção em saúde mental na Atenção Básica, tal como discutimos na seção 4.1.4.

Cabe salientar que a formação universitária dos psicólogos não tem sido, de um modo geral, direcionada para atuação no SUS, levando os profissionais a chegarem aos serviços despreparados para atuarem com a complexidade da AB, o que demanda um processo de formação e capacitação no serviço. Acerca desse problema, ouvimos psicólogos mencionarem que têm dificuldade de trabalhar com crianças, outros, para trabalhar com grupos, dificuldades que podem representar um desafio a ser enfrentado, não um impeditivo de ação. No que se refere ao trabalho com grupo, percebemos uma ação de formação no serviço, em que uma psicóloga do município com experiência em arteterapia, realiza grupos em diversas UBSs de modo compartilhado com algum psicólogo da unidade. Segundo ela, essa estratégia foi pensada como uma forma de capacitação para os psicólogos das unidades, visto que alguns deles não se sentem confortáveis para atuarem com grupos de crianças. Assim, na unidade estudada, ocorrem dois grupos infantis, de periodicidade semanal, com a presença da psicóloga arteterapeuta e de uma das psicólogas do território.

Além disso, a discussão sobre atendimento individual e em grupo tem duas características distintas que aparecem sobrepostas. Por um lado, a concepção sobre terapias grupais e sua potência na atenção à saúde, daí sua vasta utilização nos serviços públicos, por atenderem às necessidades da população de modo mais adequado e eficaz que outras

modalidades (BEZERRA Jr, 1987). Por outro, a adoção das intervenções em grupo como medida possível para racionalizar oferta e demanda.

No contexto do CAPSi, não fica claro se a criança está inserida em um grupo terapêutico por um entendimento baseado em uma determinada perspectiva teórica, que entende a potência do grupo no cuidado ou se essa foi a única opção que o serviço poderia oferecer em determinado momento. Na cena apresentada pelos profissionais do CAPSi essa dualidade se apresenta:

A mãe questiona se a criança será atendida pelo serviço, profissionais respondem que provavelmente sim, mas que geralmente o atendimento ocorre em grupo para estimular a interação, sendo que o CAPSi só atende individualmente alguns casos específicos (...) Falam que como a demanda do CAPSi é muito grande, geralmente, o atendimento ocorre em grupo e com frequência semanal (GF com profissionais CAPSi).

Essa discussão sobre atendimento individual e em grupo teve relevância tanto no GF com os familiares quanto com os profissionais. Os primeiros referem dúvida sobre a possibilidade das crianças fazerem algum tipo de terapia individual no CAPSi. A resposta dada pelos familiares que frequentam o CAPSi há mais tempo foi a de que “antes das mudanças, tinham os dois”, mas que agora só acontece atendimento em grupo. Para os familiares, a combinação dos dois tipos de atendimento seria o esperado, porém por problemas de recursos humanos, o atendimento individualizado não tem ocorrido no serviço. Embora eles entendam a importância das crianças interagirem nos grupos, eles gostariam também de ter atendimento individual.

Os profissionais relatam que mesmo que considerem que algumas crianças precisem de atendimento individual, raramente conseguem oferecer, por falta de horários na agenda. Parece faltar clareza entre os profissionais acerca dos objetivos e expectativas de cada tipo de intervenção.

Eu acho que é complicado, como que você fala pra uma mãe que a criança de dois anos e meio “não ela veio aqui, mas a gente vai por ela num grupinho”.

Ah, mas não precisa de fono individual? Você vai falar o que? Não, não precisa, o grupinho dá conta. Não dá. Assim, dá conta no grupo? Não dá conta no grupo, precisa sim da fono individual, da t.o. individual, precisa sim, precisa, não tem como (GF com profissionais CAPSi).

Deste modo, há uma tendência a se buscar os dois tipos de atendimentos, mesmo que fora do serviço, o que é corroborado pela equipe, em certas situações. Assim, há crianças que passam no grupo terapêutico do CAPSi e realizam algum tipo de atendimento individual pelo convênio ou particular. Para as famílias que dependem exclusivamente do SUS, fica a sensação de que os serviços públicos estão oferecendo às crianças menos do que eles necessitam.

Não são todas crianças que passam no atendimento individualizado na fono ne? Geralmente são nesse espaço que eles ficam enquanto nós estamos aqui tem todo o acompanhamento lá. Tem a terapeuta, tem a psicóloga e tem a fonoaudióloga. E aí é nesse espaço que ela vai checar, que ela vai ver, mas tratamento individualizado não (GF com familiares).

Só que assim, tem crianças, igual meu filho, a médica pediu atendimento individual, atendimento em grupo porque ele precisa dos dois e não tem (GF com familiares).

O tratamento da criança em contextos diversos - convênio médico e SUS - pode, em vez de oferecer uma complementariedade no cuidado, se constituir de maneira conflitante, se partirem de lógicas e direcionamentos distintos, havendo uma sobreposição de ações contraditórias. Dito de outra forma, a simples somatória de atendimentos desarticulados entre si, no lugar de levar a uma ampliação no cuidado, pode incorrer em problemas, uma vez que pode gerar um conflito para os familiares e crianças, indo em direção oposta ao cuidado na perspectiva do modo psicossocial. Isso não significa dizer que a combinação de ações diversas seja danosa, ao contrário, é essa a busca que os serviços e famílias devem fazer a fim de compor o PTS da criança. Contudo, isso deve ocorrer de modo articulado, com uma gestão compartilhada do cuidado entre os envolvidos na busca de um objetivo comum por meio de

ações variadas, o que CECILIO (2011) define como a dimensão sistêmica da gestão do cuidado, bastante frágil no local estudado.

Chama a atenção o fato de as famílias considerarem os grupos terapêuticos, combinados aos atendimentos individuais, como intervenções importantes, porém não parecem entender as oficinas terapêuticas da mesma forma, dando a essas uma conotação de entretenimento. Isso se percebe quando eles falam sobre as atividades que ocorrem no período das férias, quando o serviço propõe diversas oficinas abertas, em geral, não sendo percebidas como parte do tratamento. Ao mesmo tempo, isso pode indicar a falta de comunicação efetiva entre profissionais e familiares que, por terem diferentes entendimentos, caem em confrontos indevidos, uma vez que pode haver uma suposição de entendimento a priori, mágico, por parte dos profissionais de acordo com a qual os familiares a captarão sem necessidade de explicações e discussões. Assim, ao associar Oficinas Terapêuticas abertas e livres ao período de férias, conduzem as famílias a entenderem que o tratamento da criança está interrompido, de férias. O fato dessas atividades se ampliarem nas férias pode indicar também uma certa disparidade da própria equipe no valor atribuído a esse tipo de intervenção, o que poderia levar a crer que eles também aderem, em algum nível, a este tipo de entendimento ou representação.

Em perspectiva similar, aparece a discussão sobre os atendimentos especializados, ou seja, aqueles realizados dentro de um núcleo de saber específico, como fonoaudiologia, terapia ocupacional ou psiquiatria. A demanda por intervenções mais específicas pode refletir tanto uma concepção fragmentada de assistência por especialidades, quanto uma necessidade pontual da criança que poderia se beneficiar desse tipo de ação. Vale ressaltar ainda que a demanda por intervenção específica, como por exemplo, a medicamentosa, não é algo espontâneo, como afirma BEZERRA JR (1987, p. 150), “tem suas raízes solidamente fincadas

em um complexo sistema de ideias, expectativas, representações acerca da doença, da saúde e do tratamento”.

Tal como propõe CAMPOS (2000), consideramos importante fazer uma distinção entre campo e núcleo. O campo indica um conjunto de saberes e práticas comuns a diversos profissionais que atuam em determinado contexto, o que reforça a importância da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade na atenção em saúde, exigindo troca de saberes, incorporação de conceitos comuns, horizontalidade nas discussões. Contudo, há especificidades oriundas de cada núcleo profissional que devem ser consideradas, pois podem fazer parte das ações de cuidado propostas. Nas palavras de CAMPOS (2000, p. 53), “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”.

O autor afirma que não há limites claros entre núcleo e campo, o que indicaria a impossibilidade de cada uma se fechar em si, não a anulação e fusão das disciplinas, profissões e especialidades (CAMPOS, 2000). Assim, o perigo de se perder a especificidade de cada núcleo é o de se conduzir a um esvaziamento da clínica e o anulamento de importantes contribuições teóricas e práticas na atenção em saúde. Se na atuação da psiquiatria, por exemplo, esses limites são mais claros, ou seja, cabe ao médico receitar medicamento, ainda que seja fundamental que todos saibam os efeitos de cada remédio e tenham espaço para discutir as intervenções medicamentosas, isso se torna menos claro na atuação de outros profissionais.

No contexto da pesquisa, tal discussão ganha destaque na demanda por intervenções específicas de fonoaudiologia e de terapia ocupacional e na falta de disponibilidade de agenda destes profissionais (apenas um de cada categoria com carga horária de 20 e 30 horas

semanais no serviço, respectivamente, sendo 4 horas dedicadas às reuniões de equipe) para a atenção as crianças.

A fono aqui trabalha 20 horas, não tem como ela atender. É o que, assim, é o que eu tô pedindo muito, já pedi lá na secretaria da saúde, já pedi aqui e eles falaram que é pra procurar a UBS (GF com familiares).

Nos serviços estudados, as famílias são consideradas como parte do cuidado, o que ocorre, principalmente, em atendimentos em grupo de familiares ou orientações pontuais em situações específicas. Em relação aos grupos, os profissionais relatam que a participação dos familiares é variável, havendo alguns que aproveitam o grupo para trocar experiências, para receber orientações, e outros que não se interessam ou participam de maneira distanciada. Os familiares participantes da pesquisa consideram que o grupo os ajuda, pois podem perceber similaridades entre as crianças e aprender diferentes formas de lidar com elas.

Então, assim, tenta colocar os pais em grupo de família, porque acho que é muito importante. Por mais que pareça resistente, não ouça as orientações, eu percebo que precisa de muita ajuda e o grupo ele é potente nesse sentido... (GF com profissionais CAPSi).

As orientações ou conversas pontuais são mencionadas pelas equipes de ESF que entendem que elas surtem efeitos positivos nas famílias que, muitas vezes, necessitam desse tipo de intervenção. Os familiares do CAPSi também consideram que esse tipo de conversa individualizadas tem efeitos positivos, pois ajudam a entender melhor a criança e lidar melhor com ela:

Ajuda [as conversas com profissionais] porque me ajuda também. Eu tenho situações muito difíceis e eles me ajudam, não vou mentir pra você. Me ajudam, através delas aqui eu aprendo mais a lidar com ele (GF com familiares).

No entanto, parece frágil a participação efetiva dos familiares na elaboração e modificação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Apesar das diversas estratégias

adotadas pela equipe do CAPSi para que as famílias participem do cuidado, esta parece ter um sentido mais prescritivo.

Ainda, ficamos com a impressão que os familiares foram pouco envolvidos no processo de mudança de modelo de atenção em saúde ocorrido no município desde 2013, o que tem acentuado as disparidades entre equipe e familiares em relação ao cuidado oferecido pelos serviços. Consideramos a possibilidade de os profissionais estarem pouco atentos a essa vertente de seu trabalho, uma vez que podem supor haver uma verdade imanente ou epifânica nesse campo, ou seja, uma verdade conhecida e compartilhada por todos, não sendo necessárias apresentações e discussões acerca dos diferentes modos de atenção à saúde. Entendemos que a participação desses é fundamental no processo de transformação paradigmática na atenção em saúde mental.

Por outro lado, pudemos notar uma relação próxima entre usuários e profissionais, com envolvimento afetivo, interesse, disponibilidade de escuta, elementos indispensáveis na atenção à saúde mental, tal como discutiremos a seguir.

4.3.3 Acolhimento, Vínculo, Escuta e Confiança como Elementos do Cuidado

Entendemos que o cuidado em saúde implica acolhimento das demandas diversas da população por parte dos profissionais dos serviços, que envolve construção de vínculos de afeto e de confiança entre as pessoas e disponibilidade de escuta efetiva às mais variadas situações. A realidade das famílias (e não sua idealização) é a base para a realização do acolhimento.

No campo da saúde, o termo acolhimento tem sido empregado em ao menos três sentidos: no primeiro, refere-se a uma ferramenta operacional de recepção da demanda espontânea tanto para pessoas que procuram o serviço pela primeira vez quanto para usuários ativos no serviço; no segundo, a noção de acolhimento se relaciona ao de ambiência, ou seja, na oferta de espaços físicos propícios ao cuidado; em um terceiro sentido, refere-se a um modo de relacionamento, uma qualificação da relação profissional-usuário em todo seu processo. Analisaremos, a seguir, essas três características, no contexto estudado.

No sentido operacional, para que o acolhimento se efetue, é necessário que as equipes se organizem de tal modo que haja profissionais disponíveis para acolher a demanda espontânea que chega às unidades. O acolhimento universal, como um dos princípios que rege as linhas de ação em saúde mental, define que todo serviço público deve estar aberto a todo aquele que chega, cuja demanda que deve ser recebida, ouvida e respondida (BRASIL, 2005).

