## UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PC	1(	IA	N	Δ	SII	VA	DE	OI	<b>JVEI</b>	$\mathbf{R}\mathbf{A}$

Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva

#### POLIANA SILVA DE OLIVEIRA

# Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva

#### Versão Original

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### OLIVEIRA, Poliana Silva de

Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva. Ribeirão Preto, 2018.

104 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Fortuna, Cinira Magali.

1. Apoio matricial. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Análise institucional.

Nome: OLIVEIRA, Poliana Silva de

Título: Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado	em:
----------	-----

#### Banca Examinadora

Prof. Dr			
Instituição:			
Julgamento:			
Prof. Dr	 		
Instituição:			
Julgamento:			
Prof. Dr			
Instituição:	 	 	
Iulgamento:			



#### **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por transformar tantos desafios, em oportunidades de crescimento, por cuidar de mim e ajudar a realizar meus sonhos.

A minha família, em especial meus pais, Carminha e José, pelo caráter, pela garra de lutar para nos criar com dignidade. Aos meus irmãos, Adriana e Saulo, pelos momentos de risada, pela oportunidade de conviver com vocês, pela ajuda em todos os momentos que precisei, pela Tia Maria que aguenta o meu jeito difícil de ser, que cuida com tanto carinho e humildade. Devo esta e muitas conquistas ao apoio que recebo de vocês!!!!

A minha querida orientadora e amiga professora Cinira, pelo carinho, amizade que tem por mim. Agradeço por acreditar em mim mesmo nos muitos momentos que eu não acreditava. És um exemplo de ser humano e não apenas de professora. Orienta com amor e maestria todos seus orientandos, és nossa mãe intelectual e mãe das "caronas". Nos bastidores nossa estimada Tia Cinis/Tia Cinira. Para mim apenas Ci, amiga que esteve presente nos momentos bons e ruins da vida universitária e pessoal. Que me deu pouso em sua casa, compartilhou comigo seus momentos de alegria e tristezas, tens vencido todos os desafios. Nunca se esqueça que fui sua primeira orientanda, lá em 2008-2009 na iniciação científica (apenas um lembrete). Enfim és Mestre na arte de cuidar e ensinar! Estarás sempre em minhas orações e em meu coração!

A todos meus queridos companheiros do GEPAI: Priscila, Fabiana, Luana, Simone, Zé Renato, Flávio, Karen, Maristel, Talita, Fernanda e Larissa. A todos os outros orientandos e alunos da professora Cinira que sempre me trataram com muito carinho. Muito obrigado por me ajudarem neste percurso do mestrado, na finalização da dissertação, nos detalhes, por acolherem meus momentos de desespero, pelas boas risadas que demos. Com certeza, ainda que distantes, estarão sempre no meu coração.

Em especial é preciso aqueles companheiros de longa data, que perturbei várias vezes no WhatsApp pedindo socorro, às vezes desabafando, pedindo colo: Priscila pelo companheirismo em todos os momentos, pela preocupação e cuidado que sempre teve comigo. A Fabiana que desde o início do mestrado acolheu meus momentos de crises, que não foram poucos, que sempre procurou corrigir-me e também orientar-me com todo jeito

indescritível Fabi de ser. A Luana, minha querida amiga, que se arriscou em tentar me ensinar Francês, tão paciente, tão dedicada. A Simone com seu dinamismo, com seu "vai dar tudo certo Poli", que me dava força para lutar. A Karemme nossa mãe do ano, também sempre tão doce e solicita. A Karen e Maristel pelo companheirismo, sempre tão dispostas a me ajudar. E, por fim, mas não menos importantes, ao Zé Renato e Flávio por todo carinho que sei que vocês têm por mim, pelo apelido de PoliOne que o Flávio me deu, de que sou única, pela paciência que o Zé Renato tem de acalmar, divertir, me zuar (um dia tomamos um chá juntos, mas preparado por mim!)

Aos Docentes e Discentes do Programa Tecnologia e Inovação em Enfermagem, pela oportunidade da aprendizagem conjunta, pelas ricas discussões que tivemos sobre o SUS. Em especial a Professora Silvia Matumoto, Maria Lucia Robazzi, Fernanda Ludimila Rossi e Cinira Magali Fortuna, membros da Comissão Coordenadora do Mestrado Profissional, pelo carinho que sempre me trataram, pelo aprendizado que me concederam em relação a estrutura da universidade e programas de pós-graduação.

A todos os funcionários da EERP, o pessoal da portaria, da limpeza, da pós-graduação que também contribuíram de maneiras distintas mais importantes neste processo

A todos meus amigos de Guará a presença de vocês foi muito importante neste caminhar, não é possível dizer o nome de todos, pois vocês são muitos, sou agraciada por ter ao meu redor pessoas tão especiais.

Aos colegas de profissão do CAPSi e trabalhadores de outros setores do município onde trabalho, mesmo o estudo não ocorrendo na cidade como esperado, acredito que este estudo possa contribuir para o cuidado às crianças e adolescentes aos quais somos responsáveis. A presença de vocês foi muito importante neste caminhar, não é possível dizer o nome de todos, pois vocês são muitos, sou agraciada por ter ao meu redor pessoas tão especiais.

A comunidade 4 do Caminho Neocatecumenal de Guará por todas as orações, por também cuidarem de mim, mesmo sendo um membro meio rebelde

Aos profissionais do município onde este estudo se realizou, não posso dizer o nome de vocês por uma questão ética, mas saibam que contribuíram muito para meu crescimento pessoal e profissional, espero que de alguma forma também tenha contribuído com vocês!

#### **RESUMO**

OLIVEIRA, P. S. Experimentações no apoio matricial em saúde mental para crianças e adolescentes na atenção básica: a busca pela aprendizagem coletiva. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Esta dissertação parte da problemática da desarticulação entre as equipes de atenção básica e as equipes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com relação às crianças e adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental. Utiliza o Apoio Matricial (AM) como um dispositivo para desencadear processos de análise coletiva entre profissionais de saúde do campo da Atenção à Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) e aproximar os serviços de atenção primária e secundária. O objetivo geral deste estudo foi experienciar o Apoio Matricial em Saúde Mental com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à saúde mental de crianças e adolescentes, segundo o referencial da Análise Institucional. Um dos objetivos específicos foi promover a discussão sobre o cuidado em saúde mental para esta população em articulação com o CAPS. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, apoiada nos conceitos da Socioclínica Institucional. A produção de dados ocorreu por meio de encontros de reflexão com trabalhadores de duas equipes da ESF e do CAPS de um município de pequeno porte do interior do Estado de São Paulo. Ao todo, participaram da pesquisa 18 profissionais, sendo distribuídos em dois grupos: A (8 participantes) e B (10 participantes), ambos com a participação de um profissional do CAPS. Foram realizados seis encontros de reflexão com o grupo A e cinco com o grupo B. Os encontros foram gravados em mídia digital e transcritos na íntegra. Além disso, a pesquisadora também realizou anotações em diário de campo. O material produzido foi analisado a partir dos princípios da Socioclínica Institucional e os resultados apresentados de acordo com os mesmos: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho avança; aplicação de modalidades de restituição; intenção da produção de conhecimentos; atenção aos contextos e às interferências institucionais e trabalho das implicações primárias e secundárias, sendo também considerada a conexão existente entre eles. Dessa forma, apresentamos como resultado e discussão as reflexões realizadas com os profissionais participantes do dispositivo AM acerca do cuidado voltado à SMCA em suas áreas de abrangência, atentando para a problematização sobre o conceito de saúde mental e a identificação do cuidado pautado por diagnósticos psiquiátricos; solicitação da presença de psicólogos na ESF para suprir a demanda de usuários que têm algum tipo de sofrimento mental; o uso das tecnologias leves, como a escuta e os atravessamentos da divisão do trabalho, moldando o entendimento de que a prática de escutar é apenas trabalho do psicólogo; a pouca articulação entre as equipes da ESF e do CAPS com interferência de outros estabelecimentos na condução da coordenação do cuidado intersticial das crianças e adolescentes e, por fim, as relações estabelecidas entre a pesquisadora e o grupo, propiciando algumas transformações durante a pesquisa. Ressalta-se que as reflexões ocorridas promoveram a análise da prática realizada pela articulação dos trabalhadores com vistas à construção de um conhecimento coletivo. Essas considerações contribuem para processos e estudos acerca do Apoio Matricial em SMCA.

Palavras-chave: Apoio Matricial. Saúde Mental. Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Análise Institucional.

#### **ABSTRACT**

OLIVEIRA, P. S. Experimentations on matrix support in mental health for children and adolescents in basic healthcare: the search for collective learning. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

This dissertation starts from the problematic of the disarticulation between the basic healthcare teams and the Center for Psychosocial Healthcare teams (CPH) and the Family Healthcare Support teams regarding children and adolescents who need mental healthcare. It uses the Matrix Support (MS) as a device to trigger processes of collective analysis among health professionals in the field of Mental Health Care for Children and Adolescents (MHCCA) and to rapproch primary and secondary healthcare services. The general aim of this study was to experience the Matrix Support in Mental Healthcare with Family Health Strategy (FHS) teams in relation to the mental healthcare of children and adolescents, according to the Institutional Analysis framework. And one of the specific aims was to promote the discussion on mental healthcare for this population in articulation with CPH. It is a qualitative research based on the concepts of Institutional Socioclinic. The data were produced through reflection meetings with workers from two FHS and CPH teams from a small municipality in the intern part of the State of São Paulo. In all, 18 professionals participated in the study, distributed in two groups, A (8 participants) and B (10 participants), both with the participation of a CPH professionals. Six reflection meetings were held with group A and five with group B. The meetings were recorded in digital media and transcribed in full, the researcher also made notes in field journal. The material produced was analyzed based on the principles of Institutional Socioclinic, and the results were presented according to them: order analysis and demand analysis; participation of the subjects in the device; search for analyzers; analysis of the transformations that occur as the work progresses; use of several types of data restitution; intention of knowledge production; attention to institutional contexts and interference; primary and secondary implications, and the connection between them was also considered. Thus, we present as a result and discussion the reflections carried out with the professionals participating in the MS device about healthcare for MHCCA in its areas of coverage, paying attention to the problematization of the concept of mental health and the identification of care based on psychiatric diagnoses; solicitation of the presence of psychologists in the FHS to supply demand of the users that have some type of mental

suffering; the use of light technologies such as listening and the crossings of the division of labor, shaping the understanding that the practice of listening is responsibility of the psychologist; the lack of articulation between the FHS and CPH teams with interference from other institutions in the coordination of the interstitial care of children and adolescents and, finally, the relations established between the researcher and the group, providing some changes in those involved during the research. It should be emphasized that the reflections that occurred promoted the analysis of the practice carried out by the articulation of the workers with in order to construct collective knowledge. This contributes to processes and studies about Matrix Support in MHCCA.

Keywords: Matrix Support. Mental health. Nursing. Family Health Strategy. Institutional Analysis.

#### **RESUMÉ**

OLIVEIRA, P. S. Expériences sur le soutien matriciel en santé mentale pour les enfants et adolescents en soins de base: la recherche d'un apprentissage collectif. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Cette dissertation part du problème de déconnexion entre les équipes de soins primaires et les équipes de Centre de soins psychosociaux et des centres de soutien pour la santé de la famille en ce qui concerne les enfants et les adolescents qui ont besoin de soins de santé mentale. Il utilise Le soutien matriciel (SM) en tant que dispositif pour déclencher des processus d'analyse collective des professionnels de la santé du domaine de la santé mentale pour les enfants et les adolescents (SMEA) et la proximité entre les services de soins primaires et secondaires. L'objectif général de cette étude était de faire l'expérience des équipes de soutien matriciel en santé mentale avec la stratégie de santé familiale (SSF) en lien avec la santé mentale des enfants et des adolescents, selon le cadre d'analyse institutionnelle. Et l'un des objectifs spécifiques était de promouvoir la discussion sur les soins de santé mentale pour cette population en articulation avec le Centre de Soins Psychosociaux (CSP). C'est une recherche qualitative basée sur les concepts de la Socioclinique Institutionnelle. Les données ont été produites lors de réunions de réflexion avec des travailleurs de deux équipes du SSF et de CSP d'une petite municipalité de l'intérieur de l'État de São Paulo. En tout, 18 professionnels ont participé à l'étude, répartis en deux groupes, A (8 participants) et B (10 participants), tous deux avec la participation d'un professionnel CSP. Six réunions réflexives ont eu lieu avec le groupe A et cinq avec le groupe B. Les réunions ont été enregistrées dans les médias numériques et transcrites intégralement, le chercheur a également pris des notes dans des carnets de terrain. Le matériel produit a été analysé sur la base des principes de la Socioclinique Institutionnelle, et les résultats présentés selon eux: analyse des comandes et des demandes; la participation des sujets dans l'e dispositif; travail avec les analyseurs; l'analyse des transformations qui se produisent au fur et à mesure que l'œuvre progresse; l'application des modalités de restitution; intention de production de connaissances; attention aux contextes institutionnels et aux interférences; implications primaires et secondaires, et le lien entre eux a été également considéré. Ainsi, nous présentons à la suite de la discussion et les considérations faites avec les participants professionnels du dispositif SM au sujet des soins SMEA dans leurs zones de couverture, en accordant une attention à la remise en cause du concept de la santé mentale et l'identification des soins guidés par un diagnostic psychiatrique; la sollicitation de la présence de psychologues dans le SSF pour fournir à la demande de l'utilisateur un certain type de souffrance mentale; l'utilisation des technologies légères telles que l'écoute et les traversées de la division du travail, façonnant la compréhension que la pratique de l'écoute est responsabilité du psychologue; la petite coordination entre les équipes SSF et CSP avec l'interférence d'autres établissements dans la conduite de la coordination des soins interstitiels des enfants et des adolescents et, enfin, les relations entre le chercheur et le groupe, ce qui permet des transformations impliquées dans la recherche. Il faut souligner que les réflexions qui ont eu lieu ont favorisé l'analyse de la pratique menée par l'articulation des travailleurs en vue de la construction d'un savoir collectif. Ceux-ci contribuent aux processus et aux études sur le sutien matriciel dans SMEA.

Mots-clés: Sutien Matriciel. Santé mentale. Soins infirmiers. Stratégie de Santé Familiale. Analyse institutionnelle.