No contexto estudado, percebemos que essa organização é priorizada e os profissionais se dividem em escala de plantão para realizar o acolhimento inicial. Na UBS, há sempre um enfermeiro e alguns auxiliares de enfermagem escalados a cada dia para esse fim. Além disso, na agenda dos médicos, há 15 minutos a cada hora direcionados aos atendimentos de demanda espontânea que lhe são dirigidos pela equipe de enfermagem, após acolhimento e avaliação:

Em relação a nossa rotina de trabalho, os pacientes nessa UBS são atendidos tanto por meio de consultas de rotina agendadas quanto por demanda espontânea em situações agudas, quando passam por acolhimento realizado por uma enfermeira (as enfermeiras se rodiziam, havendo uma no acolhimento por dia). Os médicos, dentro de um período de uma hora tem que realizar 3 consultas e um acolhimento (a partir de pedido da enfermeira que identifica necessidade de avaliação médica). No entanto, o número de acolhimentos por dia é variável, geralmente sendo superior a um por hora (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

No CAPSi, as situações que chegam ao serviço pela primeira vez ou sem agendamento prévio são atendidas por profissionais previamente escalados, por período, para

plantão/acolhimento inicial. Além disso, os profissionais tendem a realizar breves conversas com familiares que solicitam fora de atendimentos formais, tal como presenciamos nas observações participantes realizadas:

Fui para sala da recepção e ouvi um pai comentando com profissional sobre dificuldades que teve com o filho que teve um ataque de fúria, mordeu o pai [marca muito forte no braço] e que o pai ficou muito nervoso. Agora já estão melhores um com o outro. Pai comenta sobre mãe não se interessar pelo tratamento. Profissional escuta, orienta pai, que diz precisar de psicóloga também, a procurar atendimento na UBS para ele e, caso não consiga, para avisar na semana seguinte que ela mesma faria um contato com psicóloga da UBS para explicar o caso. Pai pareceu se sentir acolhido pela profissional (anotação em Diário de Pesquisa sobre EP no CAPSi).

Sendo assim, percebemos que a organização dos serviços cria condições para que esse acolhimento se processe no cotidiano dos cuidados em saúde.

No que se refere à ambiência, ou seja, “o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010a, p. 5) não notamos na UBS estudada um olhar voltado a essa preocupação específica à infância. A atividade de arteterapia, por exemplo, é desenvolvida com material levado pela terapeuta, já que na unidade há pouco material direcionado a atividades lúdicas. Já no CAPSi, dada a especificidade de sua população e sua função, existem espaços propícios, onde as crianças podem brincar e se relacionar entre si da forma que lhes é própria. Apesar disso, os profissionais relatam falta de espaço e de brinquedos na unidade. A ambiência é mencionada e discutida como os espaços abertos, onde as crianças circulam - tanto aquelas que esperam por atendimento, quanto as que estão em tratamento intensivo. Presenciamos discussões acerca da oferta de atividades lúdicas abertas nesses espaços, assim como sobre a escala de profissionais para ficarem nesses locais.

Percebemos que as crianças que chegam ao CAPSi tendem a correr para algum tipo de brincadeira, tais como de pebolim e caixa de brinquedos disponível em uma das áreas

externas. Também vimos crianças com material gráfico desenhando, outras usando livros de história para folhear, ler ou conversar com outras pessoas. Tal como afirma WINNICOTT (1975) o brincar tem papel fundamental no desenvolvimento infantil. Assim, consideramos de fundamental importância que sejam oferecidos às crianças espaços de brincadeira nos serviços de saúde, pois isso permite que interajam umas com as outras, que expressem seu mundo interno, seus sentimentos e que se comuniquem.

As crianças participantes da pesquisa se referem ao CAPSi como lugar de brincar. Quando indagadas, todas dizem que vão ao CAPSi para brincar, o que se dá tanto nos espaços abertos quanto nos grupos terapêuticos.

Para brincar, pra conversar (...) brincar de bola, de pebolim, pode brincar de pega-pega, de esconde-esconde, ping-pong (...) brincar de basquete (...) jogar jogo (GF com crianças).

Aquele grupo é para gente, é pra gente ficar brincando com os brinquedos, com os joguinhos (GF com crianças).

Vale dizer que o brincar contribui para o desenvolvimento saudável da criança, tal como discutido na seção 1.2.1 (WINNICOTT, 1975). Nesse sentido, no contexto da saúde mental infantil, oferecer à criança a possibilidade de brincar é dar a ela a oportunidade de se comunicar de um modo que lhe é próprio, de expor e elaborar conflitos, de exercer sua criatividade nesse espaço que é intermediário, entre seu mundo interno e externo. Assim, o brincar tem também o sentido de contribuir para o desenvolvimento saudável.

Não precisa tomar remédio, acho que tem que brincar pra melhorar (GF com crianças).

Alguns de nós acredita que o CAPS representa um espaço de brincar e também um espaço de afeto e de atenção. Isso tudo ajuda essas crianças a experienciarem coisas que não vivem fora do CAPS, e passam a gostar de vir ao serviço (GF com profissionais CAPSi).

Em relação ao terceiro sentido atribuído ao termo acolhimento, que se refere às tecnologias relacionais, as tecnologias leves, conforme conceitua MERHY (2000, 2002),

percebemos sua potência no contexto estudado, ou seja, o vínculo, a proximidade, a afetividade entendidos como parte integrante do cuidado estão presentes no cotidiano do trabalho. Nessa perspectiva, entendemos o acolhimento como similar ao conceito winnicottiano de holding. Mais do que ter profissionais escalados para receber pacientes ou ter ambiência adequada no serviço, o acolhimento se refere a uma postura afetiva, a disponibilidade interna para escutar, sustentar angústias, construir vínculos de afeto e estabelecer um elo de confiança. Implica também a provisão de um ambiente facilitador para as crianças e as famílias, ou seja, um ambiente que forneça proteção e apoio as suas dificuldades.

Tanto no CAPSi quanto na ESF, percebemos um ambiente acolhedor, inclusive na maneira como fomos recebidos como pesquisadores e na relação que os profissionais estabelecem entre eles que podem ser indicativos da potencialidade das equipes em oferecer um *holding* aos usuários, o que não implica, evidentemente, ausência de contradições e conflitos inerentes a todo processo humano. Percebemos capacidade de escuta para acolher demandas variadas, construção de vínculo entre profissionais e população, assim como proximidade afetiva entre profissionais e familiares.

Notamos uma disposição que se apresenta em forma de afeto, sustentação de angústias e escuta que implica uma avaliação de necessidades e possibilidades e oferta de respostas e encaminhamentos.

A gente sempre dá uma resposta, ou um encaminhamento de voltar pra novamente ser avaliado se ele é também um caso de ser levado a UBS, pra ser visto lá, ou às vezes é um caso de deficiência intelectual que não é tratado aqui. Então, a gente sempre tem que dar um encaminhamento no dia (...) “Olha, aguarda nosso contato que pelo menos alguma coisa a gente vai fazer” (GF com profissionais CAPSi).

Assim, consideramos que os serviços tendem a oferecer um ambiente facilitador a população que colabora para que as ações de cuidado se efetivem de maneira resolutiva. O

vínculo e a proximidade são marcantes nos locais estudados, sendo que tanto a UBS quanto o CAPSi funcionam como ambiente acolhedor e facilitador para algumas famílias e crianças.

Na região onde ela mora está sem ACS, mas todas nós acabamos atuando como ACS dela. Quando ela vem aqui, qualquer uma de nós ajuda no que ela precisa. Há um tempo atrás, elas vinham ao posto sem necessidade, apenas como lugar de convivência, para conversar (GF com profissionais ESF - ACS).

Eu me sinto aqui muito bem, eu me sinto bem legal, muito feliz (GF com crianças).

Na UBS, percebemos que especialmente as ACS conhecem muito de perto as famílias que acompanham, sabem de suas histórias, suas dificuldades, seus problemas e tem vínculos consolidados com elas. Vale ressaltar que todas as ACS participantes da pesquisa atuam há mais de quatro anos na função (apesar de terem mudado de área de atuação nesse período) e, esse tempo contribui na construção de vínculos longitudinais com a população. Assim, elas conhecem de perto as famílias, inclusive da área de abrangência umas das outras, quer porque discutem os casos conjuntamente, quer porque cobrem a ausência das colegas, sempre que necessário. Para elas, tal proximidade se dá mais pelo fato de seu trabalho acontecer na intimidade das pessoas, nas casas e nas ruas, do que por serem integrantes da comunidade. Afirmando que como vizinhas conheciam superficialmente as famílias que hoje acompanham.

Nós, ACS, conhecemos a realidade das famílias por estarmos na rua e nas casas. Quem trabalha com PSF que sai pra rua (médicos, enfermeiros, auxiliares, ACS e outros profissionais) tem uma visão diferenciada da comunidade e das dificuldades de cada família. (...) Pensamos que o diferencial da ACS não está em morar na região, mas principalmente no fato de entrarmos nas casas, na intimidade das pessoas e conhecermos suas vidas de maneira próxima (GF com profissionais ESF - ACS).

O elo de confiança que constroem com as famílias também é mencionado como parte importante do cuidado. Assim, as ACS afirmam, por exemplo, que procuram passar essa confiança para a população que atendem em relação aos novos profissionais que chegam à unidade, uma vez que há grande rotatividade deles:

A gente tem que passar confiança. Igual quando os meninos [novos médicos] vieram, a gente recebia tanta resistência de que não queriam sair do [médico anterior]. Tantos, e a gente dizendo, não, eles são bons. A gente não conhecia o trabalho dele, mas a gente tem que acreditar que eles trabalham (...) Um voto de confiança, né, dar uma chance (GF com profissionais ESF - ACS).

Também percebemos vínculo de afeto entre os profissionais do CAPSi, as crianças e as famílias, assim como dos profissionais que desenvolvem oficinas semanais com as crianças e adolescentes no serviço, como os professores de break e de ioga. O sentimento de ser acolhido é corroborado por familiares que afirmam que o CAPSi oferece um conforto ao tomar para si a responsabilidade pelo cuidado da criança:

Aí nós começamos a passar lá no CAPS quando era lá embaixo, aí nós sentimos, vamos dizer assim, em conforto, porque ele começou a passar pelo fonoaudiólogo, começou a passar pelo psiquiatra (...) o trabalho aqui, vamos dizer que é satisfatório. Eu acho que tem atendido o nosso, pelo menos no nosso ponto de vista, porque foi o único que trouxe essa, o único que abraçou, porque no fonoaudiólogo que nos passamos pelo convênio não tinha essa, ele não tinha interação com o caso dele. Era simplesmente ir lá, passava, aquela “sessãozinha” de meia hora e ele ia embora e cada um com seu problema e tchau e falou e vai embora pra sua casa. E aqui não, aqui as pessoas parecem que são mais ligadas (GF com familiares).

Esse conjunto de elementos compõe um ambiente facilitador, tal como conceitua Winnicott, que contribui para que o desenvolvimento do indivíduo (FORENZA NETO, 1993). Assim, o acolhimento, tal como discutido, é uma forma de cuidado que coaduna com a atenção psicossocial, pois promove uma atenção singularizada, dirigida as pessoas e seu contexto e envolve uma clínica do sujeito, voltada para os significados, afetos e singularidades de cada pessoa (BEDRIKOW e CAMPOS, 2011).

Apesar de termos percebido um ambiente que tende a ser acolhedor nos serviços, houve falas de familiares indicando faltas e falhas neles. Nesse sentido, consideramos que além dos problemas objetivos da rede de atenção discutidos ao longo do trabalho, há elementos subjetivos nas relações humanas que podem contribuir ou não para a formação de

vínculos de afeto, consolidação de sentimento de confiança, entre outros. Porém, não aprofundaremos essa discussão, pois dada sua peculiaridade, escaparia de nossos objetivos.

4.4 PROCESSOS DE TRABALHO E PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL INFANTIL

A reorganização dos processos de trabalho é entendida como um dos principais desafios a ser enfrentado no campo da atenção em saúde (MARQUES, 2010) ao se ampliar o objeto de cuidado, para além da doença, enfatizando o indivíduo e suas complexas necessidades. Nesse âmbito, a organização das relações institucionais inclui a participação de diversos atores nas discussões e decisões nos serviços, a autogestão e cogestão como modelo gerencial, a interdisciplinaridade de saberes e práticas nas ações de cuidado (COSTA-ROSA, 2000, 2003).

No presente subcapítulo, discutiremos a territorialização como modelo organizacional dos serviços de saúde do município de Mauá e suas implicações no cuidado, as contradições nos processos de trabalho, especialmente, no conflito entre quantidade de procedimentos e qualidade do cuidado e, por fim, a relação interna entre os profissionais dos serviços pesquisados.

4.4.1 A Territorialização como Modelo Organizacional dos Serviços

A organização dos serviços de saúde por território – o município de Mauá é dividido em cinco territórios de saúde - contribui para o estabelecimento de atenção focada nas necessidades da população que vive em uma determinada região, levando em conta os recursos nela existentes, o que vai ao encontro dos princípios de regionalização e de integralidade do SUS.

Assim, objetivando viabilizar o desenvolvimento de ações integrais, compartilhadas, territoriais e em rede, tal como se preconiza em diretrizes do SUS, diversas ações são tomadas. Destacaremos aqui os dois tipos de reuniões mensais entre profissionais dos diferentes serviços da cidade que ocorrem em cada um dos territórios de saúde do município: reunião de Educação Permanente e reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica⁴⁹. Percebemos que esses espaços, de periodicidade mensal, contribuem para a articulação entre os serviços e viabilizam a discussão de situações locais, de casos comuns, temas de saúde que afetam a todos. De acordo com RODRIGUES e ARAÚJO (2003), o trabalho articulado entre os diversos equipamentos e profissionais favorece a construção de vínculos solidários e de corresponsabilização entre serviços, profissionais e população.

A existência desses dois espaços fixos de articulação cria condições primeiras para uma transformação paradigmática na atenção em saúde, tendo em vista o trabalho em rede, o compartilhamento dos casos, a corresponsabilização, a descentralização das ‘especialidades’, noções integrantes da atenção psicossocial. Presenciamos discussões de caso com grande envolvimento de profissionais de diferentes serviços, proximidade entre os profissionais, conhecimento sobre o trabalho um do outro. No que se refere à saúde mental, houve um caso discutido em diversos cenários da pesquisa, devido à sua gravidade e à necessidade de mobilização de diferentes atores em seus cuidados, em que notamos grande envolvimento de diversos profissionais e serviços:

O PTS da adolescente foi construído coletivamente entre CAPS, CER e AB e há reuniões constantes para discutir a situação da criança que passa o dia em casa, presa em um dos cômodos por ser muito agressiva e de difícil contenção (...) o CER a atende semanalmente, dentro de uma perua que fica andando enquanto os profissionais desenvolvem atividades com ela. A menina não consegue ficar dentro dos serviços e atividades, é muito agitada e quer fugir. Então, a estratégia da perua foi criada para que a aproximação e o vínculo se tornassem possível, o que tem surtido efeito (anotação em Diário de Pesquisa).