#### RESÚMEN

OLIVEIRA, P. S. Experimentos en el apoyo matricial en salud mental para niños y adolescentes en la atención básica: la búsqueda del aprendizaje colectivo. 2018. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Esta disertación parte de la problemática de la desarticulación entre los equipos de atención básica y los equipos del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) con relación a los niños y adolescentes que necesitan cuidados en salud mental. Utiliza el Apoyo Matricial (AM) como un dispositivo para desencadenar procesos de análisis colectivo entre profesionales de salud del campo de la Atención a Salud Mental para Niños y Adolescentes (SMCA) y aproximar los servicios de atención primaria y secundaria. El objetivo general de este estudio fue examinar el Apoyo Matricial en Salud Mental con equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en relación a la salud mental de niños y adolescentes, según el referencial del Análisis Institucional. Uno de los objetivos específicos fue promover la discusión sobre el cuidado en salud mental para esta población en articulación con el CAPS. Se trata de una investigación de abordaje cualitativo, apoyada en los conceptos de la Socioclínica Institucional. La producción de datos ocurrió por medio de encuentros de reflexión con trabajadores de los equipos da ESF y del CAPS de un municipio de pequeño porte del interior del Estado de São Paulo. En total, participaron en la investigación 18 profesionales, distribuidos en dos grupos: A (8 participantes) e B (10 participantes), ambos con la participación de un profesional del CAPS. Se realizaron seis encuentros de reflexión con el grupo A y cinco con el grupo B. Los encuentros fueron grabados en medios digitales y transcriptos en su totalidad. Además, la investigadora también realizó anotaciones en diario de campo. El material producido fue analizado a partir de los principios de la Socioclínica Institucional y los resultados presentados de acuerdo con los mismos: análisis de la encomienda y de las demandas; participación de los sujetos en el dispositivo; trabajo de los analizadores; análisis de las transformaciones que ocurren a medida que el trabajo avanza; aplicación de modalidades de restitución; intención de la producción de conocimientos; atención a los contextos y a las interferencias institucionales y trabajo de las implicaciones primarias y secundarias, considerando también la conexión existente entre ellos. De esta forma, presentamos como resultado y discusión las reflexiones realizadas con los profesionales participantes del dispositivo AM sobre el cuidado orientado a la SMCA en sus áreas de alcance, atentando para la problematización sobre el concepto de salud mental y la identificación del cuidado pautado por diagnósticos psiquiátricos; solicitación de presencia de psicólogos en la ESF para suplir la demanda de usuarios que tienen algún tipo de sufrimiento mental; el uso de tecnologías ligeras, como la escucha y los atravesamientos de la división del trabajo, enfatizando el entendimiento de que la práctica de escuchar es sólo trabajo del psicólogo; la poca articulación entre los equipos de la ESF y del CAPS con interferencia de otros establecimientos en la conducción de la coordinación del cuidado intersticial de los niños y adolescentes y, por último, las relaciones establecidas entre la investigadora y el grupo, propiciando algunas transformaciones durante la investigación. Se resalta que las reflexiones ocurridas promovieron el análisis de la práctica realizada por la articulación de los trabajadores, con el fin de construir un conocimiento colectivo. Estas consideraciones contribuyen a procesos y estudios sobre el apoyo matricial en SMCA.

**Palabras clave:** Apoyo Matricial. Salud Mental. Enfermería. Estrategia Salud de la Familia. Análisis Institucional.

#### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

AI Análise Institucional

AM Apoio Matricial

APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS Atenção Primária à Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I Centro de Atenção Psicossocial – Tipo I

CAPS III Centro de Atenção Psicossocial – Tipo III

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

CER Centro Especializado em Reabilitação

CONEP Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

DRS Departamento Regional de Saúde

DRS VIII Departamento Regional de Saúde VIII de Franca

EERP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EPS Educação Permanente em Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

FMRP Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

GEPAI Grupo de Estudos em Análise Institucional

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPUB Instituto de Psiquiatria

NSF Núcleo de Saúde da Família

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUPPSAM Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental

OMS Organização Mundial da Saúde

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNH Política Nacional de Humanização

PSE Programa de Saúde na Escola

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

SAM Serviço de Assistência ao Menor

SMCA Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

SMS Secretaria Municipal da Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UBS Unidade Básica de Saúde

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

USP Universidade de São Paulo

### SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	23
3 REVISÃO DA LITERATURA	25
3.1 Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes	25
3.2 Saúde Mental Infanto-juvenil na Atenção Básica	31
3.3 O Apoio Matricial como Dispositivo da Educação Permanente em Saúde	34
4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	37
4.1 Objetivo Geral	37
4.2 Objetivos Específicos	37
5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	38
6 PERCURSO METODOLÓGICO	42
6.1 Tipo de Estudo	42
6.2 Caracterização do Local do Estudo	43
6.3 Participantes do estudo	43
6.4 Aspectos Éticos	44
6.5 A produção de Dados: Encontros de Reflexão e Diário de pesquisa	46
6.6 Análise dos Dados	48
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
7.1 Implicações da Pesquisadora	49
7.2 Análise da encomenda e das demandas	50
7.2.1 Análise da Encomenda Inicial	50
7.2.2 Adentrando o Campo de Intervenção e Campo de Análise	53
7.2.3 A Encomenda e as Demandas: Encontros e Desencontros em reflexão	56
7.3 Participação dos Sujeitos no Dispositivo	64
7.4 Trabalho dos analisadores	67
7.5 A Intenção da Produção do conhecimento	75
7.6 A restituição como ferramenta para análise das transformações ocorridas	na
Intervenção	79
7.7 Atenção aos Contextos e Interferências Institucionais	88
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE	101
ANEXO	104

#### 1 APRESENTAÇÃO

O tema pesquisado brotou de minha vivência nos campos de Saúde Coletiva (SC) e Saúde Mental (SM) durante a graduação e, posteriormente, como enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

Desde o início das minhas funções como enfermeira, me inquietava certa distância que existia entre as equipes da Atenção Básica (AB) e CAPSi. Presenciei várias situações em que muitos adolescentes e seus pais não tinham como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS) que ficava a poucos quarteirões de sua casa, mesmo no caso de problemas clínicos, como problemas respiratórios, entre outros.

Diante desta minha inquietação, passei a realizar visitas domiciliares aos pacientes mais graves, não somente do ponto de vista psíquico/clínico, mas também social, aos que acreditava precisarem ter uma relação com as UBS próximas às suas casas. Nessas visitas, sempre procurava convidar a enfermeira da UBS e fazia certa apresentação, pois em alguns casos os pacientes não as conheciam. Minha expectativa era estabelecer parcerias e auxiliar as famílias a terem mais autonomia para acessar recursos tão próximos delas e que lhes eram de direito.

Durante as visitas e mesmo em outros contatos com profissionais da atenção básica, notava que havia receio da aproximação de alguns trabalhadores com pessoas que demandam um cuidado mais diretamente ligado a problemas que envolviam a saúde mental. Era como se o paciente pertencesse exclusivamente ao CAPSi.

Sempre me questionei sobre a relação que estabelecemos com nossos usuários, de que eles nos "pertencem". Se "pertencem" a determinado médico, então só podem ser cuidados por aquele médico. Se "pertencem" ao CAPSi, então somente o CAPSi pode cuidar ou, ainda dentro dos CAPSi, só pode ser cuidado pelo psicólogo que é responsável pelo caso. Diante dessas inquietações e questionamentos, surgiu o desejo de atuar neste hiato entre a SM e a AB, ponderando que era preciso discutir, refletir sobre as potencialidades e dificuldades de articulação.

Neste contexto de questionamentos e vontade de mudanças, iniciei o Mestrado Profissional (MP) na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) sob a orientação da professora Cinira Magali Fortuna.

Confesso que ainda ressoam em mim suas palavras quando a questionei sobre o que era a Análise Institucional (AI)? Ela respondeu de maneira cuidadosa que o referencial é como óculos, um modo de olhar a pesquisa. Sendo assim, a Análise Institucional seria um tipo de óculos e que se eu quisesse eu poderia utilizá-lo.

Penso ser importante pontuar que em nenhum momento fui obrigada a utilizar a AI neste estudo, foi minha a decisão de navegar nestas águas, até então desconhecidas para mim. No entanto, não naveguei sozinha. O assunto "análise institucional" povoava os interstícios de nossa vida acadêmica, desde locais formais como exames de qualificação, bancas de mestrado e doutorado e início do Grupo de Estudos em Análise Institucional (GEPAI), até no bate papo na sala da orientadora, nos momentos de almoço (corridos, mas descontraídos), nas "caronas" cedidas pela orientadora. Todas estas oportunidades me fizeram amadurecer e descobrir que o referencial teórico pode tornar-se um óculos que auxilia a ter uma visão não apenas da pesquisa, mas de uma visão de mundo.

Baremblitt (1994) ao discorrer sobre as posições de um analista institucional dentro de uma intervenção relata a existência do analista que se declara analista institucional, sendo convidado ou contratado exatamente pela sua expertise em AI.

Considero este estudo uma aproximação bastante singela de alguns conceitos do Movimento Institucionalista, neste sentido me identifico neste momento com a alternativa de inserção também referida pelo autor, pois não fui "contratada "e nem mesmo ofertei serviços como uma institucionalista, procurei certamente utilizar as ferramentas/conceitos provenientes da AI, nesta pesquisa intervenção.

Existe uma quarta possibilidade, que é aquela pela qual um institucionalista que não se caracteriza como tal e não oferece seus serviços como tal, se infiltra em uma organização à qual ele pode pertencer organicamente ou não, e o faz sob o rótulo, na condição de qualquer outra coisa que faça parte dos papéis formais existentes nessa organização, mas que não seja o de institucionalista. É o caso, por exemplo, de um morador numa associação de bairro, em que ninguém sabe que seja institucionalista, ninguém está informado de que ele oferece serviços de institucionalista, mas que, dentro do seu papel de morador, opera como institucionalista, sem explicitar essa condição (BAREMBLITT, 1994, p. 103).

No meu ambiente de trabalho eu pensava sobre os acontecimentos, os analisadores naturais, as implicações, os atravessamentos, alguns conceitos da AI, mas pensava também na minha vida, da minha relação com o campo da saúde mental, tanto por momentos difíceis que passei quando também apresentei momentos de depressão, com um intenso sofrimento. Pensava nas crianças e adolescentes que também padeciam de algum tipo de sofrimento psíquico e, a partir destas vivências pessoais e profissionais e também das lacunas em relação dificuldade da articulação entre os equipamentos de saúde mental com a atenção básica, no campo da saúde mental de crianças e adolescentes.

Desse modo, minha inserção no mestrado profissional me instiga a pensar na complexidade do viver/aprender.

Antes de apresentarmos, por fim, a disposição que essa dissertação terá, gostaria de ressaltar que na vida, nossas vivências e sentimentos, não estão separadas em repartições como em caixinhas: caixa do trabalho, da família, da amizade e do amor. Na realidade, somos atravessados por fatos, por pessoas e tudo acaba por interagir. Da mesma forma, cada parte desta dissertação é interpenetrada, complementada e misturada com as outras partes. No entanto, para melhor visualização e compreensão do leitor escolhemos a seguinte disposição dos capítulos: 2- Introdução e Justificativa; 3- Revisão da Literatura: Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes, Saúde Mental Infanto-juvenil na Atenção Básica, O Apoio Matricial como dispositivo da Educação Permanente em Saúde; 4- Objetivo Geral e Específicos; 5- Referencial Teórico e Metodológico; 6- Percurso Metodológico: Tipo de Estudo, Caracterização do Local do Estudo, Participantes do estudo, Aspectos Éticos, A produção de Dados: Encontros de Reflexão e Diário de pesquisa, Análise dos Dados; 7-Resultados e Discussão: Implicação da Pesquisadora; Análise da encomenda e das demandas, Análise da Encomenda Inicial; Adentrando o Campo de Intervenção e Campo de Análise; A Encomenda e as Demandas: Encontros e Desencontros em reflexão; Participação dos Sujeitos no Dispositivo; Trabalho dos analisadores; A Intenção da Produção do conhecimento; A restituição como ferramenta para análise das transformações ocorridas na Intervenção; Atenção aos Contextos e Interferências Institucionais; e, por fim, 8- Considerações Finais.

#### 2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O campo de investigação sobre a saúde mental na atenção básica tem sido ampliado nos últimos anos, especificamente sobre a saúde mental de crianças e adolescentes na atenção primária com pesquisas importantes (DELFINI; REIS, 2012; SINIBALDI, 2013; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2015; GOMES et al., 2015; TEIXEIRA et al., 2017). Porém, o caminhar ainda é tímido, apesar das evidências epidemiológicas sobre o sofrimento psíquico na infância e adolescência (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2016). Pretendemos, portanto, auxiliar no avanço das investigações sobre o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes na atenção básica.

Este estudo vem ao encontro dos debates intersetoriais e da sociedade civil, representados também pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, ocorrido em 2004, que declara: "Deverão ser fomentados estudos e pesquisas relacionados aos atuais desafios clínicos e de gestão no campo da Saúde Mental Infanto-juvenil, assim como estudos de avaliação/qualificação dos serviços que compõem a rede de assistência" (BRASIL, 2014, p. 28).

Com a proposta da utilização do dispositivo do Apoio Matricial (AM), sustentado na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS) e tendo como base o referencial teórico metodológico da Análise Institucional, esta pesquisa configura-se em um fomento a problematização e reflexão dos e com os trabalhadores de saúde, o que pode permitir avanços sobre os processos de cuidado neste campo específico. Salientamos que seus resultados não serão os mesmos em todas as equipes de saúde da família e nos CAPS dos diversos municípios do país, mesmo os de pequeno porte, mas as reflexões aqui propiciadas podem ir ao encontro da realidade de muitos profissionais, pais, cuidadores e das próprias crianças e adolescentes.

No campo específico da enfermagem, este trabalho pode ampliar a visão das funções do enfermeiro no Apoio Matricial, transmutando a visão de um supervisor da equipe de enfermagem, na valorização apenas de técnicas e procedimentos e o coloca, de fato, como um membro operante, articulado com a equipe de Saúde Mental e Saúde da Família. Assim, destaca-se seu papel de educador em uma educação participativa, crítica, que possa ampliar seus horizontes de atuação.

Por isso, neste estudo propomos experienciar, ou seja, colocar em prática modos de aprender e de conhecer mediante a vivência, a experiência obtida no trabalho, refletindo sobre o campo da saúde mental à crianças e adolescentes. Para isto, utilizamos o Apoio Matricial como um dispositivo, também, de aproximação de trabalhadores do campo específico da saúde

mental com os da atenção básica, em um município de pequeno porte que apresenta poucas ações de articulação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o CAPS, ainda em um processo limitado de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No mestrado profissional, somos convidados a tomar um problema vivenciado em nossa prática profissional e propormos perspectivas, respostas provisórias e análises mais aprofundadas.

O problema vivenciado em serviços de saúde mental infantil do tipo CAPSi relacionase ao encaminhamento de adolescentes e crianças vindo da atenção básica para serviços de atenção secundária sem a respectiva corresponsabilização e com a aposta centrada na medicalização e na hiperespecialização. A integração dos diversos pontos da rede de atenção estaria dificultada por quais motivos?

Sabe-se que o apoio matricial pode constituir-se um dispositivo de integração dos diversos pontos da rede de atenção (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2017). Então haveria potencialidade a interrogação do modo segmentado de atenção através do acompanhamento matricial de equipes de estratégia saúde da família?

Por isso, nos guiamos pela seguinte questão norteadora: é possível, por meio do dispositivo do Apoio Matricial, sensibilizarmos, equipes da ESF e do CAPS I para realização de cuidados compartilhados a atenção a Saúde Mental para Crianças e Adolescentes?

Esperamos, de modo geral, contribuir para uma aprendizagem significativa e efetiva sobre as potencialidades de ações em saúde mental infanto-juvenil.

#### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Neste tópico, apresentamos uma revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007) sobre a atenção a saúde mental infanto-juvenil e a organização dos sistemas de saúde frente a esta assistência. Os sistemas de saúde "são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações, que se expressam fundamentalmente, nas suas situações de saúde". Por isso, são sempre influenciados pela história do passado, presente e o que se vislumbra para o futuro (BRASIL, 2015, p.23).