---

⁴⁹ Os participantes dessa reunião são profissionais dos CAPS referências do território em questão, profissionais do Núcleo Saúde Mental na Atenção Básica, apoiadores em saúde e profissionais das equipes de ESF - porém, nas reuniões que participamos, foi rara a presença desses profissionais, o que indica dificuldade de integração das equipes e das ações em saúde mental na saúde geral.

Além disso, esses dois espaços de articulação contribuem para o estreitamento da relação e do vínculo entre os trabalhadores dos diferentes serviços de um determinado território. Além das discussões formais de casos durante as reuniões, percebemos trocas de informações e pequenas discussões de casos nos intervalos para café e nos horários de início e término dos encontros.

Assim, os diferentes profissionais participantes das reuniões - da Atenção Básica e da atenção especializada – tem uma visão global do sistema de saúde local e operam em uma lógica de compartilhamento de ações, contribuindo para o cuidado integral e ampliado. Vale dizer que a questão que se coloca em relação às especialidades não é sobre a existência de serviços especializados, os quais podem ser necessários para atender as demandas da população, mas a lógica em que esses estão mergulhados, se como especialidades em uma relação hierárquica e distante dos demais, ou sob a lógica da corresponsabilização e compartilhamento.

Comentários de profissionais sobre as vantagens da proximidade entre eles que esses espaços permitem, no que diz respeito à atenção à saúde da população, tais como “é muito melhor ligar pra alguém que eu conheço em outro serviço”, são frequentes. As discussões e os combinados feitos entre pessoas que se conhecem mutuamente tendem a ser mais resolutivos.

Além desses espaços fixos para discussão de casos, presenciamos situações em que os profissionais combinam reuniões específicas a partir de necessidades pontuais. Como exemplo disso, participamos de uma reunião para discussão sobre uma família, composta por mãe, usuária do CAPS adulto e dois filhos, sendo o mais novo, atendido pelo CAPS infantil. A mobilização para a discussão desse caso partiu dos profissionais de referência da mãe e do filho, do CAPSi e do CAPS adulto. Ocorreu no CAPSi e contou com a participação de uma psicóloga do CAPS adulto, uma psicóloga e uma psiquiatra do CAPSi, duas apoiadoras em

saúde do território de residência deles. Profissionais do CRAS que participariam dessa reunião telefonaram um pouco antes do horário marcado, justificando a falta por problemas no serviço. Tal ausência, da Assistência Social e de outros setores, é apontada pelos profissionais como problema recorrente na atenção às famílias e será discutida na seção 4.5 deste trabalho.

O arranjo organizacional de equipes de referência é adotado pelos serviços pesquisados, o que propicia o acompanhamento integral e longitudinal das pessoas, assim como a construção de relações de vínculo e de afeto entre trabalhadores e usuários, ampliando, de acordo com FURTADO e MIRANDA (2006) e CAMPOS (2007), as possibilidades de cuidado. Esse arranjo é próprio da lógica de atuação preconizado na ESF, em que cada equipe de ESF (equipes de referência) é responsável pela atenção integral e longitudinal da população residente em determinada região geográfica.

Já nos CAPS em geral, é comum a adoção da organização dos profissionais a partir da lógica referência, contudo não necessariamente ocorre mediante recorte territorial, tal como nos CAPS de Mauá. Há locais em que os profissionais de referência são definidos a partir dos laços iniciais de vínculo estabelecidos entre usuários e profissionais, outros, a partir de uma divisão quantitativa aleatória ou, ainda, há locais em que essa divisão ocorre com base nas atividades terapêuticas em que o usuário se insere. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), aponta que 49% dos CAPS trabalham a partir do técnico de referência, 31,8% com mini-equipes de profissionais como referência, enquanto apenas 3,8% utilizam a lógica de referência por região de moradia dos usuários. A mesma pesquisa indica que a referência por área geográfica, tal como acontece nos locais pesquisados, amplia a possibilidade de trabalho junto ao território.

Assim, no caso do CAPSi estudado, os profissionais se dividem em miniequipes de referência por território, ou seja, cada miniequipe acompanha os casos de criança que residem

em uma determinada área geográfica, o que tende a propiciar maior proximidade e vínculo entre profissionais de referência e usuários, entre profissionais do CAPSi e dos demais serviços do território. A fala a seguir ilustra essa ideia, sobre uma criança que chega ao CAPSi pela primeira vez e é recebida pelos profissionais que estavam de plantão para acolhimento inicial:

[Após o acolhimento inicial] *falamos com a psicóloga que é referência do território onde ele mora, pois as pessoas do território têm mais informações sobre os possíveis recursos da região. Então, combinamos um novo atendimento, apenas com a criança, que foi realizado pelas duas profissionais que o acolheram no primeiro dia, mais a psicóloga do território onde ele mora (GF com profissionais CAPSi).*

Desta forma, a criança acompanhada no CAPSi segue sendo cuidada pela ESF, em uma perspectiva de corresponsabilização, compartilhamento e territorialidade de ações. Apesar de essa ser a lógica prescrita e presente nos discursos, há situações cotidianas que tensionam tanto esse entendimento quanto essa prática, levando a uma divisão de tarefas típica de um modelo de atenção segmentado. Duas questões principais aparecem como conflitantes: (1) as necessidades da população em contraponto às possibilidades dos profissionais e dos serviços; (2) a lógica da produtividade (quantidade de procedimentos/atendimentos) em contraposição à lógica da qualidade do cuidado (acolhimento/vínculo), que discutiremos a seguir.

4.4.2 A Lógica da Produtividade x A Lógica do Acolhimento

A contradição entre a lógica da produtividade e a lógica do cuidado ampliado se apresenta de maneira intensa, tal como pôde ser evidenciado no contexto da pesquisa. Utilizaremos como analisador dessa situação problemática o fator tempo, sintetizado na fala

de um dos participantes que afirma que “o tempo é inimigo do cuidado”. Entendemos que o tempo seja um analisador, pois revela uma estrutura organizacional conflitante, em especial na AB, em que a lógica quantitativa e a lógica da escuta e do acolhimento se tensionam, tal como discutiremos ao longo deste capítulo. O analisador tempo traz um importante elemento para análise dessas dimensões contraditórias.

Na Atenção Básica, a lógica da produtividade se apresenta na imposição de metas de consultas e procedimentos - número específico de consultas ou visitas/dia por profissional, que entra em conflito com a lógica do cuidado singular, oferecido a partir das necessidades das famílias, que preconiza a oferta de escuta qualificada, olhar integralizado ao paciente, acolhimento e construção de vínculo.

No cotidiano da ESF, uma angústia vivida pelos profissionais está relacionada ao tempo das consultas - são estipulados 15 minutos por consulta - que os impede de fazer uma investigação aprofundada sobre a pessoa e a família. Nesse sentido, afirmam que o tempo é inimigo do cuidado, sendo que, por vezes, conseguem oferecer um cuidado próximo do modo psicossocial e, outras, operam de maneira fragmentada.

Um problema importante que discutimos é relacionado ao curto período que temos nas consultas médicas, apenas 15 minutos por consulta, especialmente quando se refere aos problemas psicológicos, pois entendemos que essas situações requerem mais tempo para perguntarmos, entendermos o problema e darmos possíveis orientações. Porém, essa conversa se torna inviável em apenas 15 minutos e com a pressão dos próximos atendimentos. Assim, consideramos que o tempo é nosso grande inimigo no cotidiano (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

No que se refere à saúde mental, relatam que apesar da orientação prescrita ser do desenvolvimento de discussão de casos com a participação da equipe ESF e dos profissionais do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica, bem como da realização de consultas compartilhadas, na lógica do apoio matricial, a urgência do tempo os leva a nem sempre seguir esse modelo. Muitas vezes, acabam por discutir o caso muito brevemente com os profissionais de saúde mental ou por encaminhar a esses de um modo apressado que não

permite a efetivação do compartilhamento e da troca de saberes, fundamentais na proposta de apoio matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007; DIMENSTEIN et al, 2009). A dificuldade em conciliar agendas para realização de consultas compartilhadas entre profissionais da ESF e psiquiatra ou psicóloga também foi apontada como empecilho no dia a dia do trabalho, devido a grande demanda por atendimentos.

Vale dizer que a lógica da produtividade – rendimento máximo no menor tempo possível - encontra correspondência na forma de funcionar no mundo contemporâneo. Nesse sentido, a urgência é marcante em nossas vidas, nos sendo exigidas ações imediatas e instantâneas todo o tempo (COIMBRA e NASCIMENTO, 2008), levando a uma valorização da rapidez como eficiência. Acrescenta-se a isso, a lógica cultural baseada no binômio problema-solução que ao mesmo tempo demanda rapidez e respostas pontuais. Na atenção a saúde, isso se apresenta na procura da população aos serviços, geralmente, com uma queixa específica na expectativa de uma conduta que irá eliminar o problema. Nos GF realizados na AB, esse tema foi discutido a partir da ideia de que esse é o modo de funcionar da sociedade brasileira:

Porque eu acho que na verdade a educação da saúde do Brasil é essa. Até no convênio, você vai, o médico fala “o que tá acontecendo?”, “ah, eu tô com sinusite”, Tá bom, raio-x, antibiótico e tchau. (...) Não sei se é questão do tempo ou do costume que tem de que o médico só vai olhar praquela questão que eles vão falar, o mais preciso, que assim eles vêm porque eles têm uma questão do fungo do pé, eles falam do fungo do pé, não falam de outro problema (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

O paciente, ele já vem aqui com um objetivo, eu quero minha medicação de pressão. Eu não quero você fica falando da dieta hipossódica, não. Não quero que você fale pra’ mim’ não tomar refrigerante, porque eu vou tomar, então o costume deles é o que? Você me dá o que eu quero, eu quero a minha medicação, eu não quero orientação (...) Aí a mãe vem com a criança, ‘então, olha a garganta dele porque eu tenho cinco pra levar na escola’. ‘Calma, mãe, espera aí que a gente tem que avaliar’. Então, é... o costume do brasileiro é esse, né. Entendeu? (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Os participantes da pesquisa discutem que esse modo de funcionar pode estar relacionado a uma determinada concepção do processo saúde-doença e à lógica social predominante. No entanto, não podemos deixar de considerar as dificuldades impostas pela grande demanda a população frente às possibilidades dos profissionais do serviço, também mencionadas pelos participantes da pesquisa. Assim, ainda que os profissionais entendam a importância do olhar integral e do cuidado ampliado, muitas vezes, são impelidos a atuar de outra forma, devido à falta de tempo ou excesso de atendimentos por dia. Esse conflito é relatado enfaticamente pelos médicos do Programa Mais Médicos, no caso dos participantes da pesquisa, cubanos, que referem que essa tem sido uma grande dificuldade para eles na atuação:

Tem uma consulta a cada 15 minutos uma consulta, eu termino fazendo, o que você tem, porque você veio. Por costume de formação que nós temos é de fazer de outro jeito, mas também ficamos com o tempo curto. Então atrapalha o horário do almoço, os pacientes ficam incomodados, porque estão esperando (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Chamamos atenção para o fato de que esses profissionais cubanos, formados em seu país em uma perspectiva de medicina familiar, encontram dificuldade na atuação tanto pela falta de tempo gerada pela grande demanda de atendimento, quanto pela lógica cultural hegemônica da queixa-conduta. Se por um lado, tiveram que encurtar a consulta e diminuir a profundidade da investigação, por outro, percebem mudanças nos pacientes que acompanham que conseguem entender e valorizar a forma de atendimento que eles propõem.

Temos que um pouco nos adequarmos ao meio, porque não dá para fazermos igual, mas os pacientes também pouco a pouco eles já estão, eles estão gostando, que não tem que ser como eles querem e como sempre foi. Tem a possibilidade de ser de outro jeito (...) Então, nos também colocamos nossa posição, porque também vai fazer, eu sempre falo “fazer bem não é fazer do jeito que o paciente quer”. Fazer o certo não é fazer como ele quer (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

No CAPSi, essa contradição entre o tempo e a qualidade do cuidado também está presente, embora não se traduza em uma cobrança intensa e explícita por produtividade, como

metas de procedimentos ou consultas/mês, tal como ocorre na Atenção Básica. A tarefa de acolher integralmente as crianças e famílias, de construir vínculos de afeto e confiança, de oferecer escuta, de fazer contato com a rede, de realizar procura ativa daqueles que deixam de comparecer ao serviço, dentre outras são predominantemente valorizadas no serviço. Contudo, a dificuldade de oferecer às crianças o cuidado que elas necessitam tem gerado um sentimento de impotência e sobrecarga nos profissionais.

A gente tenta [dar conta das necessidades da população] (...) Se precisar de um atendimento individual a gente não tem horário pra isso. (...) Eu acho que a gente tem que dar conta de muitas outras questões que não são da saúde e que não são pertinentes do CAPS em si, e aí pros casos que realmente que a gente teria que, deveria fazer um investimento maior, a gente não tem pernas (...) E às vezes não tem recurso, não tem a sala, não tem parquinho (GF com profissionais CAPSi).

Assinalamos uma variável importante na dificuldade de responder às necessidades de saúde da população que é a escassez de serviços e profissionais na rede. Há uma clara insuficiência de CAPSi no município. De acordo com a portaria 3088, republicada em 2013 (BRASIL, 2013d), o CAPSi é indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil, o que nos leva a concluir que em um município com cerca de 450.000 habitantes, como é o caso de Mauá, a existência de apenas um CAPSi está abaixo do necessário.