Desta forma, pretendemos discorrer brevemente sobre como se deu o início da configuração da atenção à Saúde Mental para Crianças e Adolescentes (SMCA) no mundo e no Brasil, destacando o lugar que a criança e o adolescente ocupam na sociedade, suas peculiaridades, seus modos de andar e adoecer na vida e, finalmente, como se tem organizado a assistência à saúde para esta parcela da população no campo da saúde mental. Existem muitos desafios, no entanto, também há potencialidades de enfrentamentos, como por exemplo, a possibilidade concreta da articulação da saúde mental com a atenção básica, tendo o apoio matricial como dispositivo para fomentar esta inter-relação (DIMENSTEIN et al., 2009; SALVADOR; PIO, 2016)

Para uma melhor organização didática, dividimos este capítulo em três subitens: Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes; Saúde Mental Infanto-Juvenil na Atenção Básica e O Apoio Matricial como Dispositivo da Educação Permanente em Saúde.

#### 3.1 Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes

A assistência sistemática à SMCA esteve, em seus primórdios, relacionada aos problemas escolares enfrentados por aqueles que não conseguiam se adequar às exigências do desempenho intelectual esperado pela comunidade escolar (REIS et al., 2016).

Ariès (1981), em seu livro, A História Social da Criança e da Família, salienta que na sociedade industrial a estruturação do sistema educacional, representada por equipamentos como a escola, definiu um novo tipo de relação da criança com a família. A escola passou a ocupar o lugar de portadora da educação por meio da transferência de valores e saberes, assumindo parte substancial da responsabilidade pela formação de crianças e jovens dentro da sociedade. As crianças terminaram por permanecer em jornadas cada vez mais longas nos estabelecimentos escolares, sob a observação e intervenções direta dos educadores.

Neste contexto, a psiquiatria infantil estrutura-se de maneira muito associada à organização de um sistema de educação obrigatório e público. Na França, por exemplo, surgem locais como a Escola para Crianças Idiotas, fundada em 1821, no interior do Hospício de Salpêtrière (REIS et al., 2016).

Neste período, o olhar sobre a SMCA estava alicerçado nos princípios da psiquiatria biológica, por meio da identificação de sinais e sintomas caracterizados como inadequados. Objetivava-se, então, a identificação da incapacidade intelectual, por exemplo, com a construção de diagnósticos como idiota, imbecil e débil; além do direcionamento do controle comportamental dos jovens, principalmente aqueles que alteravam as normas e ordens sociais e, finalmente, o estímulo às investigações sobre o início do estabelecimento de psicopatologias adultas na idade infantil (REIS et al., 2016).

Apesar da marcante presença da questão da incapacidade intelectual na constituição inicial do campo da SMCA, principalmente por influência da psiquiatria biológica, é importante destacarmos a atuação de pensadores e pesquisadores, principalmente na Europa, que durante os séculos XIX e XX empenharam-se na compreensão menos redutora dos problemas de saúde mental de criança e adolescentes.

São muitos pensadores com contribuições muito importantes, contudo, a título de espaço, citamos Pestalozzi (1746-1827) com o desenvolvimento de processos pedagógicos sustentados por uma educação social e popular que consideravam o que é ser criança; Jean Piaget (1896-1980) com a teoria do desenvolvimento infantil, incluindo a construção da realidade, socialização e interações e Leo Kanner (1894-1981) com os estudos sobre o autismo que segundo Reis e colaboradores (2016), instauram um:

divisor de águas na história da saúde mental infanto-juvenil [...] inaugura uma dupla ruptura: descreve um transtorno grave, próprio da criança, sem procurar correspondência no universo psicopatológico do adulto e, de outro lado, abre um espaço para considerações de ordem da psicopatologia infantil na independência dos fenômenos de déficit intelectual (REIS et al., 2016, p.115).

No campo de organização de Políticas Públicas voltadas a crianças e adolescentes, a concepção de Política é "entendida aqui como o conjunto de princípios, diretrizes e normas que regulamentam as práticas sociais e a gestão dos bens públicos, em função de um bem individual e coletivo (seja saúde, a educação, a justiça, a cultura, etc.)" (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016, p.33).

Somente após a Segunda Guerra, os organismos internacionais voltam o olhar para os transtornos mentais na infância e adolescência com a inclusão no campo da atenção materno

infantil dentro do movimento higienista, condição que também deixou a questão da SMCA em segundo plano, a despeito da dedicação ações de combate a mortalidade infantil. Somente a partir da década de 1970, com a criação da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), de fato, o campo da saúde mental de crianças e adolescentes inicia sua valorização no que tange a busca pela organização de uma atenção da saúde (REIS et al., 2016).

No Brasil, a assistência era prestada majoritariamente por órgãos filantrópicos como a igreja, com os orfanatos coordenados por Ordens Religiosas, especialmente durante o final do império e início da república. A partir da Primeira República (1889 – 1930), são criados o Código de Menores e o Serviço de Sistema ao Menor, órgãos voltados para crianças e jovens carentes, abandonados por suas famílias ou com algum tipo de conflito com a lei. Outros códigos e serviços, também, foram estruturados durante o Estado Novo (1937 – 1946) como Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e, no Regime Militar (1964 – 1985), a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor. Todos esses serviços tinham o intuito de regularizar, controlar e normatizar os chamados menores, que estavam em situação "irregular" e poderiam ter uma infância e juventude problemática (RIBEIRO; PAULA, 2013).

A política de saúde à crianças e adolescentes atual, configura-se, essencialmente, a partir das lutas sociais alavancadas pelos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária ocorridas ao final da década de 1970, notadamente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Com o processo de redemocratização do Brasil, o olhar sobre as crianças é ampliado, culminando na promulgação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente, que respalda o direito a todas as crianças a assistência à saúde e a educação de qualidade. Assim, surge um novo olhar sobre crianças e adolescentes como sujeitos de direito e não mais como aqueles que estão alocados de alguma maneira irregular na sociedade (RIBEIRO; PAULA, 2013).

O movimento da reforma psiquiátrica, influenciado pelas várias experiências que ocorreram em muitos países europeus como França, Inglaterra, mas principalmente Itália, foi concebido no seio de mobilizações de diversos atores, que lutavam por mudanças nas ações em Saúde Mental instituídas. O modelo de Atenção à Saúde Mental, predominantemente, fundamentava-se na medicalização de sintomas psiquiátricos, confinamento, controle dos pacientes, nos lócus dos Hospitais Psiquiátricos ou nos denominados Manicômios (FEITOSA et al., 2010; AMARANTE, 1995; AMARANTE; DIAZ, 2012).

A Reforma Psiquiátrica sofreu forte influência da Reforma Sanitária, pois ambas buscavam mudanças qualitativas e não apenas de ordem administrativa. A privatização das ações de saúde, com contratação de serviços com financiamento do governo aos hospitais privados, com posterior compra dos mesmos, ampliou o número de hospitais psiquiátricos e de

leitos, o que transformou a doença mental em objeto de lucro, conhecida como a "indústria" da loucura (CERQUEIRA, 1984; FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006). Todo esse processo foi sucateando os hospitais psiquiátricos, e, posteriormente, denunciado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que articulava mobilizações, reinvindicações trabalhistas e denúncias dos profissionais, usuários e familiares (AMARANTE, 1995). Podemos dizer que o MTSM foi um dos primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

As políticas públicas para SMCA, também, foram atravessadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. No entanto, até a década de 1990, ainda persistia um modelo fortemente voltado à institucionalização de crianças e adolescentes. As propostas ofertadas a esta gama da população somente ganharam força no início do século XXI, a partir da III Conferência de Saúde Mental de 2001, com a inserção efetiva da discussão e recomendações para um cuidado integral e integrado a crianças e adolescentes (FEITOSA et al., 2010).

Para atendermos a complexidade do cuidado à saúde a crianças e adolescentes em todos os âmbitos, são necessárias ações intra e intersetoriais. Para tanto, atualmente, dentro do sistema de saúde brasileiro, estruturam-se as Redes de Atenção à Saúde, como forma de alcançar uma integralidade horizontal, com melhor articulação e comunicação entre os serviços de saúde. Além disso, na perspectiva da atenção psicossocial, foi estabelecida a RAPS através da Portaria nº 3088, em 23 de dezembro de 2011. Sua "finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS", contemplando também o cuidado à saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2011, p. 1).

Dentre os pontos de atenção pertencentes à RAPS, no que concerne ao cuidado à SMCA, destacam-se os serviços de Atenção Básica, em especial a ESF, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas categorias (CAPS I; CAPS II; CAPSi, CAPSad; CAPS III), que juntamente com outros pontos de atenção devem permanecer em estreita e contínua integração e articulação.

Esta estruturação de uma atenção que valoriza os aspectos psicossociais de crianças e adolescentes ainda é recente. Ao longo da história, crianças e adolescentes foram considerados e tratados como adultos em miniatura, "a duração da infância era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos" (ARIÈS, 1981, p. 4). Assim, acreditava-se que elas precisavam de mecanismos de controle e punição diante das transgressões do socialmente aceito.

Atualmente, apontam-se peculiaridades e subjetividades diferentes entre adultos e crianças. Essas peculiaridades passam a ser consideradas, mas também medicalizadas, pois fogem da ordem do que é normalmente instituído pela sociedade (CERVO; SILVA, 2014; SANCHES; AMARANTE, 2014).

A dificuldade de aceitação do diferente tem sido um desafio para as sociedades em todos os períodos da história (FOUCAULT, 1978; FIGUEIRÊDO; DEVELAT; TAVARES, 2014). Há exploração de justificativas biológicas, genéticas, o desenvolvimento de terapias, medicamentos que amenizem ou mascarem certas diferenças ou comportamentos ditos "anormais". O desenvolvimento científico e tecnológico propiciou o desenvolvimento de medicamentos importantes como os antipsicóticos, os antidepressivos, que auxiliam substancialmente a qualidade de vida de pessoas com transtornos psíquicos como a esquizofrenia, as depressões graves, etc. No entanto, é preciso questionar: Até que ponto as ações dos profissionais da saúde como: identificar, avaliar, tratar e medicar, não se tornaram sinônimos de moldar um determinado ser humano em prol de uma norma socialmente vigente? (SANCHES; AMARANTE, 2014; MOYSÉS; COLLARES, 2015)

Esse certo enquadramento tem sido visível nas relações da instituição medicina com a instituição educação, assim como no início do desenvolvimento da psiquiatria infantil. Há um aumento importante no estabelecimento e medicalização de crianças com algum tipo de dificuldade de aprendizado. Apesar de cientificamente compreendermos que as pessoas não aprendem do mesmo modo e no mesmo ritmo, a noção de desenvolvimento tem estado estreitamente ligada à ideia de déficit, em que a referência ao ideal do que é ser adulto marca o ideal da criança ou adolescente. Esse é um parâmetro fortemente utilizado nas práticas de cuidado atuais, seja nos serviços de saúde, educação ou assistência social, justiça, serviços que apresentam um mandato social e cuidado e proteção à infância e adolescência (SANCHES; AMARANTE, 2014; MOYSÉS; COLLARES, 2015; VICENTIN, 2016).

A questão da patologização do comportamento infantil transpassa os muros escolares. Klein e Lima (2017) discutem o aumento do diagnóstico do transtorno bipolar na infância, a partir de uma perspectiva normativa, que considera a relação intrínseca entre os aspectos biológicos-genéticos e o cenário sócio histórico e cultural que permeia a infância, a juventude e as práticas da medicina. É evidente que os avanços no desenvolvimento da identificação de sinais e sintomas tenha influenciado uma melhor caracterização e supostamente o aumento dos diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes. No entanto é importante levarmos em consideração que grande parte da descrição destes sinais e sintomas são realizados através de

questionários, relato de pais, professores, cuidadores, o que marca a influência cultural e social na definição de um diagnóstico.

Vicentin (2016), citando o institucionalista Georges Lapassade, enfatiza a norma do modelo adulto de ser para legitimar o cuidado às crianças e adolescentes. Este cuidado, muitas vezes, repressor pode ser ilustrado nos crescentes processos de patologização e medicalização, além do uso das internações psiquiátricas, principalmente para adolescentes com problemas de uso e abuso de drogas, como única resposta institucional para resolução desta problemática. "As ideias de término, consecução, maturidade, estabilidade e equilíbrio pertencem desde sempre às ideologias da ordem e da dominação" (LAPASSADE, 1973 apud VICENTIN, 2016, p. 36).

Vicentin (2016, p. 32) nos indaga:

Onde estão as situações que colocam obstáculos e perigos para as crianças serem alegres, ativas e capazes de brigar? Estas devem ser nossas escolhas prioritárias (e não as escolhas pautadas exclusivamente em diagnósticos e muito menos na re-partição dos serviços por diagnósticos). E quais são essas situações? Em geral, aquelas em que crianças e adolescentes são "menorizados", isto é, são construídos/colocados na posição de carência, da anormalidade e do perigo, tendo como resposta a tutela, a distância e/ou segregação. Menorizar é um modo de descriançar.

Trata-se de uma pergunta essencial para nós pesquisadores, trabalhadores de saúde, educadores, pais, cuidadores, enfim, todos aqueles que têm por função debruçar-se sobre a atenção às crianças e adolescentes, pois nos possibilita a reflexão de tomá-los como sujeitos e não como nossos objetos de intervenção, ou simples cumpridores de nossos comandos.

Acreditamos que estas indagações e reflexões possam ser realizadas no bojo dos serviços de saúde, inclusive nos equipamentos de saúde que compõem a Atenção Básica à saúde pelo seu mandato social de promoção de um cuidado contínuo, integral e universal. Além disso, a Atenção Básica, especialmente a ESF, tem como público o cuidado às famílias, que são constituídas de adultos, crianças e adolescentes. Dessa maneira, as intervenções realizadas devem incluir aspectos do campo da saúde mental, contribuindo para a detecção precoce de transtornos mentais, tratamento, prevenção, promoção e redução do estigma cultural a pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

#### 3.2 Saúde Mental Infanto-juvenil na Atenção Básica

Até por volta da década de 1990, os serviços de saúde, principalmente da rede básica, tinham como objetivos a diminuição dos índices e busca da erradicação da mortalidade infantil; controle dos problemas respiratórios; aumento da cobertura vacinal e avaliação do crescimento e desenvolvimento. A melhora nas condições sanitárias e sociais proporcionou uma mudança no perfil epidemiológico da população, o que acarreta novos desafios para os serviços de saúde, como o cuidado a crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico (SANTOS; BUSTAMANTE; SANTOS, 2016; REIS et al., 2016).

Alguns estudos apontam o crescimento de problemas relacionados à aprendizagem; aumento dos índices de transtornos globais do desenvolvimento; transtornos hipercinéticos, como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA); quadros depressivos e ansiosos e a grande dificuldade que sociedade apresenta em lidar com os problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas entre os adolescentes (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2016; FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016).

A percepção de novos problemas de saúde não se dá pelo fato que os outros problemas, como as doenças diarreicas tenham desaparecido, pois não desapareceram. Ainda ocorrem mudanças importantes no estilo de vida das populações, da sociedade, assim como uma estruturação de quadros nosológicos de doenças mentais, além da descoberta e criação de novos fármacos psicoativos (SANTOS; BUSTAMANTE; SANTOS, 2016; REIS et al., 2016).

Em revisão da literatura sobre estudos epidemiológicos de cunho populacional conduzidos no Brasil entre a década de 1980 e o ano de 2009, Paula et al. (2016) constataram que as pesquisas, de maneira geral, traziam como fatores de risco para incidência e prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes, as condições socioeconômicas desfavoráveis, como por exemplo: condições de habitação ruins; baixa escolaridade dos cuidadores; características do ambiente doméstico, dentre eles, relacionamento intrafamiliar difícil, violência doméstica, má qualidade da relação mãe-filho e métodos educativos.