No entanto, embora sejam necessárias condições estruturais mínimas para se processar o cuidado na lógica da atenção psicossocial, não há correspondência direta entre a presença de serviços e a lógica de cuidado. Esta última se relaciona a diversos fatores, como à concepção do processo saúde-doença e dos meios de intervenção. No CAPSi estudado, percebemos o tensionamento entre duas lógicas conflitantes, a perspectiva do modo psicossocial na atenção à saúde e a lógica da produtividade, hegemônica na sociedade.

O sentimento de sobrecarga e de pressão para atender toda a demanda da população é intensificado pelo desamparo que os profissionais ‘da ponta’ sentem em relação à gestão em saúde. Nesse sentido há, por um lado, uma coparticipação nos processos organizativos da

rede de serviços e, por outro, um sentimento de verticalidade frente a algumas exigências impostas aos profissionais, o que discutiremos a seguir.

4.4.3 A Horizontalidade e a Verticalidade das Relações Profissionais

A partir dos espaços pesquisados, notamos a presença de uma perspectiva de cogestão na organização e nos processos de trabalho dentro de cada serviço. A horizontalidade das relações, a troca de saberes entre diferentes profissionais, a participação dos trabalhadores de diversas formações nas discussões e na atenção em saúde, a interdisciplinaridade na atenção em saúde foram vistas nas variadas ações das equipes.

No CAPSi, observamos um trabalho em equipe efetivamente operado e uma horizontalidade nas relações interinstitucionais. Presenciamos decisões internas discutidas e tomadas de maneira coletiva, tanto em reuniões de equipe, quanto em momentos de intercorrências, frequentes no cotidiano do CAPSi. Presenciamos, por exemplo, discussão da equipe sobre a distribuição de profissionais para plantão e ambiência, visando cobrir férias ou licença de colegas, discussão de casos específicos por toda equipe, extrapolando os limites das miniequipes, em uma perspectiva horizontal de troca de saberes e descentralização de poderes. A participação de todos os trabalhadores do serviço na composição das mini-equipe, nas reuniões da equipe, nas oficinas e grupos - recepcionista, auxiliar administrativo, estagiários, entre outros – indicam a horizontalidade das relações e a transversalidade no grupo. Ainda, o clima de abertura para que todos se posicionem, a exposição de posições

contrárias, a abertura para conversar sobre as diferentes opiniões e posições coincide com a ideia de grupo sujeito⁵⁰, tal como discutido por HESS (2007) e BAREMBLITT (2002).

No que se refere ao trabalho em equipe, os profissionais relatam que procuram uns aos outros para pequenas discussões de casos, para pensarem encaminhamentos e condutas pontuais, em casos urgentes. Há uma interdependência presente no cotidiano do CAPSi, tanto para compartilhamento de responsabilidades, como também como uma forma de ter apoio na condução dos casos e nas decisões tomadas.

Geralmente eu faço sozinha [plantão para acolhimento inicial], mas aí eu saio procurando alguém “ai gente eu tô com dúvida aqui” Antes de liberar o paciente, de dar algum encaminhamento eu sempre peço uma opinião (GF com profissionais CAPSi).

Estão no cerne da proposta da ESF - cuja cobertura em Mauá se aproxima dos 75% - o trabalho em equipe, o desenvolvimento de ações territoriais e a proximidade com as comunidades e famílias. A ESF tem potencialidade instituinte na atenção em saúde, viabilizando transformações no modelo assistencial hegemônico médico-centrado, contribuindo para aprofundar e consolidar princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (BRASIL, 2011). A proposta da ESF de um cuidado centrado nos sujeitos e em seus modos de existir contribui para a produção de atenção integral à população encontra correspondência no modo de atenção psicossocial.

Na UBS estudada, as relações intraequipe indicam horizontalidade, as equipes trabalham de modo articulado, de tal forma que todos os profissionais são participantes ativos na atenção em saúde. Há grande potencialidade no trabalho das ACS que discutem casos com grande conhecimento e envolvimento em suas equipes, assim como apoiam umas as outras e compartilham pequenas discussões de caso que extrapolam as suas próprias equipes de ESF.

---

⁵⁰ Os conceitos de transversalidade, grupo sujeito e grupo sujeitado são de Guattari, conforme discutidos na seção 3.1 desse trabalho. O grupo sujeito é aquele “capaz de gerar suas próprias leis para realiza-la e de construir a si mesmo durante o processo” e o grupo sujeitado é “um grupo alienado em objetivos, procedimentos, estruturas e leis que se lhe impõem desde outros segmentos ou desde a totalidade social” (BAREMBLITT, 2003, p. 153).

Assim como no CAPSi, entendemos que as equipes se configuram como grupos sujeitos (HESS, 2007; BAREMBLITT, 2002), protagonistas de suas ações.

Contudo, estão presentes também diferenças pessoais entre os trabalhadores em todo o cenário pesquisado, havendo pessoas mais engajadas em procurar saídas para as dificuldades e efetivar mudanças e, outras, que se mantêm em posição queixosa, frente aos obstáculos que se deparam cotidianamente. Como exemplo disso, citamos as dificuldades e desafios na implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental, vivenciados pelos profissionais ora como desafiadores, ora como paralisantes.

O grupo estava bastante envolvido na discussão e interessados em mudanças, embora alguns expressassem mais a possibilidade de protagonizarem mudanças do que outros que se mantinham em posição mais queixosa (anotação em Diário de Pesquisa na reunião entre Saúde Mental e Atenção Básica).

Além disso, apesar de as relações internas nos serviços pesquisados serem marcadas pela horizontalidade e cogestão, há conflitos presentes nas relações extra serviços. Com relação à implantação das mudanças na RAPS pela gestão, há uma queixa de não participação dos profissionais dos serviços, sendo sentida por eles de modo impositivo. Conforme aponta FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS (2009), pode haver um descompasso entre o processo de mudança da gestão e a efetivação da mudança na ação dos trabalhadores nas práticas cotidianas, o que ocorre possivelmente porque a mudança nas ações dos trabalhadores não se reduz às mudanças na gestão.

As equipes relatam situações em que se sentem impelidas a fazer algo de que discordam, sem que tenha havido discussão conjunta para definição, o que leva a um sentimento de frustração dos trabalhadores. Como exemplo disso, houve o caso de um menino que chegou ao CAPSi com grande risco social, porém sem justificativa, de acordo com a equipe, de acompanhamento intensivo no serviço. No entanto, o garoto permaneceu frequentando o CAPSi durante alguns dias a partir de um ‘cumpra-se’ da gestão municipal.

Nesse caso, a equipe relata que tem ‘autonomia entre aspas’ para tomar decisões. Vale ponderar, entretanto, que a emergência de certas situações, pode tornar dificultosa uma discussão que anteceda os acontecimentos, sendo que a possibilidade de discussão, ainda que a posteriori, pode indicar a construção de um caminho propício para a horizontalidade dessa relação.

O caráter instituinte da auto-gestão e cogestão se contrapõe à instituída heterogestão, forma de funcionamento típico do modo de produção capitalista que rege a sociedade contemporânea (COSTA-ROSA, 2012). No entanto, no campo da saúde, esse aspecto vem sendo debatido e transformado desde o início dos processos reformistas, tanto da Reforma Sanitária quanto da Reforma Psiquiátrica, o que não exclui as dificuldades que se apresentam. A participação da população no planejamento, gestão e controle contribui para essa transformação.

No CAPSi estudado, apesar de haver um conselho gestor, com reuniões mensais, composto por profissionais e familiares, a participação dos últimos é bastante tímida. Como estratégia atual, as reuniões do conselho gestor têm sido marcadas em horário posterior a alguma atividade familiar que costuma mobilizar maior número de pessoas, como por exemplo, comemoração dos aniversariantes do mês. Os profissionais do serviço comentaram que na reunião que aconteceria na semana seguinte, programaram um piquenique com as famílias e uma Oficina de Talentos. Dessa forma, espera-se contar com a participação dos presentes na reunião do conselho, para apresentar o órgão, desconhecido para alguns familiares, e incentivar sua participação.

No GF com familiares, uma das mães, membro do Conselho Gestor comenta sobre a falta de participação e envolvimento dos familiares nesse importante dispositivo. Os participantes do grupo não sabiam o que era o conselho, essa mãe explica e aproveita para convidar a todos a participar da reunião que ocorreria nos próximos dias.

O que eu peço, o que eu ando pedindo é que assim, como q gente vê a dificuldade na nossa criança, a gente continuar vindo, tentar vir na reunião do conselho e exigir isso (...) eu continuo insistindo, mas eu to sozinha (GF com familiares).

Na Atenção Básica, sabemos da existência do Conselho Gestor, porém não obtivemos, na presente pesquisa, informações sobre seu funcionamento.

4.5 ARTICULAÇÕES ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE E INTERSETORIAIS

Apesar da proximidade entre as equipes de saúde no planejamento e na execução das ações de cuidado, em uma perspectiva territorial, tal como relatado na seção 4.4, há dificuldades na articulação com alguns serviços de saúde e, principalmente, com a rede intersetorial.

4.5.1 Facilidades e Dificuldades no Setor Saúde

Nos GFs realizados, os participantes comentam sobre sucessos e fracassos nas articulações com os demais serviços de saúde que variam de um local para o outro e dependem da visão e expectativa que um serviço atribui ao outro. Embora haja proximidade e reuniões mensais entre saúde mental e Atenção Básica, como mencionado no item 4.4, há pouca participação dos profissionais que compõem a equipe básica de ESF (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde) nessas reuniões. Além disso, o contato entre eles e os profissionais do CAPSi é raro e tende a ocorrer em situações muito específicas via telefone, por intermédio dos profissionais do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica ou, ainda, via ficha de encaminhamento, do tipo referência e contra-referência. Alguns trabalhadores da Atenção Básica nunca foram aos CAPS do município e não tem clareza sobre sua proposta de trabalho. Assim, apesar de importantes avanços na articulação entre a saúde mental e a AB, assim como na incorporação de ações de saúde mental na AB, ainda há desafios a serem enfrentados.

Se a Atenção Básica não tá dando conta, vamos solicitar a presença do CRAS, do CAPS e do CER, entendeu? Então a gente tem que fazer uma fala só, pra gente ver como vai finalizar esse caso. A gente tem que ter alguma solução pra isso. Se a Atenção Básica não tiver conseguindo, entendeu? Então, a gente tem que solicitar ajuda das outras regiões aí, vamos dizer (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

Exemplificam com situações pontuais, nas quais ocorrem discussões de casos conjuntas, como a situação de uma criança em que foram convocados para reunião os profissionais do CAPSi, da ESF da região de moradia da família, do Centro Especializado de Reabilitação (CER) e do abrigo, onde a criança vive atualmente. Nesse caso, pensaram e elaboraram estratégias articuladas entre todos os envolvidos.

Os serviços públicos de saúde mencionados na pesquisa como participantes do cuidado das crianças com problemas de saúde mental foram o CER, o Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CRSMCA) e o setor de psiquiatria no hospital geral. Foram referidos também profissionais particulares (do convênio), serviços de saúde de municípios vizinhos, tais como Hospital da Universidade do ABC, Hospital Mario Covas e organizações não governamentais (ONGs), como a Associação de Amigos do Autista (AMA), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência de Ribeirão Pires (APRAESP).

Há muitas dificuldades no trabalho conjunto e nos encaminhamentos para o CER do município. Durante o período que ficamos em campo, fomos informados que o serviço, que era da Secretaria de Educação, passaria a ser dividido com a Secretaria de Saúde. Depois de alguns dias, soubemos que seria apenas da Saúde, mas a resposta frequente acerca do serviço era que eles não recebiam casos novos porque estavam em processo de reformulação.

Não existe [compartilhamento de cuidado em casos de autismo], porque tem alguns casos até que a gente tem uma dúvida, se é mesmo uma criança autista, mas agora com o TEA tão grande, tão amplo assim, eles acabam abrangendo mais coisas, mas às vezes, tem uma deficiência intelectual tão marcante que tá funcionando como um autista, mas o que é mais grave é a deficiência

intelectual. Ele seria um caso pra ser encaminhado pro CER. Encaminhado está, mas continua aqui porque ainda não saiu, não foi chamado... Ou então continua em lugar nenhum. Continua com a mãe só, porque a gente acha que não é daqui, o CER não chama, e fica perdido (GF com profissionais CAPSi).

As famílias também afirmam dificuldades com relação ao CER. Esse serviço funciona no mesmo endereço e com o mesmo quadro profissional do extinto CEMEI (Centro Municipal de Educação Inclusiva). Não há clareza para os participantes a diferença entre um serviço e outro, sendo que fica a impressão de se tratar apenas de uma mudança nominal. Alguns familiares contam que não é possível estar inserido em atividades do CAPSi e do CER ao mesmo tempo, sendo necessário escolher se a criança seguirá tratamento em um ou em outro serviço. Há uma parceria entre o CER e um serviço que realiza equoterapia em Santo André, porém, segundo alguns familiares, é necessário se desligar do CAPSi e iniciar acompanhamento no CER para conseguir inserção na equoterapia. As famílias que mencionaram esse problema, o vivenciaram há alguns anos, não sendo possível saber como isso ocorre atualmente, embora eles afirmem que essa regra permanece.

Você tem que escolher. Ou você trabalha com a Saúde ou você trabalha com a Educação. Pra “mim” passar lá eu tinha que tirar ele daqui. É complicado, pra que isso, né? (...) Inclusive a fono de lá, quando eu fiz a entrevista, ela falou assim, “eu tenho vaga, só que eu não posso pegar seu filho, a não ser que você tire ele do CAPS”. Aí eu achei um absurdo, porque deveriam trabalhar juntos (GF com familiares).

Com relação ao CRSMCA, os profissionais referem bom contato com a médica neurologista que lá atua, porém não foram mencionados os outros profissionais do serviço.