Em paralelo a este panorama, convivemos com "a tendência de psicologização" ou "psiquiatrização" de fenômenos comuns do desenvolvimento ou mesmo problemas sociais e existenciais vividos por crianças e adolescentes (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016, p. 36), que estão presentes em toda rede atenção, inclusive na AB.

A AB caracteriza-se como serviços de saúde que possibilitam o primeiro acesso do usuário ao SUS, incluindo os usuários que necessitam de cuidados no campo da saúde mental.

Apresenta como modelo, o desenvolvimento de ações na esfera individual e coletiva que abrangem a promoção e a proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução e a manutenção da saúde com base numa atenção integral, efetiva e que promova a autonomia e empoderamento das pessoas em seus modos de andar na vida (BRASIL, 2013).

A ESF é o principal ponto estratégico para efetivação das ações da Atenção Básica. No entanto, ainda convivem variados modelos de atenção na Atenção Básica, por exemplo: o modelo tradicional das UBS, com atendimento clínico, ginecológico e pediátrico; o modelo onde a equipe da ESF está acoplada a uma UBS onde também ocorre atendimento pediátrico e ginecológico e clínico, desta forma o paciente e sua família podem ser cuidados por outros profissionais e o modelo de ESF, ainda não hegemônico, em que o cuidado primário está pautado em uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar e por meio de consultas individuais, visitas domiciliares, discussão de casos e atividades em grupo (MENDES, 2010; BRASIL, 2015).

Mesmo diante das disputas entre os modelos vigentes no seio da ESF e aquilo que deveria cumprir, consideramos sua potência pelo uso das tecnologias leves como o acolhimento, vínculo, escuta qualificada, entre outros, permitindo um reconhecimento mais ampliado do processo saúde-doença-cuidado. Assim, há uma perspectiva de mudança do modelo biomédico, biológico, focado no cuidado à doença permutado para um modelo biopsicossocial, focado no indivíduo e na coletividade (BRASIL, 2010; 2015; MENDES, 2010).

Os profissionais da Atenção Básica, em especial da ESF, estão inseridos nos territórios de vida das pessoas, em contato permanente e longitudinal com as famílias e seus membros. Por exemplo, no cuidado ao pré-natal e puerpério de baixo risco, que é um cuidado preferencial da atenção básica, o apoio ao binômio mãe-bebê, a família do recém-nascido de maneira geral, os exames iniciais, a cobertura vacinal, todas estas etapas são acompanhadas por agentes comunitários, enfermeiros e médicos de família. Os aspectos da saúde mental não estão excluídos neste momento, o cuidado com a relação à inclusão deste recém-nascido na dinâmica familiar, também, carece de ser objeto de atenção para o estímulo ao desenvolvimento emocional saudável da criança e da família, na criação e sustentação do vínculo, na qualidade das relações estabelecidas.

Entendemos que a ESF deve se pautar pelas particularidades da SMCA como indicam Ribeiro e Paula (2013) ao citarem recomendações da OMS

Crianças e adolescentes com boa saúde mental são capazes de alcançar e manter bem-estar e funcionamento psicológico e social ótimos. Devem ter

senso de identidade e autoestima, relações familiares e com seus pares sólidas e seguras, habilidade de aprender e produzir, capacidade para enfrentar os desafios do desenvolvimento e utilizar os recursos culturais para maximizar o crescimento. Além disso, boa saúde mental de crianças e adolescentes é crucial para que alcancem participação social e econômica ativa. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005 apud RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 322)

Por sua imersão nos territórios geográfico e existencial das famílias e comunidades, a Atenção Básica, em especial a ESF, tem a possibilidade de atuar em parcerias com creches, escolas, projetos e diversos equipamentos sociais que existem em sua área de abrangência. Esse convívio, também, pode permitir a aproximação de diferentes pessoas, com diferentes histórias de vida, inclusive crianças, adolescentes e famílias com algum tipo de sofrimento psíquico. É o cuidado político-ético da atenção à saúde, a equipe da ESF como vetor do encontro dos ditos "diferentes"; "loucos", com a nossa sociedade que se diz tão normal.

Muitos profissionais que não trabalham em unidades específicas de saúde mental como os CAPS, apresentam alguma insegurança em cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, no sentido do como acolher, que intervenção utilizar. Dessa forma, faz-se necessárias estratégias e metodologias de formação permanentes que possibilitem a todos os profissionais olharem para sua prática e ressignificarem as mesmas, não apenas por meio de treinamentos específicos, mas formas de intervenção no cotidiano dos processos de trabalho em saúde (BRASIL, 2013; SANTOS; NUNES, 2014; PIRES et al., 2017; TEIXEIRA et al., 2017).

O trabalho em equipe implica necessariamente a produção de saúde, de projetos de vida saudáveis para o indivíduo ou população pelas quais são responsáveis. Deste modo, seu processo de trabalho implica em relações a serem sempre "olhadas". Como cita Feriotti (2016, p. 29)

[...] Isto tudo exige um novo saber-fazer, muito novo, pois não se trata de uma pequena reforma, mas sim de uma mudança de paradigmas. Trata-se de construir o novo dentro do velho, de construir o novo na convivência, na resistência, na inércia do velho. Nossas instituições ainda são tradicionais e hierárquicas, a formação dos profissionais de saúde ainda é reducionista e disciplinar [...]. Trata-se de desconstruir e reconstruir em meio a tensões, dúvidas e contradições, um novo jeito de fazer a clínica, de organizar os processos de trabalho e de repensar as estratégias de gestão; um novo jeito de olhar para o outro, colega de trabalho e usuário; um novo jeito de comunicar-se, com um esforço enorme para buscar uma comunicação efetiva na lógica transdisciplinar e democrática; um novo jeito de integrar ações, saberes, poderes e afetos em cada equipe, entre serviços, em toda a rede.

Dentre as possíveis maneiras de auxiliar os profissionais de saúde a ressignificarem sua prática, desta forma apontaremos neste estudo ferramentas como o AM em articulação com a

EPS como potenciais para esta reorganização dos processos de trabalho nas equipes de saúde (FORTUNA et al., 2005; DIMENSTEIN et al., 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; CAMPOS, 2017).

#### 3.3 O Apoio Matricial como Dispositivo da Educação Permanente em Saúde

"Nosso método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise coletiva [...]. O que é, então, esse dispositivo? Consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva" (LOURAU, 1993, p 30). Apoiadas nos conceitos de Lourau (1993), nos propomos a tratar o Apoio Matricial como um dispositivo que nos auxiliará na intervenção de analisarmos coletivamente os sentidos e possibilidades de ações do campo da atenção da SMCA na articulação entre a ESF e o CAPS e seus efeitos sobre os profissionais de saúde envolvidos no estudo.

O Apoio Matricial é um dispositivo de trabalho em saúde que objetiva estimular formas de trabalho entre equipes, de maneira horizontalizada, articulada, com o compartilhamento de perspectivas de cuidados, saberes, ampliação da comunicação e corresponsabilização entre profissionais de áreas distintas para uma ampliação da concepção de saúde e melhora no cuidado prestado ao usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2017).

De acordo com Campos e Domitti (2007) a metodologia do apoio matricial procura alterar a lógica dos sistemas de referência e contra referência por promover uma relação direta entre aqueles que apresentam uma responsabilidade pelo acompanhamento de um caso individual, familiar ou comunitário de maneira longitudinal, por exemplo, o profissional ou equipe de referência como ocorre no trabalho das equipes da ESF e o apoiador, aquele que apresenta algum núcleo de especialidade.

Esse contato entre os profissionais pode ser realizado por meio de encontros periódicos para discussão de casos ou problemas de saúde da população acompanhada, para elaboração de projetos terapêuticos individuais ou coletivos, com a finalidade de uma decisão mais coletiva e ampliada das intervenções (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS, 2017).

Além de sua dimensão assistencial, o apoio matricial apresenta uma dimensão pedagógica importante, por partir da vivência do trabalho dos profissionais. Ao discutirem casos ou situações de saúde de seu cotidiano de assistência, o trabalhador apresenta a possibilidade de ter uma aprendizagem significativa, ou seja, que faz sentido para sua prática. O próprio trabalhador é um colaborador direto de sua formação, não sendo mais aquele que apenas recebe o conhecimento, mas ele próprio problematiza o conhecimento em articulação

com sua prática. Dessa forma, o Apoio Matricial vem em consonância com os princípios da EPS enquanto aprendizagem a partir e para o trabalho (VASCONCELOS et al., 2012; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017)

A EPS é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004, por meio da Portaria nº 198/GM (BRASIL, 2004). Entendemos como necessário apontarmos, neste momento, o que não é Educação Permanente em Saúde e depois precisar o que é, por meio da própria publicação do texto do ministerial. Ao problematizar a questão da formação dos trabalhadores de saúde, o texto ministerial relata sobre a questão da capacitação, termo muitas vezes utilizado como sinônimo de EPS:

[...] a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do "modelo escolar", com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política, como nos casos de descentralização ou priorização da Atenção Primária. Em qualquer dos casos, o desenho básico da capacitação de pessoal, dentro dessa lógica, pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, colocando-as ante um ou vários especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A primeira intenção é "sensibilizar" o grupo acerca do valor do novo enfoque ou conhecimento e "transmitir" a melhor forma de entendê-lo. É praxe, posteriormente, organizar uma "cascata" de encontros, das equipes centrais até os grupos de nível operativo, por intermédio de multiplicadores. A expectativa (e o pressuposto) é que as informações e conhecimentos adquiridos serão incorporados às práticas de trabalho (BRASIL, 2004, p. 41).

Distinta da capacitação ou educação continuada, a EPS pressupõe uma análise coletiva dos processos de trabalho através de uma aprendizagem significativa, pois a prática de cada trabalhador, de cada equipe, dos setores em articulação passa a ser problematizadas, tornandose a fonte do conhecimento. O trabalhador desenvolve corresponsabilização, pois deixa de ser um receptor e passa a construir conjuntamente com o grupo os saberes necessários para eficácia e efetividade de seu trabalho. Promove-se, assim, a autonomia dos trabalhadores na perspectiva da busca de conhecimento integral, não disciplinar, mas ligado ao seu contexto de vida, das populações. (BRASIL, 2004; FORTUNA et al., 2011).

No campo da atenção à Saúde Mental, esta aprendizagem possibilita um tomar para si o campo de saber, de atuação frente às dificuldades e potencialidades que permeiam as crianças, adolescentes e famílias que são atravessadas por algum sofrimento psíquico. Assim, é favorável que a lógica da EPS esteja presente no apoio matricial realizada por equipes de Saúde Mental junto às unidades de atenção primária à saúde. (FORTUNA et al., 2011; RIBEIRO; LYKOROPOULOS, 2016).

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é atribuição de todas as modalidades de CAPS, promover suporte em saúde mental aos serviços de atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, incluindo o atendimento a crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

O AM é um dispositivo de suporte, como já citado, que apresenta potencialidades para este compromisso mais abrangente que serviços especializados em saúde mental, como o CAPS, apresentam. Segundo Figueiredo (2005, p. 29):

[...] O Apoio Matricial da saúde mental seria esse suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais de saúde mental e a equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica; enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários.

Atualmente, existem muitos estudos desenvolvidos sobre a temática do Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, com uma forte representação dos NASF, com principal atuação da profissão da psicologia (SAMPAIO et al., 2015; CELA; OLIVEIRA, 2015; BARROS et al., 2015; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016; KLEIN; D'OLIVEIRA, 2017; OLIVEIRA et al., 2017; BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2017). Também existem estudos que partem da premissa de que o matriciamento, também, é dispositivo pertencente ao mandato social das equipes multiprofissionais dos CAPS (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014; TATMATSU; ARAÚJO, 2016; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; SALVADOR; PIO, 2016)

A proposta do AM favorece uma orientação em saúde enquanto processo contínuo, longitudinal e integrador de ações que as tornam mais resolutiva. Infelizmente, como aponta as pesquisas de Nunes (2007) e Barros et al. (2015), esse ainda não é quadro de cuidado que encontramos em muitos serviços de saúde. Campos e Domitti (2007, p. 406), assinalam "obstáculos estruturais, éticos, políticos, culturais, epistemológicos e subjetivos ao desenvolvimento desse tipo de trabalho integrado em saúde".

Os estudos neste campo e pesquisas que apresentem uma participação ativa dos trabalhadores, possuem o potencial de problematizar a relação prática-teórica do apoio matricial em prol da EPS.

# 4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

## 4.1 Objetivo Geral

Experienciar o Apoio Matricial em Saúde Mental para equipes de saúde da família em relação à saúde mental de crianças e adolescentes, segundo o referencial da Análise Institucional.

# 4.2 Objetivos Específicos

Promover a discussão sobre o cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes com os trabalhadores da ESF em articulação com CAPS.

Propor coletivamente ações de cuidados que potencialize aspectos do campo da SMCA de modo a articular os serviços do CAPS e das Equipes de Saúde da Família.

Experienciar elementos da Socioclínica Institucional na intervenção realizada.

# 5 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A Análise Institucional integra o Movimento Institucionalista, conjunto de escolas e correntes que propõe como objetivo vital, "apoiar e deflagrar nas comunidades, nos coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de autoanálise e autogestão" (BAREMBLITT, 1994, p. 14).

Esses processos consistem na análise e gestão dos próprios coletivos, como protagonistas do reconhecimento de suas necessidades, problemas, compreendendo e articulando-se de modo que possam criar dispositivos próprios para produzirem as mudanças necessárias. Não se trata de uma imposição de saberes ou práticas ideais e sim da construção conjunta de um conhecimento dentro dos coletivos se autoanalisando e autogerindo (BAREMBLITT, 1994).

Romagnoli (2014, p. 45-46) destaca que "os institucionalistas pretendem que a ciência contribua não só com o espaço acadêmico, mas principalmente com as demandas sociais e com as práticas reais que se efetuam e a tem como sustentação".

A AI e sua vertente intervencionista, a Socioanálise possuem o objetivo de "compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos" e tem como principais representantes René Lourau e Georges Lapassade (L'ABBATE, 2012, p. 198).

Para Lourau (2014, p. 26)

[...] A análise institucional não pretende produzir um saber clandestino e misterioso, mais completo, mais "verdadeiro" que os outros setores fragmentados do saber. O que tem em vista produzir é uma nova relação com o saber, uma consciência do não saber que determina nossa ação.

Com a finalidade de auxiliar pesquisadores, estudantes que estão se aproximando da AI e que talvez apresentem dificuldades, angústias para entendê-la, retratamos uma explicação dada pelo próprio Lourau (1993, p. 65) incluída no livro Análise Institucional e Práticas de Pesquisa:

Historicamente, a Análise Institucional surgiu como um prolongamento da Terapia Institucional e da Pedagogia Institucional (desta, ainda não falamos); a Socioanálise aparece imediatamente em seguida e designa, na origem, um método de intervenção, totalmente determinado pela teoria da Análise Institucional. Logo, em Socioanálise, conceitos paradigmáticos são também operatórios. Trata-se, enfim, de nomes diferentes para um mesmo projeto. A Análise Institucional se refere à questão teórica, ao núcleo construído tanto por

certos psiquiatras - reconhecidamente os da Psicoterapia Institucional - quanto por experiências, de Pedagogia Institucional, muitas das quais participei. A Socioanálise, repito, surgiu depois, como um método de intervenção. Essa é a única distinção que nos parece possível, e é histórica.