Acho que o único contato que a gente faz é com a dra. mesmo [neurologista infantil do CRSMCA]. Que até que é legal... Que também tem encaminhado alguns casos pra cá pra avaliação. Mesmo os que ela tem dúvida, assim, pra fechar um diagnóstico (...) eu acho assim que é importante esse contato nosso com ela porque ela ouve a gente, ela assim, ela leva em consideração as nossas falas, a gente faz muita troca, né, em relação às crianças e às vezes consegue acertar algumas coisas até de medicação. Às vezes a mãe não fala lá, mas a mãe fala aqui pra gente, daí a gente consegue conversar e passar pra ela o que a mãe trouxe e acho que é muito válida essa troca (GF com profissionais CAPSi).

Chama atenção a participação de profissionais particulares (“do convênio”) na atenção em saúde das crianças. Segundo os participantes da pesquisa, muitas crianças iniciam o tratamento no convênio e depois dão continuidade no SUS, porém há algumas que fazem tratamento nos dois contextos – SUS e convênio. Como exemplo disso, foram mencionadas crianças que fazem acompanhamento fonoaudiológico ou com neurologista do convênio e fazem atendimento em grupo no CAPSi. Essas ações parecem ocorrer de modo desarticulado, sendo que no lugar de serem complementares, tendem a ser conflitantes, como discutido anteriormente.

Ah, mas tem muitos que às vezes vêm pelo convênio também com esse diagnóstico já. E aí uma vez que passou no convênio, sabe que vai ter que fazer um acompanhamento, aí eles procuram o SUS, né. Tem muito, às vezes fica com o neuro do convênio e os demais técnicos é do SUS (GF com profissionais do CAPSi).

4.5.2 A Urgência da Intersetorialidade

O princípio da intersetorialidade, no campo da atenção à saúde mental infantil, se impõe como única condição para o enfrentamento dos complexos problemas envolvidos no cuidado de crianças. Já nas primeiras propostas de construção de uma política pública direcionada à infância, no início dos anos 2.000, a intersetorialidade foi destacada como princípio fundamental na organização da rede de atenção (COUTO e DELGADO, 2010).

Apesar disso, no contexto estudo, a rede ampliada de atenção à criança é muito frágil e o trabalho em rede intersetorial se apresenta como um difícil desafio a ser enfrentado. No que se refere à rede ampliada, os serviços de outros setores mencionados pelos participantes da pesquisa foram o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), voltado principalmente para a questão da violência, os Centros de Referência de Assistência

Social (CRAS) que oferecem serviços sociais, inserção em cursos, mas com pouco trabalho voltado ao vínculo familiar no território, o Conselho Tutelar, o abrigo municipal, as escolas municipais (Ensino Infantil) e estaduais (Fundamental I e II) e as ONGs. Dentre elas, foram mencionadas a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Mauá (APAE), a Associação Estrela Azul, e a Associação de Prevenção, Atendimento Especializado e Inclusão da Pessoa com Deficiência de Ribeirão Pires (APRAESPI), como instituições que participam da atenção à infância.

A carência de recursos na cidade de Mauá, a falta de serviços, de profissionais, de espaços de lazer e cultura, de ações sociais voltados à população são repetidos pelos profissionais e familiares como problemas vividos cotidianamente.

Pensamos que a falta de recursos da Assistência Social, de Lazer e Cultura, típica da cidade de Mauá, seja um grande problema que enfrentamos. Atualmente há quase nenhum serviço que oferece atividades para a criança, lembramos apenas do Estrela Azul [ONG], que oferece algumas atividades, porém com poucas vagas. Por esse motivo, muitas crianças têm apenas a escola como lugar de brincar e expor seus sentimentos e dificuldades, inclusive as familiares. Percebemos que a cidade de Mauá carece de praças, de lugares para as crianças brincarem (GF com profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, psicólogo).

Além da escassez de serviços, há uma precarização de recursos humanos e materiais nos existentes. Nesse sentido, os profissionais do CAPSi referem que são convocados a responder às carências do município e acabam por atender crianças que não deveriam estar no serviço, aumentando a sobrecarga de trabalho e deixando de oferecer às crianças um cuidado ampliado e articulado com a rede.

Pensamos que outros locais do território precisam dar esse suporte, mas carecemos de lugares desse tipo na cidade, e muitas situações que não precisariam, acabam ficando no CAPS (...). Se tivesse pra onde encaminhar, não é que quer abraçar tudo, ah então precisa de fisio, precisa disso, precisa daquilo, então vamos fazer aqui. Não, mas pra onde você encaminha? Olha tem questões pedagógicas muito importantes eu tô observando isso. Eu não sou pedagoga, não tem pedagoga aqui. Ah então vou encaminhar pra onde mesmo? Não tem referência de lugar (GF com profissionais CAPSi).

A situação de vulnerabilidade vivida pela população do município, as dificuldades socioeconômicas, os problemas familiares indicam a necessidade de se desenvolverem ações intersetoriais.

A maioria das famílias das crianças que atendemos têm muitos problemas sociais, muitos pais com transtornos mentais, problemas com drogas, presos, pais que abandonam os filhos ou que não conseguem colocar limites para as crianças e essas situações influenciam no comportamento infantil, inclusive na agitação das crianças (GF com profissionais CAPSi).

Em relação à Assistência Social, os participantes da pesquisa referem a existência de um CREAS e alguns CRAS na cidade, porém com pouca parceria com os serviços de saúde em que atuam, devido a escassez de profissionais frente a demanda:

Existe os CRAS, existe o CREAS que só tem um CREAS que é dividido pra atender criança e idoso, violência da mulher, muito poucos funcionários pra atender o município inteiro e eles não tem com quem contar também. E tem os CRAS que na verdade oferece serviço social mesmo, de bolsa família, de colocação em curso e só isso, basicamente (GF com profissionais CAPSi).

Na Atenção Básica, essa distância também é referida. Apesar disso, as ACS participantes da pesquisa relatam melhora na relação com o CRAS – localizado ao lado da UBS - nos últimos meses. Lembram que houve uma conversa recentemente com a gerente do CRAS que as convidou para falar sobre trabalho infantil e a importância de denunciá-lo. Sabem que há atividades dirigidas às crianças na unidade, tais como oficinas de arte, de grafite e de dança, porém as vagas são muito limitadas, o que restringe a participação.

No que se refere à Secretaria de Lazer e Cultura, notamos que há uma parceria com o CAPSi. Há profissionais dessa secretaria que vão ao CAPSi semanalmente para realização de oficinas com as crianças: Oficina de Ioga, de Break e de Grafite. Além disso, parece haver uma facilitação para a inscrição das crianças do CAPSi nas atividades desenvolvidas por esses profissionais nos espaços públicos da cidade, embora não tenhamos obtido informação sobre a efetiva participação dessas crianças.

Em relação ao Conselho Tutelar, o contato com os serviços de saúde parece se basear na lógica da referência e contra-referência e não com compartilhamento das situações. Assim, foram mencionados encaminhamentos do Conselho Tutelar à UBS ou ao CAPSi, que acontecem via ofício com pedido de avaliação e/ou intervenção específica, do tipo “*atendimento psicológico*” ou “*visita domiciliar*”, solicitando um relatório com data estipulada com a resposta acerca da ação imposta.

Há casos nos quais esse pedido vem do Conselho Tutelar que envia um ofício à unidade solicitando acompanhamento psicológico e medicação. Esses pedidos vêm formatados da mesma maneira, com pouca informação sobre a criança (...) E a psicóloga tem que fazer um relatório e enviar ao Conselho Tutelar (GF com profissionais ESF – médicos, enfermeiros e psicólogo).

A articulação dos serviços de saúde pesquisados com as escolas ocorre, porém, segundo os profissionais, tende a ser mais próxima das escolas municipais – Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) - do que das estaduais – Ensino Fundamental e Médio. Nas últimas, não só o contato é ruim, como também as condições da escola são precárias e a inclusão das crianças é bastante prejudicada:

(...) agora quando eles vão pro Estado, aí é impossível, eles não estão incluídos, não, eles estão excluídos lá na sala, com mais 40 e todos os problemas vindos daí (GF com profissionais CAPSi).

Os profissionais entendem que as dificuldades para atender essa demanda de crianças com alguma dificuldade emocional, comportamental ou de aprendizagem são acentuadas nas escolas estaduais, devido ao pequeno contingente de profissionais em relação ao número de crianças, levando-os a dificuldades em abarcar todas as necessidades.

A AB tem boa entrada nas escolas, com destaque para as ações do Programa Saúde na Escola, mas consideram essa articulação ainda fraca em assuntos relacionados à saúde mental, que tende a se restringir a encaminhamentos de papel, relatórios e recados pelas famílias.

Para esses casos que as escolas encaminham para a saúde, nosso contato tem acontecido via relatório tanto quando eles nos encaminham quanto quando respondemos a eles. Algumas vezes, pedimos verbalmente para que os familiares que levam informação à escola sobre o atendimento, por exemplo,

psicológico que está em andamento (GF com profissionais da ESF – médicos, enfermeiros, psicólogo).

Foram discutidos nos GF que os encaminhamentos das escolas para a saúde podem refletir tanto um sentido de desresponsabilização - encaminha-se para não lidar com o problema, na vertente da patologização da infância - quanto situações nas quais a escola esgota suas possibilidades e procura apoio da saúde. Sabemos que a discussão sobre inclusão escolar é bastante complexa e multifacetada e não será aprofundada aqui, por extrapolar os objetivos diretos da pesquisa.

Vale dizer que um dos familiares participantes da pesquisa menciona que o filho estuda em escola estadual e é acompanhado por uma cuidadora solicitada devido ao seu diagnóstico de autismo. Relata que a cuidadora não fica com ele dentro da sala de aula, mas o acompanha em suas necessidades nos ambientes externos, o que o pai considera positivo para sua inclusão. No entanto, em um encontro posterior com os familiares, um deles conta, em tom de indignação, que o governo tirou as cuidadoras da escola, por corte de verbas. Não temos conhecimento adicional sobre essa ação, porém a pedido desse pai, registramos essa informação neste trabalho.

Em relação às escolas especiais, os profissionais do CAPSi referem que têm bom contato com a maioria delas com as quais trocam saberes e estabelecem parcerias. Mencionam que tem dificuldades com apenas uma delas que, ao incluir a criança em seu serviço, considera que ela não precisa mais frequentar o CAPSi.

A gente foi em todas as escolas especiais que essas crianças frequentam, o contato fica pior com uma delas, porque assim a criança tá lá e na verdade, nem precisaria vir aqui (tom irônico), segundo eles (GF com profissionais CAPSi).

Ao mesmo tempo em que faltam recursos na rede intersetorial, ou falta disponibilidade dos profissionais que lá estão, há um movimento dos profissionais do CAPSi de contemplar essas carências, o que pode levar a sua camuflagem:

A gente consegue conversar, mas na hora que demanda ações que eles têm que fazer na maioria das vezes é a gente que faz, porque eles não fazem, infelizmente eles não fazem. Ah, tá lá no CAPS, o CAPS vai fazer, então deixa o CAPS fazer Só que também tem um pouco, eu falo que tem também um pouco do nosso, do nosso querer abraçar tudo. A gente muitas vezes fica “não, já que eles não vão fazer a gente vai lá e faz”. Tem muito disso. E aí a gente fala, não, não vamos fazer, mas aí se a gente não faz, ninguém faz (GF com profissionais CAPSi).

Vale dizer que a fala “se a gente não faz, ninguém faz” pode refletir um sentimento de onipotência dos profissionais do serviço em atender todas as necessidades da criança, que tende a ser seguido por um sentimento de frustração, ao se depararem com a impossibilidade em respondê-las adequadamente. Nesse sentido, cabe ao CAPSi explicitar as carências e mobilizar profissionais e serviços na difícil tarefa de cuidar de crianças em sofrimento psíquico. Esse sentimento pode ser um dos empecilhos para a construção da rede.

BAREMBLITT (2002) considera que a demanda pelos serviços é produzida tanto pela oferta do próprio estabelecimento de saúde, quanto pela falência de ofertas de outros estabelecimentos que, por não responderem aos problemas a que se destinam, geram demandas aos outros serviços. Ao mesmo tempo, enfatizamos a necessidade de uma atuação conjunta e em rede, em que se convocam diversos setores e atores na tarefa que lhes é comum: oferecer um cuidado ampliado e integral à população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco principal desta tese foi analisar os processos e as condições de produção de cuidado em saúde mental de crianças em um determinado município, cujo modelo de atenção se sustenta nas ideias da Reforma Psiquiátrica, congruentes aos preceitos da atenção psicossocial. Assim, partimos de dois pressupostos: (1) de que a atenção em saúde mental só é possível mediante o estabelecimento de relações de cuidado entre pessoas, neste caso, profissionais e usuários e cada um desses grupos entre si; (2) a coerência político-ideológica e administrativa da gestão em saúde do município e o alinhamento com os preceitos da atenção psicossocial são condições para que se construam novas formas de cuidado.

As crianças (e suas famílias) discutidas nesse trabalho são crianças em sofrimento que, por motivos variados, necessitam de um cuidado ampliado. As dificuldades por elas apresentadas são complexas, multideterminadas, relacionadas ao contexto em que vivem e, por conseguinte, a atenção que necessitam é igualmente múltipla.

Escolhemos como campo da pesquisa um local em que há uma preocupação e uma orientação de atenção que se conjugam com perspectivas advindas da Reforma Psiquiátrica, a fim de verificar como se constroem as práticas de cuidados em saúde mental infantil num contexto como esse. Entendemos que tal orientação gerencial e organizacional dos serviços representa um pano de fundo fundamental para criar condições iniciais para que se produza o cuidado em saúde mental alinhado ao paradigma da atenção psicossocial. Contudo, sendo essa organização uma condição necessária, mas não suficiente, ela pode ser entendida como um alicerce no qual se constroem os próximos passos, ou seja, um chão relativamente firme que pode contribuir na edificação de transformações nas ações concretas de cuidado, as quais

dependem de mudanças em diversos âmbitos que, de modo conjunto, podem configuram o modo psicossocial.

Vale ainda dizer que a política de saúde mental vigente no país se configura dentro da perspectiva psicossocial, e sua efetivação depende de agentes das três esferas do governo - federal, estadual e municipal - sendo limitante e frágil ao ficar apenas nas mãos dos trabalhadores ou mesmo da esfera municipal, cuja responsabilidade está na gestão e execução das ações que são formuladas, induzidas, apoiadas (técnico e financeiramente) e monitoradas por instâncias superiores. Com isso, queremos enfatizar que a transformação que se almeja dentro desta perspectiva não pode se restringir às ações no plano municipal.

Realizamos toda a discussão da pesquisa a partir de uma visão dialética em que contradições não são impedimentos, mas constitutivos de processos e movimentos em que mais de um modelo se apresenta e, portanto, lógicas diversas (sendo seus extremos compostos por oposições) se tensionam. Os conflitos e contradições ficaram evidentes nessa pesquisa, o que indica um processo vivo, com envolvimento dos diversos atores que se posicionam de maneiras distintas, desde as mais transformadoras até as mais resistentes.

A possibilidade de olhar os serviços e o cotidiano de cuidado de dentro, tal como fizemos nessa pesquisa, foi enriquecedora para apreendermos nosso objeto de estudo. Pudemos dar voz aos diferentes atores envolvidos no processo de cuidado em saúde mental de crianças: profissionais da rede, especialmente dos CAPSi e da ESF, familiares e crianças usuárias do CAPSi, o que se procedeu nas Observações Participantes, no levantamento de dados nos prontuários e nos Grupos Focais. Nesses últimos, usamos técnicas diferentes, adaptadas ao que consideramos estratégicos em cada grupo: as cenas representadas pelos profissionais, os itinerários terapêuticos construídos pelas famílias e as brincadeiras desenvolvidas com as crianças. Cada uma dessas abordagens técnicas teve, em si, um sentido peculiar que pretendemos trabalhar em futuras análises, sendo que no presente trabalho, esses

dados foram discutidos de maneira articulada. Faremos aqui pequenas considerações sobre a potencialidade das estratégias adotadas.

A realização dos GF com os profissionais iniciada com a apresentação de dados das crianças que atendem foi interessante para disparar a conversa a partir de dados reais do serviço e serviu como uma espécie de aquecimento da discussão realizada. A estratégia que consideramos que teve efeito mais significativo com profissionais foi a dramatização de uma cena cotidiana sobre uma criança que chega ao serviço pela primeira vez. A encenação abriu espaço para um diálogo implicado dos participantes, tanto dos que dramatizaram quanto dos que assistiram e a discutiram posteriormente, possibilitando a abordagem dos temas da pesquisa em cima de situações reais, levando os participantes a saírem dos discursos prontos/esperados e se mostrarem de modo mais autêntico e vivo.

No GF com familiares, a construção dos itinerários terapêuticos e seu compartilhamento entre os participantes em um relato oral tiveram uma riqueza ímpar na pesquisa. Além de terem podido demonstrar de modo intenso os caminhos seguidos por cada família, as muitas barreiras encontradas, as similaridades nas trajetórias encontradas, consideramos que essa estratégia contribuiu para a troca entre as famílias que, ao mesmo tempo em que se identificam em muitos pontos, também se diferenciam e sugerem alternativas umas para as outras.

Dar voz às crianças teve um sentido especial no trabalho. O projeto inicial que desenhamos para esta investigação não contemplava a participação direta das crianças, porém ao longo do processo da pesquisa, passamos a considerar que dar voz a elas, além de desafiante e inovador, seria coerente com a noção de criança em que nos apoiamos. Ainda, essa estratégia metodológica é sensível à atenção psicossocial com crianças, em que se enfatiza a criança como ator social, sujeito de direitos e sujeito psíquico, cuja fala e expressão tem valor. Assim, entendemos que as crianças são narradoras de suas histórias, protagonistas

de suas vidas, o que significa colocá-las em evidência também no plano da pesquisa acadêmica. A estratégia que adotamos ao desenvolvermos atividades lúdicas em grupo foi interessante, pois respeitando a linguagem infantil, pudemos observar interações e brincadeiras e, a partir delas, construir situações que nos forneceram valiosos elementos de análise. Recomendamos que pesquisas que considerem as crianças como participantes ativos sejam desenvolvidas de modo mais prolongado, visando estabelecer vínculos mais sólidos e oferecer oportunidades variadas de expressão do que se pretende pesquisar.

Consideramos que outras vozes poderiam enriquecer ainda mais o trabalho, tais como de profissionais de outros serviços e setores, dos gestores e da comunidade em geral. Nesse sentido, acreditamos que o desenvolvimento de futuras pesquisas que incluam outros participantes tem grande importância no campo estudado, pois permitiriam a elucidação de possíveis outros posicionamentos acerca do cuidado em saúde mental de crianças.

Além disso, embora tenhamos contado com a participação de diversos atores durante a pesquisa, não proporcionamos espaços para que eles se ouvissem, o que consideramos como um limite desse trabalho, uma vez que entendemos que a troca de saberes, o compartilhamento de ideias, a percepção de identificações e dissensos, o diálogo sobre diferentes posicionamentos e entendimentos entre profissionais e familiares/usuários são essenciais para avanços na atenção em saúde mental de crianças. A apresentação final da pesquisa, tal como combinado com os envolvidos, ainda será realizada, o que pretendemos fazer de maneira coletiva, convidando todos os participantes dos grupos e abrindo para os demais interessados.

Percebemos avanços significativos na produção de cuidado em saúde mental nos locais pesquisados que caminham na direção da atenção psicossocial. Longe de constituírem caminhos já percorridos, indicam a direção posta em marcha e apontam para importantes desafios decorrentes desse processo.

Destacamos a incorporação de ações de saúde mental na Atenção Básica, que tem sido acompanhada de uma transformação na concepção de saúde mental pelos profissionais da ESF que passam a entendê-la como parte integrante da saúde e de sua atenção. Contudo, na AB, a lógica de atendimento baseada na produtividade (número de procedimentos, tempo curto para atendimentos, entre outros) dificulta a inclusão efetiva de ações de saúde mental pelos profissionais da equipe básica de ESF pela via do acolhimento, da escuta e do suporte para os problemas apresentados pelos usuários. Nesse sentido, percebemos a ampliação na percepção das equipes sobre esses problemas, o que não se traduz, necessariamente, em ações práticas desenvolvidas pelos diversos trabalhadores. A tendência principal dos profissionais da ESF é discutir os casos com os profissionais do Núcleo de Saúde Mental que acabam por assumir o cuidado por meio de práticas predominantemente tradicionais, como a psicoterapia individual. Apesar disso, há uma mobilização para atendimentos compartilhados, discussões de caso visando ampliar a participação dos diversos atores, porém essas ações são ainda incipientes.

Percebemos, nos dois serviços estudados (CAPSi e UBS), predominância da horizontalização das relações intrainstitucionais e participação dos diversos atores nas decisões internas dos serviços, o que nem sempre ocorre nas relações extra serviços e com a gestão. A divisão interna do trabalho se dá de modo integrado, a partir de uma atuação preponderantemente interdisciplinar. Há um incentivo à participação das famílias na gestão do serviço, por meio do conselho gestor, embora essa ainda seja bastante limitada. A organização territorial dos serviços e as mini-equipes de referência do CAPSi por território têm contribuído para o desenvolvimento de atenção integral e territorializada, tal como pressupõe o modo psicossocial. As reuniões de equipe dentro de cada serviço, os espaços de articulação intequipes de cada território, as reuniões de Educação Permanente por território e interna em alguns serviços, assim como a supervisão clínico-institucional - que ocorre no CAPSi -

são dispositivos que, da forma como são manejados no contexto estudado, permitem e contribuem para desenvolvimento do trabalho horizontal, interdisciplinar e compartilhado.

No que se refere às concepções acerca dos problemas de saúde mental infantil, percebemos que diferentes compreensões estão presentes no campo, indicando uma superposição de diferentes saberes. As ambiguidades decorrentes de superposições estanques de diversos saberes, que se apresentam nas discussões entre os participantes da pesquisa, se acentuam quando comparamos o grupo de familiares e o de profissionais, o que indica uma lacuna na interlocução entre eles. Podemos supor, a partir dos relatos dos participantes da pesquisa, que as divergências também se intensificam entre os profissionais de saúde e dos demais serviços da rede intersetorial, o que pode levar a confrontos entre os diversos atores envolvidos no campo que, muitas vezes, por dificuldade no estabelecimento de diálogos, ficam isolados em suas ações e posições.

Consideramos a possibilidade de que os profissionais de saúde mental - do CAPSi e do Núcleo de Saúde Mental na AB - supõem haver uma verdade imanente nesse campo, ou seja, um conhecimento comum e compartilhado sobre algumas formas de atenção voltada aos problemas de saúde mental, sem que lhes passe pela cabeça que talvez esse conhecimento seja apenas deles e de seu entorno imediato, não sendo partilhado e, até mesmo, sendo desconhecido pelos demais profissionais, assim como dos familiares. O resultado prático desse imperialismo imaginário é a não inclusão em suas ações de atividades que impliquem intercâmbios capazes de provocar mudanças culturais acerca dos problemas de saúde mental.

A lógica instituída e socialmente hegemônica, psiquiátrica e medicalizadora, permeia esse terreno, e conduz as famílias a uma procura de um diagnóstico que, realizado de modo preciso, supostamente levaria a uma terapêutica eficaz. Tal modelo, alicerçado em uma visão positivista, encontra ressonância na racionalidade moderna e no modo de operar da medicina nas diversas especialidades. Nesta pesquisa, essa situação fica evidente nos casos que chegam

aos serviços de saúde com o diagnóstico de autismo e com o pacote de intervenções que a família, em geral, mediante orientação de profissionais ou dos meios de comunicação, solicita como essenciais para seus filhos. Tal pacote de atendimentos nem sempre condiz com a necessidade daquela criança em sua singularidade e em seu contexto de vida, porém se o entendimento se foca no binômio diagnóstico-intervenção, os familiares que procuram atendimento no CAPSi entendem que o serviço não respondeu a essa expectativa. Ainda nessa lógica, o familiar tende a seguir sua peregrinação à procura de novos caminhos para o cuidado da criança, como se em algum lugar, ou na somatória de vários deles, fosse encontrar a resposta final e precisa, a rocha dura da verdade, para seu problema.

Vale considerar ainda que os caminhos repetitivos relatados pelos familiares na procura por cuidado em saúde mental das crianças não se explicam tão somente pela presença hegemônica de um determinado saber no âmbito das mentalidades sociais, mas também podem ser explicados pelas dificuldades dos serviços em oferecer respostas, sob forma de diversas possibilidades terapêuticas, aos problemas das crianças. Importante lembrar, ainda, que os frequentes “nãos” recebidos pelas famílias na procura por cuidado revelam situações vividas nos caminhos que os levam a se sentirem sozinhos na atenção às crianças. Desse modo, parece não ser raro que na ausência de desenvolvimento de um trabalho articulado e em rede, os familiares são deixados sozinhos para montarem seu pacote de intervenções por conta própria, uma vez que a gestão do cuidado não se desenvolve de modo compartilhado.

Os serviços de saúde estudados têm sido convocados a responder a problemas comportamentais das crianças, especialmente de agitação e agressividade, porém com dificuldades em se contrapor ao modelo instituído que, no limite, acaba por diagnosticar e medicar, na tentativa de que a criança se encaixe nos padrões esperados, para que não perturbe, não incomode, não denuncie as faltas e falhas de todo o sistema social (educacional, comunitário, familiar, de lazer e cultura, etc.).

A patologização e a medicalização da infância aparecem nas diversas discussões, representadas por uma intolerância social aos comportamentos infantis, especialmente àqueles que fogem da média, assim como pelo reducionismo que se faz dos complexos problemas apresentados pelas crianças em sofrimento psíquico, como problemas de saúde.

Ainda, mesmo que sejam consideradas as diversas dimensões envolvidas nas dificuldades apresentados pela criança, a medicação é pedida e, por vezes, utilizada como uma forma de minimizar os problemas, o que pode levar ao silenciamento de sintomas, à disciplinarização de comportamentos e à adaptação das crianças a padrões socialmente aceitos e normatizados, simplesmente “ajudando as crianças a obedecer”. A elucidação desse crescente processo de “medicalização da vida” precisa ser posto em relevo por pesquisadores, estudiosos e trabalhadores, no que concerne à infância e a as diferentes possibilidades de existência das crianças, com o intuito de problematizar e minimizar seus efeitos.

Ao mesmo tempo, há uma lógica instituinte mais abrangente em relação aos problemas expressos pelas crianças, alinhada ao paradigma psicossocial, que tensiona o modelo anterior, sendo que o jogo entre essas duas forças se apresenta no campo da atenção em saúde mental e se traduz nas ações de cuidado concretamente operadas. Percebemos discussões ricas entre os profissionais dos serviços pesquisados, consonantes com os preceitos da atenção psicossocial que direcionam a política pública de atenção em saúde mental para crianças vigente no país. As discussões que presenciamos entre os profissionais sobre o cuidado direcionado às crianças levam em conta a singularidade dos casos e o desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares, porém encontram limites para sua realização que, por vezes, acabam por restringir o cuidado em ações muito pontuais e aquém das necessidades de cada caso. A dificuldade cotidiana parece ser a de tentar traduzir preceitos teóricos e proposições políticas em ações práticas.

Embora haja um movimento no CAPSi em desenvolver ou direcionar às crianças para participar de atividades em outros locais, visando ampliar sua inserção social, elas são tímidas. As articulações intersetoriais e o desenvolvimento de ações compartilhadas são igualmente escassas, o que se deve à ausência de serviços e profissionais na rede que participem de fato do cuidado a essa população, como também às discrepâncias no entendimento e na lógica de cuidado entre diferentes serviços.