A Socioanálise trabalha com a intervenção em grupos, em coletivos, no entanto, de acordo com Lourau (1993, p. 29), sua principal diferenciação para com outras correntes intervencionistas como a psicossociologia social, por exemplo, foi o fato de que Lapassade "reintroduziu uma coisa que estava fora dos grupos enquanto fora do campo da análise de grupo. E essa 'coisa' era a instituição que faz, cria, molda forma e é o grupo".

É importante expressarmos o significado que Lourau confere denominação de Instituição, pois será dentro desta, e com uma perspectiva diferente da comumente utilizada, que o coletivo e as práticas em saúde serão compreendidos neste estudo.

[...] as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro. Segundo, a instituição não é um nível de organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo (LOURAU, 2004a, p. 71).

Conforme Baremblitt (1994, p. 29) as "instituições se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens". Como exemplo nos arriscamos a falar sobre a Saúde, que é uma instituição, pois permeia as relações entre os homens (trabalhadores com usuários e vice versa; entre os homens na posição de usuários, de pacientes, quem está doente com quem não está doente, quem é louco com quem não é louco); regula a relação das diversas categorias profissionais, a relação do homem consigo mesmo em seus comportamentos e hábitos alimentares, hábitos de vida e sua relação com o adoecimento. A instituição saúde é atravessada por outras instituições como a divisão técnica e social do trabalho, a educação, a pesquisa, por exemplo (FORTUNA, 2003).

"As instituições têm de realizar-se, têm de materializar-se" e elas materializam-se nas organizações, "que põe em efetividade, que concretizam, as opções que as instituições distribuem, que as instituições enunciam", por exemplo no caso da Instituição Saúde, no Ministério da Saúde ou nos estabelecimentos (unidades menores que integram uma organização) como a UBS, os hospitais. "Tudo isto naturalmente, só adquire dinamismo através dos agentes [...] os agentes são os seres humanos, são os suportes e os protagonistas da

atividade... protagonizam as práticas" (BAREMBLITT, 1994, p. 29-30). No caso da saúde, podemos dizer que os agentes são os trabalhadores da saúde, mas também os usuários dos serviços, os membros dos conselhos de saúde e considerando o atravessamento das outras instituições podemos incluir os professores e os pesquisadores da área de saúde. Todos estes exemplos, são limitados, utilizamos somente para clarificar um pouco melhor os conceitos de *Instituição, Organização, Estabelecimento e Agentes*.

Outros conceitos caros a AI são: instituído e instituinte:

Por "instituinte" entenderemos, ao mesmo tempo, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como "significante" da prática social. No "instituído" colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política) (LOURAU, 2004b, p. 47).

Seguindo a ótica de Lourau, Fortuna (2014, p. 257), descreve:

[...] a pesquisa na análise institucional opera com a análise coletiva dos envolvidos nos locais que materializam as instituições, ou seja, nos estabelecimentos e nas organizações. Ela imprescinde da análise de implicação, assim como a análise da demanda, ou seja, do motivo que desencadeou a análise institucional. Também prevê a análise da oferta, daquilo que os analistas e/ou pesquisadores ofertam.

No referencial da AI, "a intervenção propõe-se a provocar uma ruptura, no modo instituído do funcionamento das organizações" e estabelecimentos. Por exemplo, no caso da Instituição Saúde, podemos citar como práticas instituídas os mecanismos tradicionais de referência e de contra referência, a pouca articulação entre os serviços de saúde, o cuidado fragmentado que prejudica uma assistência mais integral ao usuário, estas são características presentes no modelo biomédico de atenção à saúde ainda fortemente arraigada nas práticas dos estabelecimentos de saúde. Esta ruptura provocada pela intervenção, no nosso caso com o uso do Apoio Matricial, procura "descobrir o que geralmente não é declarado, não é assumido pelo coletivo, mantendo-se oculto nas relações que os indivíduos e grupos estabelecem com as instituições" (FORTUNA, 2016, p. 2).

Monceau (2013, p. 93), a partir das operações socionalíticas de Lourau e Lapassade e também baseado nos princípios das intervenções de Edgar Morin, elabora o que denomina de Socioclínica Institucional, uma vertente da Socioanálise, figurada pelas seguintes características: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações que ocorrem à medida que o trabalho

avança; aplicação de modalidades de restituição; trabalho das implicações primárias e secundárias; intenção da produção de conhecimentos; atenção aos contextos e as interferências institucionais.

Todos os princípios da Socioclínica Institucional têm a intenção de propiciar uma análise coletiva dos problemas de determinado coletivo e a construção compartilhada de conhecimento, saberes e deflagrar ações.

Todo trabalho socioclínico situa-se numa interferência institucional. Na reunião entre pesquisadores e outros participantes, uma interferência ocorre entre as instituições das quais são, respectivamente portadores. Essa interferência produz efeitos de transformação e efeitos de conhecimento. São efeitos de conhecimento o que chamamos de resultados no vocabulário da pesquisa. Porém numa abordagem clínica, os resultados também são observáveis nas transformações produzidas na própria situação (MONCEAU, 2013, p. 101).

A Socioclínica é caracterizada por intervenções com duração mais prolongada do que a intervenção socioanalítica. É importante também destacarmos que os princípios da Socioclínica não são regras que enquadram a pesquisa, mas auxiliam "para uma produção de conhecimento que exige outra lógica relacional entre pesquisadores e participantes, leva em consideração a produção de subjetividades, os encontros e desencontros [...] a necessidade de análise coletiva das implicações profissionais" (FORTUNA et al., 2017, p. 6).

# 6 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 6.1 Tipo de Estudo

Esta é uma pesquisa intervenção de abordagem qualitativa, sustentada pelas características da Socioclínica Institucional.

A abordagem qualitativa na pesquisa em saúde, de acordo com Minayo (2013, p. 100), possui como essência:

[...] a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; a relação entre investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo, face a face e a empatia entre ambos; os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados [...].

A pesquisa intervenção situa-se no rol das pesquisas participativas. Ela interroga o lugar de imparcialidade do pesquisador e sua implicação na pesquisa. Para Lourau "intervenção significa, aqui, que o pesquisador é, ao mesmo tempo, técnico e praticante" (LOURAU, 1993, p. 28). Coloca-se em evidência o princípio da co-produção dos dados entre o pesquisador e sujeitos da pesquisa, apoiando-se na premissa de transformar para conhecer (MONCEAU, 2005).

Esta é a intervenção, estar entre e mergulhado no campo da pesquisa, propiciar reflexões, questionamentos no e sobre este campo, [...] "intervir é criar dispositivos de análise coletiva com a problematização permanente dos lugares ocupados por pesquisadores e demais participantes destes coletivos em análise" (AMADOR, LAZARROTTO, SANTOS, 2015, p. 236).

A pesquisa intervenção é um dos delineamentos de pesquisa que vão ao encontro do referencial teórico metodológico da Socioclínica Institucional. Esta permite que os participantes assim como o próprio pesquisador possa analisar seu modo de agir e pensar os atravessamentos que perpassam seu modo de ser e conceber o mundo questiona-se também o objeto e intenções da análise, dando voz aos seus discursos e práticas, relacionando esta prática com o momento histórico e a dinâmica das relações em um processo de afetações, de interferência; prática, como afirma Monceau (2013, p. 101) "[...] Esta interferência produz efeitos de transformação e efeitos de conhecimento".

## 6.2 Caracterização do Local do Estudo

Este estudo foi produzido em um município de pequeno porte, com uma população de 19.858 mil habitantes em 2009 e estimativa de 21.081 mil habitantes em 2017 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), situado no interior do estado de São Paulo, pertencente ao Departamento Regional de Saúde VIII - Franca (DRS VIII). A DRS VIII localiza-se na região nordeste do estado, compreendendo os seguintes municípios: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista, Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis, Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra. É formada por três Regiões de Saúde: Alta Mogiana, Três Colina e Alta Anhanguera. O município onde este estudo foi realizado faz parte da região de saúde Alta Mogiana (SÃO PAULO, 2013).

O Sistema de Saúde do Município apresenta atualmente cinco unidades do Programa Saúde da Família, duas Unidades Básicas de Saúde, um Centro de Saúde com especialidades Médicas, um Centro de Atenção Psicossocial I (composta por equipe mínima), um Centro de Especialidades Odontológicas e um hospital filantrópico de pequeno porte (30 leitos). De acordo com dados do DATASUS (BRASIL, 2017), existe uma cobertura populacional de 98,3% pelos serviços da atenção básica como a ESF e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

#### 6.3 Participantes do Estudo

O estudo foi produzido com um total de dezoito participantes, sendo eles separados em dois grupos de reflexão: grupo A e grupo B. Cada grupo estava representado por profissionais de uma equipe da ESF e um representante do CAPS. Designamos as equipes em grupo A e grupo B. A distribuição de profissionais do grupo A foi: uma psicóloga do CAPS, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, quatro agentes comunitárias, uma dentista todos da equipe da ESF. O grupo B foi composto por uma psicóloga do CAPS, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma dentista e cinco agentes comunitárias.

# **6.4** Aspectos Éticos

Após o projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética, por meio do protocolo (CAAE: 640.02117.2.0000.5393) e anuência da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) do município estudado, a pesquisadora realizou reuniões com as equipes da ESF bem como com o CAPS do município. Nesse encontro apresentamos objetivos, o percurso metodológico do projeto e os aspectos éticos relacionados ao processo da pesquisa, ou seja, a livre participação de cada membro, de maneira a esclarecer que cada pessoa tem o direito individual de não participar da pesquisa mesmo que a sua equipe decida participar.

Para apresentação do projeto, foi realizado um primeiro contato com o responsável técnico de cada equipe e solicitado o agendamento de dia e horário para que o projeto pudesse ser apresentado para cada equipe da ESF. O tempo de apresentação do projeto e esclarecimentos foi de 60 minutos, em local estabelecido pelas equipes.

Foi esclarecido que a pesquisadora é trabalhadora do CAPS Infantil (enfermeira) em outra cidade e não possuía relação de chefia ou de hierarquia com as equipes de saúde do município estudado. Após a apresentação do projeto em reunião da equipe, foi destinado um tempo de uma semana para resposta que poderia ser dada pessoalmente ou por telefone como a equipe desejasse. Após o aceite em participar da pesquisa, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e entregue e assinado uma das duas vias do TCLE (Apêndice 1). O participante ficou com a posse de uma das vias também assinada pela pesquisadora e orientadora. Dessa forma, os trabalhadores que não quiseram participar não assinaram o TCLE e não fizeram parte da pesquisa, sendo reforçado a não obrigatoriedade de participação da mesma e conscientização de que nenhum trabalhador por não participar da pesquisa sofreria retaliações por parte da equipe devido a sua decisão.

Na ocasião da assinatura do TCLE, cada membro foi informado que sempre que desejasse poderia solicitar esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e a qualquer momento poderia recusar continuar participando do estudo retirando seu consentimento, sem que isso trouxesse qualquer penalidade ou prejuízo para si. Foi explicado que as informações apreendidas através da sua participação, seriam utilizadas na confecção da dissertação de mestrado, artigos e eventos científicos, no entanto, as mencionadas informações seriam registradas de modo a garantir seu anonimato, através da utilização de nomes fictícios na apresentação das falas. Também foi esclarecido que não teriam nenhuma despesa e nenhum benefício financeiro por sua participação.

Apontamos que a participação na pesquisa poderia proporcionar benefícios através da vivência grupal com uso de algumas estratégias que facilitam o trabalho em saúde, tais como o diálogo, a comunicação e o enfrentamento de obstáculos no trabalho. Foi apontado o potencial que pesquisa possibilitaria para que equipe pudesse olhar e discutir sobre as ações em Saúde Mental Infanto-juvenil, dentro de seu contexto de trabalho, sobre a sua área de atuação e articulação dentro da RAPS o que auxiliaria no desenvolvimento de uma melhor assistência ao público infanto-juvenil e suas famílias.

Informamos que durante a participação, o participante teria como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo. Contudo, esclarecemos que o desconforto ao qual poderia estar exposto (a) seria o de expressar a sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderia causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos, preferencialmente, que o participante manifestasse no próprio grupo, pois esse desconforto poderia ser também de outros participantes e, assim, o problema ou dificuldade poderia ter uma solução no próprio grupo, ou seja, o pesquisador utilizaria estratégias de mediação para a superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos e também promoveria a atualização de conhecimentos identificados como necessários. O participante poderia também manifestar seu desconforto particularmente ao pesquisador pessoalmente ou por via telefônica, para as devidas providências.

Os grupos reflexivos ocorreram semanalmente, com cada grupo de pesquisados (equipe da ESF mais um membro do CAPS I), em local e horário sugerido pelo grupo, em acordo com a disponibilidade da maioria.

Para realização dos encontros sugerimos fixar um dia da semana e um momento em que a equipe já se reunia, como por exemplo, o dia da reunião de equipe da ESF. Cada grupo reflexivo teve duração entre 60 a 120 minutos. Os encontros foram gravados em mídia digital para transcrição em outro momento e o pesquisador realizou anotações em diário de campo após as reuniões. Além disso, ocorreram dois momentos, em dois encontros, denominados de Restituição que consistiu na exposição dos resultados das análises realizadas no transcorrer de cada último grupo, onde participantes manifestaram sua opinião acerca das análises feitas.

Informamos que todo o material registrado estaria à disposição dos participantes da pesquisa no momento em que desejassem e ficaria sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após o término dessa pesquisa, sendo destruído posteriormente.

Foram resguardadas as orientações da Resolução 466/2012 do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), como no que diz respeito à confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações que poderiam causar prejuízo individual ou coletivo.

## 6.5 A produção de Dados: Encontros de Reflexão e Diário de pesquisa

Estamos considerando como encontro de reflexão as reuniões das equipes com a pesquisadora. São encontros em que a pauta, a duração, a participação são previamente definidos e no caso da pesquisa se destinam a colocar em análise o assunto que está em investigação. Nesse estudo o assunto foi a atenção em saúde mental aos jovens e crianças da área adscrita das Unidades de Saúde da Família. Outros autores já utilizaram grupos de reflexão em pesquisas como (MATUMOTO et al., 2011, p. 1-8)

Realizamos um total de onze encontros de reflexão, sendo seis encontros com a equipe A e cinco encontros com a equipe B. Realizamos um encontro a menos com a equipe B por ter sido feriado em um dos dias da semana escolhido e a impossibilidade do grupo em fazer em outro dia.

Os encontros de reflexão foram realizados para análise das situações de saúde, do cuidado oferecido em SMCA, procuramos oferecer um espaço de discussão e reflexão para os trabalhadores sobre as ações que realizam, a forma como os serviços se articulam, as dificuldades e potencialidades encontradas na prática do cuidar. Nosso intento foi promover estratégias compatíveis com a lógica da EPS: "aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais" (BRASIL, 2014, p.1).