A intersetorialidade da atenção e a construção de rede de cuidado ampliada e territorial de atenção à infância são urgentes e necessárias para que se efetivem as mudanças propostas na atual política de saúde mental infantil. Vale ressaltar que as redes não estão postas a priori, mas são construídas cotidianamente mediante as necessidades de cada criança e família. Deste modo, para “fazer rede” é necessário mobilização dos profissionais dentro e fora dos serviços, insistência, convocação, criação de espaços intersetoriais. Neste sentido, consideramos que espaços de articulação como fóruns intersetoriais de saúde mental infantojuvenil (tal como ocorre em alguns locais do Brasil, com grande potência), eventos direcionados a comunidade, espaços de diálogo regulares com outros setores sejam potentes na possibilidade de promover reflexões e transformações socioculturais sobre os problemas de saúde mental apresentados pelas crianças. Essas ações são quase inexistentes nos locais estudados.

Entendemos que os profissionais do CAPSi e do Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica têm grande potencialidade para alavancar e sustentar esse processo de construção de rede e de mudança no imaginário social sobre esses problemas, com os quais convivem diariamente, contribuindo para a legitimação de ações psicossociais de cuidado. Podemos dizer que esses profissionais têm o enorme desafio de “remar contra a maré”, uma vez que, no cenário atual, o modo de atenção psicossocial é contra-hegemônico.

Uma indagação que cabe é a de saber o porquê sendo a política de saúde mental estruturada no nível político institucional a partir dos princípios da atenção psicossocial, ela se

operacionaliza de maneira não correspondente a este nível. Assim colocado, o problema parece se plasmar em uma contradição existente entre o Estado e a Sociedade. Todavia, a questão da mudança de paradigma no plano da saúde mental é complexa e tal como colocado por Basaglia, Rotelli, Amarante e outros as transformações de um modo asilar para um modo democrático implica transformações de ordem epistemológica e cultural e não só jurídica e gerencial. As primeiras sendo mais lentas e sujeitas a fluxos e contra fluxos.

Não se pode ignorar, contudo, que a proximidade, o vínculo e a confiança presentes nas relações entre os profissionais e familiares nos locais estudados podem ser elementos potentes para impulsionar debates capazes de resultar em transformações socioculturais que incidem sobre as noções sobre o cuidado em saúde mental. Além disso, a potencialidade que percebemos nas equipes em oferecer um *holding* para as dificuldades que os usuários dos serviços vivem é um ponto fundamental para o cuidado. Cabe ressaltar que esses profissionais também necessitam de um acolhimento as suas próprias dificuldades como trabalhadores, o que talvez possa ser considerado nos espaços de reuniões, de Educação Permanente e de supervisão clínico institucional. Porém, não temos elementos suficientes nessa pesquisa para afirmarmos que esses espaços contemplam esse aspecto.

Cuidar da infância é poder garantir seus direitos e contribuir para sua inclusão nos mais variados contextos, considerando as diferentes formas de viver a vida. É respeitar cada criança tanto no que ela tem de igual às outras, quanto no que ela tem de diferente, em sua singularidade. As mudanças no imaginário social sobre a loucura, sobre as diferentes formas de ser de cada indivíduo e o convívio com as diferenças são fundamentais para que se efetivem os avanços que almejamos.

6. REFERÊNCIAS

- Altoé S, Rodrigues HBC. Entre amigos. In: Rodrigues HBC, Altoé S, organizadores. SaúdeLoucura 8: Análise institucional. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 5-8.
- Amarante P. Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP; 1995.
- Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IA, Costa ES, organizadores. Fim de séculos: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.
- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Ariès, P. História Social da Criança e da Família. Flaksman D, tradutor. Rio de Janeiro: LTC; 1978.
- Assumpção Junior FB. Psiquiatria Infantil Brasileira: um esboço histórico. São Paulo: Lemos Editorial; 1995.
- Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. Interface - Comun Saúde, Educ. 2000; 4(6): 117–20.
- Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade. 2004; 13(3): 16–29.
- Barbier R. Pesquisa-ação na instituição educativa. Rio de Janeiro: Zahar; 1985.
- Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Baremblytt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Record E; 2002.
- Benelli SJ, Costa-Rosa A. Dispositivos institucionais filantrópicos e socioeducativos de atenção à infância na assistência social. Estud Psicol. 2013; 30(2): 283–302.
- Bertolino Neto MM. Acolhimento da Pessoa em Sofrimento Psíquico na Estratégia de Saúde da Família. 2011. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.
- Bertolino Neto, MM. Mesa Direitos Humanos e Justiça. In: 2º Fórum Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental - ABRASME; 4-6 jun 2015: João Pessoa, Brasil; 2015.

Bertuol C. A criança e o Estatuto da criança e do adolescente - um estudo sobre a polissemia da criança nos espaços públicos. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC/SP; 2003.

Bertuol C. Crianças no espaço urbano: um estudo sobre políticas públicas no contexto das “cidades amigas da criança.” [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC/SP; 2008.

Bezerra Jr B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Costa ND, Tundis S, organizadores. Cidadania e Loucura – origens das políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 134-147.

Bleichmar NM, Bleichmar CL. A psicanálise depois de Freud. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Boff L. Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Petrópolis; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF); 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF); 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília (DF); 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Outras Drogas. Resultados Avaliar CAPS 2008 para Colegiado. Brasília (DF); 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. Brasília (DF); 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental álcool e outras drogas. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. Brasília (DF); 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras drogas. Saúde Mental em Dados 11, Ano VII, no 11. Brasília (DF); 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica no. 34: Saúde Mental. Brasília (DF); 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília (DF); 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 3088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União; 2013d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Estratégica e Temática. Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília (DF); 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras drogas. Saúde Mental em Dados 12. Brasília (DF); 2015.

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Cien Saude Colet. 2011; 16(11): 4433–42.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Soc e Cultura. 2000; 3 (1 e 2): 51–74.

Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. Saúde paidéia. 3ed. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.

Ceccim RB, Palombini ADL. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicol Soc.* 2009; 21(3): 301–12.

Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: Elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Com Saúde Educ.* 2009; 13(Supl. 1): 545–55.

Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface Com Saúde Educ.* 2011; 15(37): 589–99.

Coimbra CMB, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler A, Abrahão AL, Coimbra CMB, organizadores. *Subjetividade, Violência e Direitos Humanos: produzindo novos dispositivos de formação em saúde*. Niterói: EDUFF; 2008. p. 143-154.

Corsaro WA. *Sociologia da Infância*. Reis LGR, tradutor. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial (I)* Rio de Janeiro: NAUS; 2003. p. 13-44.

Costa-Rosa A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estud Psicol.* 2012; 29(1): 115–26.

Costa-Rosa A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Unesp; 2013.

Couto MCV. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. [tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.* 2015; 27(1): 17-40.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. bras. psiquiatr.* 2008; 30(4): 390-398.

Couto MCV. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cadernos de textos*; 2001. p. 121-30.

Cruz SHV, organizador. *A criança fala: a escuta de crianças em pesquisas*. São Paulo: Cortez; 2008.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade*. 9. ed. Petrópolis: Editora Vozes. 1998. p. 51-66.

Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.

Delgado PGG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16(12): 4701-4706.

Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Fonseca FL, Tavares CM, Reis AOA. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial da Grande São Paulo, Brasil. *Rev Bras Crescimento e Desenvolv Hum*. 2009; 19(2): 226–36.

Delfini PSS. *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2): 357-366.

Delgado PGG. O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(3): 312.

Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Introdução. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Dias JDP, Prates MML. Atenção Psicossocial Infantojuvenil no município de Mauá: alcances e desafios. In: *Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente, CISCA*. 20 jun 2015, São Paulo, Brasil; 2015.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc*. 2009; 18(1): 63-74.

Donnangelo MCF. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Elia L. A rede da atenção na saúde mental – articulações entre CAPS e ambulatórios. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília (DF); 2005.

Eribon D. *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1996.

Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1): 129-38.

Forenza Neto O, Winnicott e o ambiente facilitador. In: Mautner AV et al, organizadores. *Em busca do feminino: ensaios psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1993.

Foucault M. (1972) História da loucura na idade clássica. Coelho Neto, tradutor. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.

Frances A. Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais. *Jornal El país*. 27 set 2014; Entrevista.

Furtado JP, Miranda L. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2006; IX(3): 508–24.

Furtado JP, Onocko-Campos R. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onocko Campos et al, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Hucitec; 2008. p.231-248.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Líber Livro; 2005.

Gondim S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2002

Gondim S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*. 2002; 12(24): 149–61.

Guattari F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.

Hess R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. *Mnemosine*. 2007; 3(2): 184-163.

Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota EL. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(3): 633-642.

Howard SB. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 1994.

Jesus AF, Pezzato LM, Abrahão AL. O uso do diário como ferramenta estratégica da Análise Institucional para abordar o cotidiano do profissional de saúde: o caso do Dom Queixote. In: L’Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 206-235.

L’Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012; 8(1): 194-219.

L’Abbate S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: In: Rodrigues HBC, Altoé S, organizadores. *SaúdeLoucura 8: Análise institucional*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 79-99.

L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8(1): 265–74.

Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem (1953). In: Lacan J. *Escritos*, Ribeiro V, tradutora. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 1988.

Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010.

Lourau R. *A Análise Institucional* (1975). 2. ed. Petrópolis: Vozes; 1995.

Lourau R. Objeto e método da análise institucional (1977). In: Altoé S, organizador. René Lourau. *Analista Institucional em tempo integral*. Fernandes PJ, Rodrigues HBC, tradutores. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 66-86.

Lourau R. Implicação e sobreimplicação (1990). In: Altoé S, organizador. René Lourau. *Analista Institucional em tempo integral*. Fernandes PJ, Rodrigues HBC, tradutores. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 186-198.

Lourau R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. In: Rodrigues, HBC, organizador. René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Luz MT. A contribuição de René Lourau para uma sociologia crítica das instituições. In: Altoé S, Rodrigues HBC, organizadores. *SaúdeLoucura 8: Análise Institucional*. São Paulo: Hucitec; 2003.

Marques ALM. *Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool em um centro de atenção psicossocial*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2010.

Marques ALM, Mângia EF. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2013; 17(45): 433–44.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2000; 4(6): 109–16.

Merhy-Silva F. “Lobo mau”: analisador da transversalidade entre organização do trabalho e saúde mental? *Fractal Rev Psicol*. 2008; 20(1): 41–64.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Miranda L. Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos [tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko-Campos R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos et al, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 249-277.

Muylaert CJ, Bertolino Neto MM, Leone C, Abreu LC de, Reis AOA, Rolim Neto ML. Acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico na Estratégia de Saúde da Família. Neurobiologia. 2011; 74(3-4): 113–8.

Muylaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. Physis Rev Saúde Coletiva. 2015; 25(1): 41–58.

Pereira TG, Muylaert CJ, Reis AOA. Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa. Psicol Hosp. 2012; 10(2): 2–16.

Oliveira ACDC, Kuss LC, Sestrem J. Sociologia da Infância e relações internacionais: diálogos possíveis. Plural Rev Pós-Graduação em Sociol da USP. 2013; 20(1):57–82.

Onocko-Campos R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate. 2001; 25(58): 98-111.

Onocko-Campos R, Baccari I. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. Ciência e Saúde Coletiva. 2011; 16(4): 2051–2058.

Pezzato LM, L'Abbate S. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011; 21(4): 1297–314.

Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.

Reis AOA. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis no estado de São Paulo [livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Bertolino Neto MM. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010a. p. 109 -130.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In:

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010b. p. 186-210.

Reis AOA, Fonseca FL, Rolim-Neto ML, Delfini PSS, organizadores. As crianças e os adolescentes dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. São Paulo: Schoba; 2012.

Reis AOA. A divisão diagnóstica do trabalho. Anotação de apresentação realizada no Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC. 2015.

Rodrigues HBC. Análise institucional francesa e a transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In: Altoé S, Rodrigues HBC, organizadores. SaúdeLoucura 8: Análise Institucional. São Paulo: Hucitec; 2003.

Rodrigues MP, Araújo, MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Natal: UFRN/UFPE, 2003. Disponível em: http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf

Ronchi JP, Avellar LZ. Saúde mental da criança e do adolescente : a experiência do Capsi da cidade de Vitória. *Psicol Teor e Prática*. 2010; 12(1): 71–84.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D (organizadores). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001; p.17-59.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. (organizadores). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001; p.89-99.

Sales LS. Linguagem no discurso de Roma: programa de leitura da psicanálise. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(1): 49-58.

Santos DN, Carvalho MM, Pinho MA, Nunes APR. Atendimento em psiquiatria da infância e adolescência em serviços públicos de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2005; 29(1): 35-42.

Savoye A. Análise Institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. *Mnemosine*. 2007; 3(2): 181-193.

Schwandt TA. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Silva HH. Análise institucional de intervenções realizadas em duas escolas municipais de Contagem, Minas Gerais: a ordem escolar e os limites à implantação de círculos de estudos [dissertação]. São João del-Rei: Universidade Federal de São João del Rei; 2013.

Silva PB. Construindo percursos, experiências e significados em um CAPSi: com a palavra, as crianças [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2015.

Telles HPRS. A criança nos discursos da saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p.131-143.

Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr. 2014; 63(4):360-72.

Unicef. Fundo das Nações Unidas para a infância. ECA 25 anos - avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. 2015.

Valladares L. Os dez mandamentos da observação participante. Rev. bras. Ci. Soc. 2007; 22(63): 153-155.

Vicentin M. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2006; 17(1): 10-17.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120(6):472-482.

Winnicott DW (1957). A criança e seu mundo. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

Winnicott DW (1963). O brincar: uma exposição teórica. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Yasui S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2010a.

Yasui S. A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora". In: Ministério da Saúde. VI Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF). 2010b: 1-5.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (profissional)

Título do Projeto: Crianças em sofrimento psíquico e seus cuidados na Rede de Atenção Psicossocial

Pesquisadora Responsável: Patricia Santos de Souza Delfini, psicóloga (CRP 06/7632-8), doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Este projeto tem como objetivo analisar como se dá o cuidado de crianças em sofrimento psíquico em serviços públicos de saúde na ótica de profissionais de saúde, familiares e crianças usuárias dos serviços.

Para tanto, serão realizados grupos focais, com duração de aproximadamente uma hora e meia, com profissionais que atuam na Atenção Básica, no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil e com familiares de crianças atendidas nesses serviços. Além disso, serão realizadas observações da rotina das unidades e entrevistas com crianças e profissionais de outros setores. Gostaria de convidá-lo para compor esses grupos focais e informá-lo que os participantes da pesquisa não serão identificados, assim como informações relacionadas à privacidade serão mantidas em confidência.

Essa pesquisa oferece risco mínimo para seus participantes que podem decidir livremente sobre sua colaboração na pesquisa, podendo deixar de participar e retirar o termo de consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Se desejar maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo telefone: 11 3397-2464 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

São Paulo, ____ de ____ de ____.

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Patricia Santos de Souza Delfini. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. CEP. 01246-904. São Paulo. Fone: 3061-7703 – e-mail: patriciadelfini@usp.br

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (familiar)

Título do Projeto: Crianças em sofrimento psíquico e seus cuidados na Rede de Atenção Psicossocial

Pesquisadora Responsável: Patricia Santos de Souza Delfini, psicóloga (CRP 06/7632-8), doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Este projeto tem como objetivo analisar como se dá o cuidado de crianças em sofrimento psíquico em serviços públicos de saúde na ótica de profissionais de saúde, familiares e crianças usuárias dos serviços.

Para tanto, serão realizadas conversas em grupos, com duração de aproximadamente uma hora cada, com profissionais de diversos serviços de saúde, assim como com familiares de crianças com problemas relacionados à saúde mental, além de entrevistas com crianças. Gostaria de convidá-lo para compor o grupo de familiares e informá-lo que não serão identificados os participantes da pesquisa, assim como informações relacionadas à privacidade serão mantidas em confidência.

Essa pesquisa oferece risco mínimo para seus participantes que podem decidir livremente sobre sua colaboração na pesquisa, podendo deixar de participar e retirar o termo de consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo. Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Se desejar maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo telefone: 11 3397-2464 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Patricia Santos de Souza Delfini. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. CEP. 01246-904. São Paulo. Fone: 3061-7703 – e-mail: patriciadelfini@usp.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (criança)**Título do Projeto: Crianças em sofrimento psíquico e seus cuidados na Rede de Atenção Psicossocial**

Pesquisadora Responsável: Patricia Santos de Souza Delfini, psicóloga (CRP 06/76328), doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis, Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Este projeto tem como objetivo analisar como se dá o cuidado de crianças em sofrimento psíquico em serviços públicos de saúde na ótica de profissionais de saúde, familiares e crianças usuárias dos serviços.

Para tanto, serão realizados grupos, com duração de até uma hora, com crianças que recebem cuidados em saúde mental. Gostaria de convidar a criança _____ a participar dessa atividade em grupo. As crianças e seus responsáveis não serão identificados, assim como informações relacionadas à privacidade serão mantidas em confidência.

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Essa pesquisa oferece risco mínimo para seus participantes e tanto a criança quanto seu responsável podem decidir livremente sobre sua colaboração na pesquisa, podendo deixar de participar e retirar o termo de consentimento, a qualquer momento da pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo.

Se desejar maiores esclarecimentos sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pelo telefone: 11 3397-2464 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779.

Declaro estar ciente do exposto e autorizo a participação da criança abaixo indicada no projeto.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome da criança: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Patricia Santos de Souza Delfini. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. CEP. 01246-904. São Paulo. Fone: 3061-7703 – e-mail: patriciadelfini@usp.br

ANEXO IV

Roteiro de grupo focal com profissionais CAPS

1. Mostrar alguns dados identificados nos prontuários sobre crianças acompanhadas atualmente. O que chama a atenção?
2. Gostaria que pensassem em uma situação cotidiana que tenha relação com o trabalho de vocês junto às pessoas atendidas e que pudessem encená-la – uma pessoa nova que chegou ao serviço (real ou fictícia). Vou deixa-los à vontade para escolher e tentem incluir ao menos as informações que apresentei anteriormente...
3. Debate sobre o caso. O que foi feito, entraves, facilitadores, o que poderia ter sido feito.
4. O que o grupo distoa e concorda. Como fariam diferente?
5. Como vocês definiram que abririam um prontuário pra ela no CAPS? Ou quando vai pra outro lugar? Há critérios? Ou quando vai pro Nardini? Ou vai ficar em mais de um serviço? (pensar nos momentos de escolhas, decisões. Porque escolheram isso ou aquilo?)
6. Vamos planejar o PTS desse caso? Como fazem?
7. Como vocês identificam crianças que necessitem de cuidados em saúde mental? Podem me dar exemplos vividos recentemente?
8. O que geralmente fazem a partir dessa identificação? Tanto para ficar no CAPS quanto para sair.
9. Deem-me um exemplo bem sucedido de intervenção.
10. Deem-me um exemplo mal sucedido de intervenção.
11. Contação de casos: foi pro Nardini, ficou no CAPS, recebeu alta, entraram em contato com a escola.

ANEXO V

Roteiro de grupo focal com profissionais UBS

1. Mostrar dados sobre crianças (até 12 anos) acompanhadas atualmente pelos psicólogos do T3 (das quatro unidades). O que chama a atenção?
2. Gostaria que pensassem em situações cotidianas em que vocês identificam crianças como essas. Depois, queria que vocês encenassem essa situação. Vou deixa-los à vontade para escolher e tentem incluir na cena ao menos essas informações apresentadas.
3. Debate sobre o caso. O que foi feito, o que poderia ter sido feito diferente.
4. O que o grupo distoa e concorda.
5. Como vocês identificam crianças que necessitem de cuidados em saúde mental? Podem me dar exemplos vividos recentemente?
6. O que fazem a partir dessa identificação?
7. Como vocês definem se aquela criança vai ter atenção de outros profissionais além da equipe da ESF? Exemplos.
8. Em que situações acionam outros serviços? Há critérios? Como se dá a articulação entre os serviços? Pensar nos momentos de escolhas e decisões. Porque escolheram isso ou aquilo?
9. Se pensassem em um plano terapêutico ideal? Como seria?
10. E como é o possível?
11. Há momentos de planejamento conjunto?
12. Contação de casos: foi pro Nardini, ficou na UBS, foi para o CAPS.

ANEXO VI

Roteiro de Grupo focal com familiares

1. Vamos falar hoje sobre os caminhos que vocês percorreram com a criança desde que perceberam algo diferente nela. Primeiro vamos fazer uma atividade individual. Usando esse material (folha em branco – papel canson, canetinhas coloridas e lápis de cor), desenhem o caminho de vocês. Ex.: Quando eu percebi algo, fui falar com tal pessoa, essa pessoa me sugeriu tal lugar, depois me encaminharam para outro, lá falaram que eu tinha que voltar para o anterior, fui e me encaminharam pra tal profissional, depois fui por conta própria pra outro lugar, depois fui pegar informações no local tal, depois fui para tal lugar, agora estamos em tais lugares sendo ajudados, mas tô pensando em ir ao lugar também).
2. Agora explique para o grupo o caminho de vocês. Quem quiser pode perguntar enquanto o outro apresenta.
3. Início da procura por ajuda - O que vocês perceberam que chamou a atenção? Quando isso aconteceu?
4. Procura por ajuda – O que vocês fizeram quando perceberam? Com quem falaram? Que lugares procuraram? Cite alguma situação que o ajudou. Cite uma situação que o atrapalhou.
5. Como chegaram ao CAPS?
6. Quais as dificuldades que identificam que o filho/uma criança precise de atendimento no CAPS? (adentrar na questão do sofrimento psíquico procurando compreender a nomeação e concepção que eles tem do tema)
7. Atualidades – quais são os cuidados/tratamento que ele recebe/faz. (O que é cuidado? Como são planejadas as ações de cuidado? Os familiares participam? Tem Projeto Terapêutico Singular?)
8. O que vocês acham desse cuidado que ele recebe? Se pudessem escolher, o que mais fariam? - Como vocês gostariam que seu familiar (e você) fosse cuidado/assistido/tratado?
9. E esse grupo? Para que serve a vocês?
10. Além do CAPS, quais outros locais (serviços de saúde e outros setores) vocês consideram que contribuem no cuidado de seu familiar?

ANEXO VII

ROTEIRO de Grupo focal com crianças

1. Vamos pensar uma criança que está vindo ao CAPS pela primeira vez. Vamos desenhar essa criança nesse papel.
2. Como ela é? (Características físicas, familiares, sociais, escolares). Qual o nome dela? O que ela veio fazer aqui?
3. Vamos apresentar o CAPSi. O que é aqui? O que ela pode fazer? Como ela pode se sentir? Qual o tratamento?
4. Outros lugares que seria legal ela ir também?
5. Porque vocês vêm aqui?
6. O que gostam?/ O que mais gostam?
7. O que não gostam?/ O que menos gostam?
8. Aonde mais vocês vão? Quais outros lugares frequentam?
9. Contem coisas legais e chatas desse lugar.

ANEXO VIII

Ficha de Identificação – crianças atendidas pelo Núcleo de Saúde Mental na Atenção Básica do Território III

Crianças (até 12 anos) atendidas por problemas relacionados à saúde mental T3 (ativas em agosto, setembro ou outubro/2014)

UBS de referência: _____

No do prontuário: _____ Data de abertura do prontuário: _____

Nome da criança: _____

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Data de nascimento: _____

Hipótese Diagnóstica (CID e outras, se houver): _____

Atividades que participa no serviço: _____

Quem o/a acompanha no serviço: _____

Quem encaminhou: _____

Motivo da chegada ao serviço (queixa inicial): _____

Instituição de ensino que frequenta: ( ) regular ( ) especial ( ) não frequenta

Especificar nome da instituição de ensino: _____

Outros serviços (de saúde ou não) que a criança frequenta: _____

ANEXO IX

Ficha de Identificação participantes da pesquisa – profissionais

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )   Idade : _____

Formação profissional: _____

Cargo: _____

Está no cargo há _____ anos, _____ meses.

Vínculo Empregatício: _____

Carga Horária semanal: _____

Já atuou em outros serviços públicos de saúde? ( ) sim   ( ) não

Se sim, qual (s): _____

ANEXO X

Ficha de Identificação participantes da pesquisa – familiares

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: _____

Grau de parentesco com a criança: _____

Idade da criança: _____ Frequenta o CAPS desde: _____

Quem encaminhou para o CAPS: _____

Outros serviços que a criança frequenta: _____

Criança usa medicação? ( ) sim ( ) não Se sim, quais?

_____

Dias que a criança frequenta o CAPS e atividades que participa:

_____

ANEXO XI

Itinerário construído por um familiar participante do GF (exemplo 1).

ANEXO XII

Itinerário construído por um familiar participante do GF.

Patricia Santos de Souza Delfini

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2957882598574681>
Última atualização do currículo em 26/08/2015

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2004) e mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública (2010). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pesquisadora do Lasamec (Laboratório de Saúde Mental Coletiva) da Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, saúde pública, caps infanto juvenil, estratégia saúde da família e rede. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Patricia Santos de Souza Delfini
Nome em citações bibliográficas	Delfini, P.S.S.

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617149

Formação acadêmica/titulação

2011	Doutorado em andamento em Saúde Pública. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. Título: Criança em sofrimento psíquico e seus cuidados na clínica ampliada. Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; saúde mental; saúde pública; serviços de saúde pública; clínica.
2008 - 2010	Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública. Título: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes, Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Alberto Olavo Advíncula Reis. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: saúde mental; CAPS; estratégia saúde da família; rede de saúde.
2006 - 2007	Especialização em Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental. (Carga Horária: 1920h). Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira. Título: Reflexões sobre as Ações Territoriais do CAPS Prof. Luis da Rocha

Alberto Olavo Advincula Reis

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/333205597324821>
Última atualização do currículo em 18/07/2015

Graduado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), Mestre em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva. O foco de sua linha de pesquisa são os estudos e as investigações sobre a Saúde Mental Coletiva com ênfase na criança, adolescente e jovens. Coordenador do NUPPSI - Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública. Presidente do CDH - Centro de Estudos de Desenvolvimento do Ser Humano. Diretor do CORAL USP. Autor do romance Em Breve tudo será Mistério e Cinza ed. Cia das Letras, 2013. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Alberto Olavo Advincula Reis
Nome em citações bibliográficas	REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA; REIS, ALBERTO OLAVO ADVINCULA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr Arnaldo 715 2º andar Cepacoma Casa 01248-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30887128 Fax: (11) 30890240 URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1993	Doutorado em Saúde Pública (Concurso CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescência Grávida: Aventura, Ano de obtenção: 1993. Orientador: Augusta Thoraco de Alencar. Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Sociedade de atividade: Cuidado à Saúde das Populações Humanas.
1974 - 1977	Mestrado em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França. Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Biofaunes Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile, Ano de Obtenção: 1977. Orientador: Marie-Anne Martin. Palavras-chave: Psicopatologia Infantil; Análise institucional. Grande Área: Ciências Humanas / Área: Psicologia. Sociedade de atividade: Saúde Humana.
1988 - 1988	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1968 - 1971	Graduação em Psicologia. Université Paris Diderot, PARIS 7, França.

Livre-docência

2010	Livre-docência. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. Título: SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Ano de obtenção: 2010. Palavras-chave: Saúde mental; Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Mental. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde da Criança da Adolescência e da Jovem.

Formação Complementar

2003 - 2003	Introdução Bioestatística. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.