Descrevemos a seguir brevemente cada encontro:

Grupo A	Grupo B
Encontro 1 - Disparador: O grupo discutiu sobre o trabalho desenvolvido na ESF e no CAPS I	Encontro 1 - Disparador: O grupo discutiu sobre o trabalho desenvolvido na ESF e no CAPS I
Encontro 2 - Disparador: O grupo discutiu sobre o cuidado que realizam com crianças e adolescentes	Encontro 2 - Disparador: Apresentação da síntese do que foi discutido no primeiro encontro gerando discussões sobre a relação em rede.
Encontro 3 - Disparador: Apresentação de síntese do que se discutiu nos dois primeiros encontros	Encontro 3 - Disparador: Apresentação de 2 vídeos sobre o cuidado ao familiar de pessoas

gerando discussões sobre facilidades e dificuldades do atendimento às crianças e jovens.	com sofrimento psíquico. Discussão sobre o cuidado a família na ESF
Encontro 4 - Disparador: discussão sobre o apoio matricial.	Encontro 4 - Disparador: Discussão sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) e a relação com a saúde mental e saúde da família.
Encontro 5 - Disparador: Discussão de caso e Discussão sobre Prevenção do Suicídio -	Encontro 5 - Disparador: Restituição: análise de todos os encontros.
Encontro 6 - Disparador: Restituição - análise de todos os encontros.	

Nas discussões coletivas utilizamos dispositivos como o próprio arranjo organizacional do AM que possibilitou o encontro entre membros da equipe do CAPS I e da ESF; as discussões de casos e situações de saúde da população infanto-juvenil das áreas de abrangência das equipes.

Também dispomos do uso do diário de campo, apresentando as impressões da pesquisadora no percurso da pesquisa. De acordo com Lourau:

[...] O diário nos permite o conhecimento da vivência cotidiana de campo (não o "como fazer" das normas, mas o "como foi feito" da prática). Tal conhecimento possibilita compreender melhor as condições de produção da vida intelectual e evita a construção daquilo que chamarei "lado mágico" ou "ilusório" da pesquisa (fantasias, em torno da CIENTIFICIDADE, geradas pela "asséptica" leitura dos "resultados" finais). Sem as condições de emergência dos "dados" da pesquisa, o leitor vai ter sempre muitas ilusões sobre a cotidianidade da produção científica (LOURAU, 1993, p. 77).

Para o referencial da Análise Institucional, o diário de campo é também uma ferramenta de intervenção. Nele o pesquisador dedica-se a registrar os acontecimentos, observações, impressões. É a produção cotidiana das reflexões do pesquisador quanto a sua vivência no ato e decorrer da pesquisa, o que expõe explicitamente a sua não neutralidade em relação ao contexto da pesquisa. Também expõe a não neutralidade dos participantes, seus jogos de interesse e de poder na dinâmica das relações entre os sujeitos. Quando exposto diário afeta pesquisador, participantes, leitores. Sua função, não é encontrar culpados, malvados, mas, sim, desvelar o não dito e disparar processos analisadores (L'ABBATE, 2013).

#### 6.6 Análise dos Dados

Os dados produzidos foram analisados confrontando-se os achados com os objetivos do estudo e com o referencial teórico da Análise Institucional, por meio das características da linha Socioclínica Institucional (MONCEAU, 2013).

Para a organização dos dados nos apoiamos nas autoras Paillé e Mucchielli citadas por FORTUNA (2016), que destacam três momentos no processo de análise: de transcrição, de transposição e reconstituição:

1. Um trabalho de transcrição, pelo qual nós passamos da cena observada ou do testemunho entregue a sua inscrição sob a forma discursiva escrita (notas de campo, transcrição, reproduções); 2. Um trabalho de transposição, enquanto as notas de campo são escritas, categorizadas, comentadas ou reescritas, é também o momento quando as palavras e os gestos dos atores são "pesados", reconsiderados, restituídos através das palavras do pesquisador. 3. Um trabalho de reconstituição, normalmente constituído pelo relatório ou tese, e que ganha a forma de uma narrativa argumentada em torno das principais categorias de análise, avenidas de compreensão, pistas de interpretação (PAILLE; MUCCHIELLI, 2012 apud FORTUNA, 2016, p 49).

Ocorreram em conformidade com referencial teórico, os momentos de restituição, durante os encontros de reflexão, em que a pesquisadora realizou a leitura de pontos levantados nos encontros anteriores, assim como suas impressões anotadas no diário de campo, sendo uma exposição dos resultados das análises realizadas no transcorrer dos grupos.

Para Lourau (1993, p. 56)

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um feedback tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final: ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e academia. A restituição como parte integrante da pesquisa é mais um denominador comum pelo menos teórico, entre a socianálise e os métodos de pesquisa-participante ou pesquisa ação.

Desse modo, o momento da restituição compõe tanto a produção de dados como análise coletiva dos mesmos com os participantes.

# 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos a seguir os resultados e discussão deste estudo em consonância com os oito princípios da Socioclínica Institucional, suas conexões e entrelaçamentos, a saber: 1-Implicações da pesquisadora, 2-Análise da encomenda e das demandas, com destaque para a análise da encomenda inicial; adentrando o campo de intervenção e ao campo de análise; e a encomenda e as demandas: encontros e desencontros em reflexão; 3- participação dos sujeitos no dispositivo; 4- trabalho dos analisadores; 5- A intenção da produção do conhecimento; 6- A restituição como ferramenta para análise das transformações ocorridas na intervenção; 7- Atenção aos contextos e interferências institucionais.

Esses princípios ou características da socioclínica se separam apenas didaticamente, pois são entrelaçados, isso faz com que façamos escolhas de onde desenvolver um ou outro aspecto.

### 7.1 As Implicações da Pesquisadora

Para Lourau (1993, p. 9) "o grande escândalo da análise institucional era propor a noção de implicação". O conceito de implicação está ligado às relações que o pesquisador mantém com a pesquisa, campo de intervenção, campo de análise, participantes do estudo, enfim, o ato de pesquisar em si. Estas implicações são denominamos de implicações primárias. As implicações secundárias são aquelas que envolvem o pesquisador com outras instituições, como a instituição Família, instituição Igreja, as crenças do pesquisador, a profissão, os referenciais aos quais ele sustenta sua prática (MONCEAU, 2013).

Todas as implicações influenciam e permeiam a condução da pesquisa, o modo como o pesquisador pensa a pesquisa, a realiza e olha para os resultados da mesma. Por isso, a implicação é um escândalo do ponto de vista das pesquisas positivistas, em que baseiam-se na objetividade, no argumento de que o pesquisador está fora do campo de investigação, é neutro e, por isto, não influencia no resultado da pesquisa. Entretanto, conforme observaremos na leitura desta dissertação, a pesquisadora tanto transformou quanto foi transformada no processo interventivo.

Em alguns momentos vi-me sobreimplicada, ou seja, com dificuldade de realizar a análise de implicação, pois estava tão imersa nas minhas implicações primárias, preocupada com a condução da pesquisa, com a perspectiva de que a pesquisa causasse transformações, que não conseguia ver as transformações que ocorriam ao longo do processo e também não

enxergava a expectativa que tinha sobre o dispositivo AM. A dificuldade de autoanálise existiu e necessitei de outros espaços como os encontros no grupo de pesquisa, a participação em atividades extras que também tratavam sobre o AM, inclusive voltar a trabalhar após a pesquisa de campo, auxiliou a ampliar o campo de análise e autoanálise.

Este seria um item singelo para expor todas as minhas implicações, por isso nossa escolha foi apresentá-la ao decorrer dos resultados e discussão, relacionando o aos subitens dos princípios expostos.

#### 7.2 Análise da encomenda e das demandas

A encomenda é o pedido oficial da intervenção, ela tem origem nas demandas (solicitações, carecimentos e desejos) individuais ou coletivas, daqueles que solicitam a intervenção, dos que fazem parte do grupo em que a intervenção se dará e do próprio pesquisador. Inicialmente encomenda e demanda, podem estar em sintonia, no entanto, podem ocorrer mudanças no decorrer do processo de intervenção, tornando-as dissonantes. É por meio da análise dos encontros e desencontros das demandas dos diversos atores envolvidos no processo de intervenção que se pode acessar a dinâmica da instituição (LOURAU, 1993; L'ABBATE, 2012; MONCEAU, 2013). Segundo Monceau (2013, p. 96) "é a análise da encomenda e das demandas que sustentam a problematização".

#### 7.2.1 Análise da Encomenda Inicial

A encomenda inicial deste estudo, foi dada pelo programa de pós-graduação, Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da EERP-USP. Esta modalidade de pós-graduação apresenta a demanda de que o pesquisador iniciante esteja inserido no mundo do trabalho, e a partir deste lugar, possa olhar, identificar um problema de sua prática profissional, estudá-lo, a fim de compreendê-lo melhor, fomentando estratégias de resolução. Este pedido formalizado teve origem e foi se conformando a partir de minhas demandas como enfermeira de um serviço de saúde mental; na demanda da gestão do municipal e estadual (DRS) e de apontamentos de documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a articulação do campo da saúde mental com a atenção básica. Como salienta Lourau (1993, p. 31) a "encomenda tem origem em demandas. Em uma socioanálise, por exemplo, em demandas individuais e dos grupos que compõem o grande grupo de intervenção em processo"

Como enfermeira há cerca de sete anos em serviços de saúde mental e com interesse também em gestão do cuidado e da Atenção Primária à Saúde (APS), minha demanda individual era inserir-me no campo acadêmico, por meio do mestrado, com uma pesquisa que pudesse associar o campo da saúde coletiva e saúde mental, relacionando minha prática profissional. Paralela a esta questão, havia a solicitação da gestão da Secretaria de Saúde do município, onde trabalho, da realização de um projeto de articulação entre o CAPSi e AB. Um dos membros desta gestão (2015-2016) estava finalizando sua pós-graduação na modalidade de mestrado em saúde coletiva na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da USP e incentivou-me a ingressar no mestrado da EERP-USP, com a premissa de que o estudo fosse realizado no município.

A proposta de articulação Saúde Mental- Atenção Básica, também vinha ao encontro da estruturação da Rede de Atenção Psicossocial na DRS Franca, com a busca da organização de atenção hospitalar, estruturação dos CAPS com a tentativa de credenciamento, nos diversos municípios e estímulo à articulação com a AB.

Diante deste quadro favorável, iniciei o mestrado em 2016 e progressivamente envolvida e mergulhada, pelo universo acadêmico e pela aproximação com referencial teórico da AI, por meio de minha orientadora e a participação no grupo de estudos GEPAI, estruturouse a proposta desta pesquisa-intervenção, com previsão de entrada no campo em março de 2017, conforme aprovação do Comitê de Ética da EERP.

Contudo, ocorreram vários desvios neste percurso, outrora tão promissor em meus pensamentos. A alteração da gestão municipal com as eleições para 2017, demandou uma nova articulação com a nova gestão que demonstrou desinteresse na execução do projeto de pesquisa proposto. A justificativa, era que existia um psicólogo no NASF da cidade, e o AM deveria ser realizado por ele. Apesar de várias tentativas de argumentação, inclusive de que é também função do CAPSi realizar o matriciamento e não apenas do NASF e também que a participação do referido psicólogo estava prevista na proposição dos encontros da pesquisa, o posicionamento da nova gestão da SMS não se alterou.

Após muitos momentos de angústia e reflexão, entendi que é preciso respeitar as diversas posições existentes, mesmo quando são contrárias e nos causam revolta e um sentimento de injustiça. A gestão tinha o direito de não autorizar a realização da pesquisa no município e assim o fez, desta maneira procuramos quem estivesse interesse em nossa proposta de pesquisa, o que ocorreu em um município próximo a cidade onde trabalho, também de pequeno porte e pertencente a DRS VIII- Franca.

O projeto foi apresentado a Secretaria de Saúde do município em que a pesquisa se realizou, sendo autorizado por meio de uma carta de aceite assinada pela gestora. A gestora escolheu as equipes que iriam participar da pesquisa, uma equipe foi escolhida pelo fato da enfermeira e também responsável pela unidade, ser articuladora da EPS do município. A outra equipe escolhida pertence a uma área de grande vulnerabilidade social da cidade, com uma grande concentração de crianças e adolescentes. A demanda da gestora era de que a pesquisa disparasse movimentos futuros de ações em saúde nos serviços, com a incorporação da perspectiva de que as equipes trabalhassem com projetos terapêuticos singulares. O desejo expresso da gestora fora de que a pesquisa não morresse ali, por isso havia escolhido a articuladora da EPS.

A execução de um projeto de pesquisa no gênero das pesquisas participativas, na qual este estudo se encaixa, não é algo tão formatado, rígido, quanto se imagina durante a leitura dos resultados de uma pesquisa ou mesmo como no caso de estudos de caráter positivista. A execução deste projeto teve idas e vindas, processos em alguns momentos angustiantes para articulação, requisitou o movimento de contratualidade. As pesquisas participativas pressupõem a cogestão na relação/envolvimento entre pesquisador e participantes, um outro tipo de articulação entre teoria e prática (MONCEAU, 2005).

Neste início de percurso identificamos as diversas instituições que atravessaram a proposição deste projeto de pesquisa, e sua conformação. A Instituição Pesquisa que dita as regras do projeto como a população de estudo, o cronograma de execução, o próprio "objeto" e objetivo de uma pesquisa. Um projeto de pesquisa e sua execução no campo das ciências da saúde, é também atravessado por outras instituições, como por exemplo a Instituição Política Partidária, que tem ditado a governança do sistema de saúde nos municípios, estados e no país.

A Instituição Política Partidária por vezes pode divergir com a filosofia do SUS e o direito à saúde, travando disputas com movimentos sociais em defesa do SUS, Conselhos de Saúde, Conselhos que regulamentam as diversas profissões do setor saúde e ou corporações profissionais (que a depender podem também estar a favor ou contra as políticas públicas de saúde) (PAIM, 2016). Logo existem jogos de interesse influenciando como as políticas de saúde serão de fato implementadas. Na realização de um projeto de pesquisa, todos estes pontos citados estão entrelaçados entre si e com as implicações do pesquisador, ou seja, as relações que ele mantém com o campo e objeto de pesquisa, os sujeitos que o cercam sejam, apoiando ou divergindo em posicionamentos (FORTUNA et al., 2016)

## 7.2.2 Adentrando o Campo de Intervenção e Campo de Análise

Monceau (2013, p. 95) aponta que "o enunciado da encomenda, mesmo quando é formalizado por escrito, não informa diretamente sobre a questão. No entanto ele constitui o diagnóstico formulado por quem encomenda a intervenção". Podemos dizer que o enunciado da encomenda desta intervenção foi: O Apoio matricial em SMCA na atenção básica. Com esta proposição realizei minha primeira aproximação com as equipes da ESF, me inserindo no campo de intervenção.

Sobre o conceito de campo de intervenção gostaríamos de fazer um adendo, para uma melhor clarificação. De acordo com Fortuna et al. (2017, p. 3)

A Análise Institucional considera dois campos, fortemente envolvidos, dentro de um processo interventivo, o campo de intervenção e o campo de análise. O campo de intervenção é o espaço/tempo onde a intervenção ocorre e o campo da análise, mais amplo, é produzido no esforço analítico.

Desta forma, os momentos de inserção no campo de intervenção (encontros com as equipes) não ocorreram separadamente ao campo de análise, por isto dizemos que há uma produção de dados e não uma coleta de dados, a análise ocorre antes, durante e após a intervenção, é intrínseca a mesma, além disso, o pesquisador também é parte do processo de produção do dados, não está distante como alguém que entra no campo, retira as informações, a medida que ele entra no campo, ele modifica o campo e também é modificado (BAREMBLITT, 1994; LOURAU, 1993; MONCEAU, 2013; FORTUNA et al., 2017)

O primeiro contato com as equipes, foi realizado com as enfermeiras de cada unidade, momento no qual ocorreu uma breve explicação do que seria a pesquisa. As enfermeiras agendaram uma nova reunião, em que escolheram um dia e horário que a maior parte da equipe pudesse estar presente. É importante apontar que os médicos das equipes não estiveram presentes nesta primeira reunião de apresentação e nem durante a pesquisa, os mesmos ficavam na unidade apenas nos momentos das consultas. As equipes escolheram horários e dias, para os encontros, em que não havia consulta médica na unidade, segundo os participantes eram os dias mais tranquilos na unidade e assim poderiam participar melhor.

Sobre a não participação dos médicos na pesquisa, nos arriscamos a ampliar esta observação para a inserção deste profissional na equipe da ESF. O médico faz parte da equipe da ESF, juntamente com os outros profissionais apresenta as atribuições no desenvolvimento

do cuidado à saúde de uma determinada população da área de abrangência das equipes (BRASIL, 2012).

O trabalho em equipe prevê uma articulação entre os membros e não apenas um agrupamento de profissionais, neste sentido a articulação do médico com o restante da equipe se torna imprescindível. Barbosa et al. (2016) aponta que em alguns casos o trabalho nas unidades da ESF torna-se na verdade uma ponte para os médicos recém-formados que desejam cursar uma residência, o trabalho é um facilitador na pontuação de provas de Residência Médica como, por exemplo, por meio do Programa de Valorização da Atenção Básica. Este fato incentiva a presença dos médicos da Atenção Básica, no entanto, também promove uma grande rotatividade de médicos nas equipes da ESF, o que prejudica o vínculo e a articulação das equipes e também o vínculo com os usuários.

O estudo também aponta que alguns médicos colocam o trabalho na ESF como um complemento de renda, por isso realizam pequenas cargas horárias, geralmente realizam as consultas médicas, não participando efetivamente de outras atividades realizadas nas equipes como visitas domiciliares, reuniões de equipe, entre outros. Verifica-se também neste estudo o distanciamento entre a equipe e os médicos das unidades, visto que foi afirmado que os mesmos realizam os atendimentos e se dirigem para outros serviços de saúde, além da escolha do dia da reunião exatamente pelo médico não estar presente, assim a unidade estaria mais tranquila.

Após a escolha por parte das equipes da ESF do dia e horário, foram realizadas duas reuniões, uma com cada equipe, em que foi explicada a proposta do projeto e assinado o TCLE. As duas equipes expressaram suas opiniões sobre as vivências que apresentavam com o campo da saúde mental, momento que me deixou bastante impactada pois haviam opiniões que divergiam com meu modo de pensar. Os sentimentos foram diversos: certa esperança de que a pesquisa fizesse sentido para os trabalhadores, pudesse contribuir de maneira mais direta; incômodo pela divergência de opiniões, angústia pois senti que depositavam uma certa expectativa em mim por saberem que eu trabalhava em um CAPSi em outra cidade.

Hoje me reuni com uma das equipes para apresentar o projeto, me sinto debaixo de uma avalanche de expectativas, parece que por trabalhar em um CAPS infantil vou saber resolver todos os problemas que eles têm com crianças e adolescentes. Contaram sobre vários casos que são acompanhados lá, as razões pelos problemas que as crianças têm, coisas de que a culpa é da família, me posicionei que vivemos em uma sociedade que exerce também influência sobre nosso modo de vida, escutei que eles fazem o que podem, encaminham, me posicionei que um serviço apenas não dá conta dos problemas de saúde mental pois são muitos complexos. Agora penso que a vida é muito complexa e penso o que é resolver problemas? [...]. Senti que a equipe se preocupa, mas não consegue perceber que podem fazer algo, o

problema é a falta de profissionais, a falta de psicólogos e de psiquiatras. Me sinto totalmente impotente! (Diário de pesquisa 04/08/2017).

Outro ponto que chamou a atenção foi o questionamento se algum membro do CAPS da cidade iria participar dos encontros propostos, afirmei que o convite seria feito e que a intenção do projeto era que as discussões fossem feitas com representantes da ESF e CAPS exatamente para promover a articulação dos serviços. Alguns participantes disseram claramente que duvidavam da possibilidade de algum profissional do CAPS participar dos encontros. A participação de um representante do CAPS foi colocada como um desafio.

O contato com o CAPS já estava sendo realizado em paralelo ao contato com as equipes da atenção básica. Consegui um contato por telefone com a enfermeira do CAPS, expliquei brevemente o objetivo do projeto, que já havia sido aprovado pela secretaria de saúde, que a intenção era que um representante do CAPS também participasse dos encontros. Apesar de mencionar um representante, que no caso poderia ser qualquer profissional, até mesmo a própria enfermeira, fui orientada a conversar com as psicólogas da unidade.

Possivelmente esta solicitação de conversar com o profissional da psicologia esteja ligado ao enunciado da encomenda, Apoio Matricial em Saúde Mental Infantil. A ideia do apoio matricial em saúde mental, tem estado fortemente ligada profissão do psicólogo, em alguns momentos identificando-o como o detentor de habilidades para desenvolver o apoio.

A exemplo temos o fato de que a pesquisa na cidade em que trabalho não foi "aceita" com a justificativa de que tinha um psicólogo no NASF e ele deveria fazer este trabalho do apoio em saúde mental infantil. Salvador e Pio (2016) ao realizarem um estudo sobre o entendimento do apoio matricial com uma equipe de um CAPSi, observaram a tendência da equipe atribuir ao NASF a responsabilidade pelo matriciamento, visto que os profissionais deste arranjo apresentam uma maior proximidade com o dispositivo AM. Os autores também apontam que o exercício do uso do Apoio Matricial não é exclusividade dos profissionais do NASF, é também atribuição dos CAPS e de outros setores especializados (BRASIL, 2004; PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014; TATMATSU; ARAUJO, 2016; LIMA; DIMENSTEIN, 2016; SALVADOR; PIO, 2016).

De certa forma mesmo o AM sendo um dispositivo atual inserido na Política Nacional de Humanização (PNH) de maneira relativamente recente, é possível que possa estar sofrendo um movimento de captura, um engessamento de quem pode fazê-lo e da maneira como deveria ser feito. As forças instituídas, de permanência que auxiliam na legitimação de uma política podem também capturar as possibilidades de invenção dentro e nas articulações dos serviços

de saúde, o risco está em fazer do NASF o detentor do mandato exclusivo de realizador do AM (FORTUNA et al., 2016). Podemos fazer relação com as ideias de núcleo e campo discutidas por Campos (2000) que auxiliaram na criação do arranjo do AM (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Existe um núcleo de saberes pertencente aos profissionais do NASF, CAPS, ESF, o que se coloca em voga é o campo de atenção a SMCA que na verdade pertence e perpassa os profissionais de saúde, a escola, pais e as próprias crianças e adolescentes (RIBEIRO; TANAKA, 2016; RANÑA, 2016).

#### 7.2.3 A Encomenda e as Demandas: Encontros e Desencontros em reflexão

A análise da demanda busca como objetivo a compreensão dos fatos e perspectivas declarados e não declarados, que sustentam e atravessam a solicitação da intervenção, a intervenção propriamente dita e sua análise, com as relações estabelecidas com e na dinâmica de uma organização e/ou estabelecimento e os atores envolvidos no processo interventivo, inclusive o próprio pesquisador (BAREMBLITT, 1994)

Nos encontros foi proposto aos participantes que falassem livremente, sobre o entendimento que tinham acerca de seu trabalho (na Atenção Básica ou no CAPS) e qual sua aproximação com o campo de atenção à SMCA. O objetivo era colocar em ação uma das operações da Socioanálise *a regra de tudo dizer ou da livre expressão* (LAPASSADE; LOURAU, 1971 apud MONCEAU, 2013, p. 91) e disparar a discussão a respeito da atenção à SMCA no âmbito de um cuidado realizado pelas equipes da ESF também em parceria com o CAPS, caso existisse essa articulação.

Os profissionais do grupo A, falaram sobre o número crescente de encaminhamentos, principalmente de adolescentes, com queixas que a princípio os pais julgam como psiquiátricas:

[...] eu trouxe aqui uns encaminhamentos de adolescentes que eu tinha falado: 16 anos, ansiedade, não dorme, cefaleia constante e durante a consulta o paciente pede pra ser avaliado pelo doutor (nome de um psiquiatra do CAPS). Olha só o que que essa mãe fala pra esse paciente, pra esse adolescente, pra ele durante a consulta pedir pra ser enviado pra um psiquiatra! Como que é a vivência dele? [...] Tem outra de 15 anos: "paciente necessita ser acompanhado e avaliado por um psiquiatra, medo, tristeza, angústia, cefaleia, vômitos, iniciou com *pamelor*, 25 prescrito pelo cardiologista", olha só? O cardiologista prescreveu. "Psiquiatra com urgência", e assim, isso aqui: medo, tristeza, angústia, cefaleias, vômitos, o que será que é isso? Será que era necessária essa medicalização? (Enfermeira, grupo A, 1° Encontro).

[...] sobre a saúde mental, 80% dos cadastrados hoje, fazem uso do CAPS, e eu creio que essa porcentagem seja realmente as pessoas que tomam remédios

controlados ou pra dormir, ou pra tirar a ansiedade, crianças, muitas crianças, tem mais ou menos umas 7 crianças que frequentam, APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) [...] (Agente Comunitária 1, grupo A, 1° Encontro).

Os participantes identificam uma demanda de atendimento no campo da saúde mental em sua área de abrangência, no entanto, esta identificação a princípio é superficial, em nenhum momento fala-se de fato de algum caso que a equipe efetivamente acompanhe. Não conseguem, neste primeiro momento, considerar sua própria dinâmica de trabalho, a sua participação, o cuidado e as intervenções que poderiam desenvolver com a família para investigar sobre a vida destas crianças, as expectativas que os pais colocam sobre elas e as relações intrafamiliares existentes.

Existe a crítica à medicalização, como exposto na fala da enfermeira, no entanto, a agente comunitária identifica como pacientes de saúde mental aqueles que tomam algum tipo de medicação psiquiátrica "controladas" e as crianças da APAE, logo o medicamento se torna critério de inclusão ou exclusão para ser paciente de saúde mental ou não, assim como ser portador de alguma necessidade especial como os alunos da APAE. No entanto, o que é ser paciente de saúde mental? O que significa e representa esta expressão tão comumente utilizada por profissionais de saúde e população de modo geral? A representação a respeito da "psiquiatrização" e "medicalização" atravessa a todos: pais, familiares, profissionais de saúde, professores, as próprias crianças e adolescentes, a sociedade de modo geral (SANCHES; AMARANTE, 2014; CERVO; SILVA, 2014; MOYSÉS; COLLARES, 2015; VICENTIN, 2016).

Os profissionais do grupo B, também identificam uma demanda de crianças e adolescentes que necessitam de atenção em saúde mental, mas expressam de maneira mais contínua sobre casos que acompanham, como pode ser observado no trecho de uma das discussões no encontro primeiro encontro.

Na minha área pelo menos tem alguns casos, mas já são tratados, tem uma família que o filho está internado em Franca e a menina está tratando no HC de Ribeirão, eu acredito que a menina desenvolveu o problema dela por conta do irmão que estava ficando agressivo, ele tem problema mental mesmo e ela começou a desenvolver por que ela tinha que chamar atenção de alguma forma (Agente Comunitária 3, grupo B, 1° Encontro).

Esse caso foi um que eu atendi a mãe esses dias, ela disse que iria aproveitar para tratar dos dentes enquanto o filho estivesse internado e ela falou assim que preferia mil vezes que ele estivesse acamado por que ela daria conta de cuidar ao invés do jeito que ele está. Nessa hora deveria haver um suporte para essa mãe e esse caso, já que ela não tem ninguém da família para ajudar ela,

pelo o que parece, por que para uma mãe falar isso, será que ela não sabe como é difícil cuidar de um acamado, ela está achando se fosse assim ele não iria para rua [...] essa família deveria ser melhor assistida, mas quando você fala isso o que está disponível de atenção para eles? O PSF é que tem que tomar conta, não é? Por que muitas vezes chega um paciente na Santa Casa eles ligam aqui e pergunta se o PSF não está tomando conta. Espera aí, a gente faz a nossa parte, mas chega um caso desses e a gente precisa de um especialista num caso desses, essa mãe do caso que eu falei, precisava ter um acompanhamento com uma psicóloga de repente ela deveria até passar por um psiquiatra (Dentista, grupo B, 1° Encontro).

A agente comunitária e a dentista relatam sobre uma família que é acompanhada pela equipe. A dentista ressalta o fato da mãe necessitar de apoio, mas aparentemente a expectativa é que esse apoio venha de outro serviço. Há a indicação de que a equipe da ESF tem feito a parte que lhe cabe, no entanto, neste momento o grupo não consegue dizer o que é a parte que cabe a ESF, tudo fica restrito ao atendimento da dentista, que está ocorrendo no momento porque um membro da família está internado em um hospital psiquiátrico e a mãe tem tempo para se cuidar.

Relatando um outro caso que envolve pessoas com algum sofrimento psíquico, a agente comunitária expõe sua dificuldade em lidar com o atendimento a esta parcela da população.

Uma vez aconteceu na minha área, uma moça, ela tinha que passar por tratamento com o psiquiatra, mas ela não queria mais tomar o remédio e começou a querer surtar e um dia eu estava fazendo visita e ela quebrando gelo com o batedor de carne e ela falou para mim: pode entrar. Eu não entrei e depois eu conversei com a mãe dela e ela disse que a filha não queria mais tomar remédio e ela não poderia forçá-la, depois desse dia eu falei com a (nome da Enfermeira) e disse que não iria mais fazer visita lá por que ela com batedor de carne mandando eu entrar e se ela batesse em mim? Depois desse dia a mãe dela veio e falou que ela voltou a tomar os remédios, aí que eu voltei a fazer visita (Agente comunitária 1, grupo B, 1° Encontro).

Alguns estudos recentes (SANTOS; NUNES, 2014; SILVA; AGUIAR; MOREIRA, 2016), também indicam o sentimento de medo e angústia dos profissionais da atenção primária ao lidarem com usuários que apresentam problemas relacionados à saúde mental. Este sentimento pode ter forte relação com a construção social e cultural do denominado louco, da relação entre adoecimento mental e agressividade. Esta vinculação origina-se no desenvolvimento da noção de sujeito durante a idade moderna, que é baseada na racionalidade, o sujeito da razão, desta forma o louco é seu oposto, o sujeito alienado, desprovido de razão. Neste contexto a medicina ganha status de portadora da verdade sobre a explicação das

manifestações desviantes da ordem social estabelecida (FOUCAULT, 1975; TORRE; AMARANTE, 2001; FEITOSA et al., 2010).

Foucault (1975, p. 49) afirma "a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal" e descreve em seu livro "Doença Mental e Psicologia" explicações para o pensamento dominante em nossa sociedade da associação entre doença mental e periculosidade:

Nos meados do século XVII, brusca mudança; o mundo da loucura vai tornarse o mundo da exclusão. Criam-se (e isto em toda a Europa) estabelecimentos para internação que não são simplesmente destinados a receber os loucos, mas toda uma série de indivíduos bastante diferentes uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção: encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de "alteração" [...]. Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper. Não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre a loucura e todos os "crimes do amor", que a loucura tenha-se tornado, a partir do século XIX, a herdeira dos crimes que encontram, nela, ao mesmo tempo sua razão de serem, e de não serem crimes; que a loucura tenha descoberto no século XX, em seu próprio centro, um núcleo primitivo de culpa e de egressão. Tudo isto não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos. A loucura é muito mais histórica do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também (FOUCAULT, 1975, p. 54-56).

Além desta problemática imagem do louco perigoso que permeia o imaginário dos trabalhadores de saúde e influencia sua prática profissional, é importante também nos interrogarmos sobre os critérios de elegibilidade que muitas vezes impomos no cotidiano dos serviços de saúde. Um dos princípios da Atenção Básica é possibilitar acolhimento universal aos usuários, assim como o estabelecimento de vínculos longitudinais (BRASIL, 2012). A ESF sendo um eixo estruturante da atenção básica nos sistemas municipais de saúde também compartilha destes princípios. A ideia é a luta contra o modelo biomédico, que está instituído, a força instituinte é de fato colocar estes princípios em prática. No entanto, para isto é preciso que nós trabalhadores do SUS olhemos para as relações que mantemos com os usuários e entre nós, muitas vezes relações de poder. Um exemplo disto são os critérios de seleção/exclusão que

muitas vezes estabelecemos em nossos serviços: os CAPS cuidam dos loucos, a atenção básica dos hipertensos e diabéticos, os centros de saúde da cobertura vacinal na população infantil.

O documento Ministerial, Saúde Mental e Atenção Básica: o diálogo e vínculo necessário, enuncia:

Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental. Aliás, a atenção em Saúde Mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004, p. 2).

Identificamos assim uma dissonância entre demanda expressa pelos participantes em relação a encomenda inicial que é a reflexão sobre o cuidado realizado pela ESF em articulação com o CAPS.

[...] teria que aumentar mais esse elo entre unidade e CAPS. Seria interessante também uma psicóloga, que atendesse as famílias, porque nós fazemos assim, nosso trabalho, mas poderia melhorar se tivéssemos mais a atenção também da saúde mental [...] (Agente comunitária 1, grupo A, 1° encontro).

Então acaba sobrecarregando também o médico da unidade, que na realidade ele desempenha a função muitas vezes de psicólogo, psiquiatra e ele mesmo que acaba por medicar os pacientes. E assim, é, deveria se ter as equipes, o certo seria que as equipes das unidades fossem completas. Porque se realmente elas fossem completas, seria composta, cada unidade teria um psicólogo, ou cada duas unidades ter um psicólogo (Técnica em Enfermagem, grupo A, 1° Encontro).

A demanda dos participantes é que exista um psicólogo na atenção básica que possa absorver a demanda de casos de saúde mental. Os mesmos não tomam esta demanda como parte a ser cuidada pela equipe, ainda persiste a dinâmica de apenas encaminhar para o serviço especializado. Os agentes comunitários, por exemplo, expressam que estão realizando uma função que não é de sua competência, pois escutar e intervir nos problemas que as famílias relatam seria função do psicólogo.

[...] o agente comunitário tá fazendo papel de psicólogo nas casas. Você chega o pai tá com problema, a mãe tá com problema, ele conta tudo pro agente comunitário, problema de casa, brigas de casal, essas coisas, tudo (Agente Comunitário 2, grupo A, 1° encontro).

O estudo de Pires et al. (2017), também apresenta a percepção que os agentes comunitários entendem que ao escutarem os problemas das famílias, estão fazendo o trabalho

de um psicólogo ou conselheiro. Os referidos autores apontam que ocorre uma delimitação nas relações de cuidado, pois se determina quem pode ou tem a função de escutar, o que hegemonicamente está ligado às profissões da área psi. Percebemos que igualmente este entendimento, de que a escuta está relacionada às profissões como a psicologia não está restrito apenas a visão dos agentes comunitários. A enfermeira se diz mais sensibilizada em perceber os casos que envolvem a saúde mental de crianças e adolescentes, no entanto, esta sensibilidade está bastante ligada ao fato da técnica em enfermagem estar cursando graduação em psicologia, contudo, a enfermeira não toma a responsabilidade do cuidado para si, ela de certa forma "encaminha" para técnica em enfermagem, que em breve será formada em psicologia.

[...] aqui, nessa área, me deparei com muita coisa de adolescentes em crise, e assim, o fato da (nome da técnica em enfermagem) tá fazendo psicologia faz com que a gente vire com mais atenção, as vezes quando aparece eu falo (nome da técnica em enfermagem) olha me ajuda, é pra você (Enfermeira, grupo A, 1° Encontro).

Esta questão da dificuldade de escutar o usuário foi algo que me tocou muito os encontros nos dois grupos

Não sei se minha conduta no grupo foi a melhor, pois questionei um pouco esta questão da escuta, depois dos profissionais repetirem esta questão de "dar uma de psicóloga", acabei perguntando Qual deveria ser na opinião deles a postura do paciente? Ir conversar, não ir conversar? Acabei me sentindo autorizada a questionar, no momento que a técnica em enfermagem que está no último ano de psicologia, contou sobre usuários que vinham aferir a pressão e acabavam falando de outras coisas. Então acabei questionando porque não trazer demandas para conversar ali para a unidade. Ela respondeu que eles poderiam conversar sim, mas eram 30 pressões para se aferir e não dá para escutar a todos (Diário de pesquisa, 15/08/2017).

Durante um dos encontros do grupo A, uma das técnicas em enfermagem também comentou que os usuários às vezes não tinham nada, iam a unidade para medir a pressão e conversar à toa, então também perguntei o que era "certo", o que os usuários poderiam fazer ou não, ir a unidade era uma coisa errada a se fazer?

Especialmente sobre a questão das profissões ligadas à enfermagem penso que esta questão da escuta e do dilema entre realizar um procedimento ou simplesmente escutar o paciente, me afeta, pois, também estou ligada a Instituição Enfermagem. Esta instituição que dita fortemente nossa conduta profissional ainda está muito enraizada a questão do procedimento, das tecnologias duras e leve duras. Como enfermeira em um CAPS i, quando

participo de reuniões ou conversas informais com enfermeiras das UBS no município onde trabalho, sempre fico com a sensação de que existe a percepção de que não faço nada, pois não há procedimentos como instalar um soro em um paciente, cuidar de pacientes com feridas, aplicar vacinas. Apesar das falas atravessadas de que o "o pessoal do CAPS" não faz nada, nenhuma enfermeira quer ir para o CAPS, dizem que o último lugar que gostariam de trabalhar é em saúde mental. Enquanto enfermeira de um serviço de saúde mental às vezes me sinto deslocada, sinto dificuldade em encontrar o meu lugar na Instituição Enfermagem, tanto em relação ao fato de que a tecnologia dura não está tão presente em meu cotidiano, quanto pelo "poder" que esta instituição incita que eu exerça sobre o paciente.

Este poder que está presente em outras profissões, pode ser exemplificado de modo simples, no caso da enfermagem, pela consulta de enfermagem, que prevê a avaliação do paciente, identificação dos problemas, estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem. Claro que todo este processo é muito importante, pois organiza as ações de enfermagem, contribui para a segurança do paciente, a consolidação da enfermagem como ciência. Mas dentro do processo de enfermagem onde se encontra de fato a contratualidade que devemos ter com o usuário? Podemos prescrever: verificar sinais vitais diariamente, ou na pré-consulta, o organismo do paciente biologicamente demanda a monitorização a verificação, porém o usuário enquanto sujeito, que tem uma vida e um modo de vivê-la, pode estar demandando outros cuidados, por estar angustiado, por estar passando por problemas em casa, por não estar sabendo como lidar com os filhos, etc.

Talvez todas as prescrições caiam por terra quando nosso paciente é psiquiátrico, aquele que não segue nenhuma das nossas prescrições, ou os pacientes ditos que não aderem ao tratamento, os rebeldes, os questionadores das ordens estabelecidas. Talvez tudo piore ainda mais, quando cuidamos, por exemplo, dos adolescentes que na visão cultural, discordam de tudo, são os "aborrecentes", os" rebeldes sem causa", que querem saber o porque de tudo e não obedecem antes de escutarem uma clara explicação.

Outro aspecto é qual o papel, de fato, dos serviços de saúde? Só podemos cuidar de pessoas doentes? Se o nosso mandato social é cuidar dos doentes, o que de fato significa estar doente? A doença se manifesta em todas as pessoas da mesma maneira? Cuidamos de pessoas ou de doenças? Entendo que precisamos nos questionar sobre isso, pois a todo momento somos colocados diante de situações que nos indagam e o cuidado em SMCA não é diferente. O foco de nossa atenção deve ser as crianças e adolescentes e não apenas as queixas que as escolas nos trazem, que os pais nos trazem de que a criança quando era pequena era boazinha, obediente e depois de uma certa idade ficou indisciplinada, logo ela precisa terapia. O papel de cuidar

também acarreta o ofício de questionar paradigmas estabelecidos (MOYSÉS; COLLARES, 2015; VICENTIN, 2016).

Foram expressas também outras demandas pelas profissionais de maneira geral nos dois grupos. Demanda por valorização, pois os profissionais não percebem que os usuários não valorizam o seu serviço, expressaram a opinião de que a população não entende a proposta da ESF, querem pronto atendimento. Manifestam que os outros setores da saúde também não valorizam o trabalho feito na ESF

Antigamente quando eu entrei aqui eu acho que eu era mais animada em relação as visitas, acho que eu tinha mais qualidade e hoje não eu acho que hoje eu fico mais na quantidade mesmo, só produzir (Agente Comunitária 1, grupo B, 1° Encontro).

Eu acho que falta uma valorização pelo trabalho delas [...] eu acredito que muitas vezes elas acabam perdendo a motivação por causa disso, muitas vezes a gente pergunta para o paciente quem é a agente comunitária que passa lá e eles falam que é uma baixinha ou uma magrinha, ou uma gordinha então assim eles não veem importância para saber o nome delas. Então assim eu acredito que falta uma valorização do pessoal para elas (Dentista, grupo B, 1° Encontro).

[...] quando eu entrei aqui eu era mais ativa, eu ia mais fazer visita domiciliar que não era espontânea mas hoje eu tenho outra visão por que o paciente ele não se adere a medicina preventiva, ele só dá valor na gente quando ele dá um AVC, ou quando quebra o fêmur ele não tem interesse de vir tratar, fazer uma atividade física, tomar o remédio corretamente, vir aferir a pressão (Técnica em Enfermagem 1, grupo B, 1º Encontro).

Eu trabalhei muito tempo na santa casa e eles não valorizam o trabalho da equipe de saúde da família e eu já tive também essa visão por que eu já trabalhei lá e não conhecia a saúde da família, mas lá eles têm uma visão que a gente não faz nada que a gente ganha um salário para ficarmos de folga, quando é feriado e a gente manda um curativo para lá eles perguntam por que o posto está fechado, por que só abre na segunda feira? Então os profissionais não valorizam a gente, os próprios colegas de profissão não valorizam, a gente na visão dos pacientes da cidade não servimos para nada o que eles querem aqui é que a gente atenda urgência e emergência e isso aqui a gente não faz, aqui não fica médico o dia inteiro, tem procedimento que a gente não faz , ai você fala para o paciente que hoje o médico não vem mais ou de segunda marca para terça e ele fala " ai mais eu estou passando mal" se está passando mal vai na santa casa " ai mas na santa casa não resolve" então né a gente não pode fazer nada (Técnica em Enfermagem 1, grupo B, 1º Encontro).

Outras demandas surgiram no início e durante o processo da pesquisa, por exemplo, em relação reestruturação dos serviços de atenção básica, com a reorganização do território, contratação de funcionários. Existe também as demandas pessoais como a da psicóloga do CAPS, ao expressar que a participação na pesquisa possa ajudá-la a entender melhor o

funcionamento do sistema de saúde da cidade, já que ela foi recentemente contratada. A importância de se reconhecer essas várias demandas que surgem está no fato de podermos compreender que a nossa prática não é isenta, ela é atravessada (LOURAU, 2004a).

De maneira geral, todas as demandas manifestas e refletidas nos encontros foram e são importantes, no entanto, não será possível no espaço desta dissertação apresentar todas. Nossa intenção é mostrar como Fortuna et al. (2017, p. 3), que "sobre as demandas é relevante evidenciar que podem ter sintonia com a encomenda ou se revelarem dessintonizadas dela sem, contudo, perderem a importância no processo de intervenção". É vital que as demandas sejam expressas, pois será exatamente a análise destas demandas dentro do grupo que possibilita a reflexão, a oportunidade de ressignificar conceitos e práticas (MONCEAU, 2013).

Como fruto de nossa experimentação no AM, assinalamos que a análise da Encomenda e da Demanda pode auxiliar o apoiador e equipes a ressignificarem a prática do AM para além do que é instituído pelas portarias ou determinado pelos gestores. Olhar para estas questões problematizá-las e dar um novo sentido ao modo do trabalho em saúde, pois inclui o coletivo, possibilitando o engendramento de formas que combatam a captura do trabalho criativo dos sujeitos.

## 7.3 Participação dos Sujeitos no Dispositivo

Os participantes da intervenção, são trabalhadores das equipes da ESF e do CAPS do município. Não existia uma cultura de realização de reuniões entre os setores e nem mesmo dentro das equipes, salvo, em momentos mais críticos para discussão de algum caso urgente, como de crianças ou adolescentes que se encontram em grande vulnerabilidade social, já imersos em situações graves, como o abandono ou o tráfico de drogas, geralmente estas reuniões são "convocadas" pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou por instâncias do judiciário.

Desta forma, a utilização do AM como dispositivo foi algo que proporcionou uma desterritorialização, demandando uma reorganização dos sujeitos em seus postos de trabalho e encontro destes profissionais. As psicólogas remanejaram atendimentos no CAPS para poderem estar presentes nas reuniões, as equipes da ESF também organizaram seu processo de trabalho para abrir espaço na agenda de todos.

Realizamos uma cogestão acerca da organização da pesquisa, pois o prazo que eu tinha era de agosto até o final de setembro para os encontros com os grupos, prazo determinado, pois precisei solicitar licença do meu serviço para realizar a pesquisa em outra cidade. Tinha 60 dias

para realizar os encontros, em meio a isto o projeto ainda estava em processo no Comitê de Ética em Pesquisa, em razão da emenda solicitada pela mudança de local da pesquisa, enfim período apertado e um pouco aflitivo. Todas estas questões foram informadas aos participantes e desta maneira solicitei inclusive a ajuda deles para pensarmos em como poderíamos colocar a pesquisa em ato.

Durante os encontros de reflexão ocorreram momentos de intensa participação dos profissionais e momentos menos participativos. Durante um encontro no grupo A, havíamos combinado de discutir um caso que o próprio grupo havia levantado como importante para pensarmos em maneiras de intervir, assim combinamos que a equipe durante a semana tentaria um contato com o adolescente e a família do referido caso, para que pudéssemos trazer informações mais atuais e claras sobre situação, inclusive com a intenção de uma maior aproximação da equipe com o caso. No encontro seguinte em que íamos discutir o caso a enfermeira disse que "não havia cumprido a tarefa", pois não teve tempo de se inteirar melhor do caso, também nenhum outro membro realizou a visita, estavam todos imersos em outras atividades. Porém, durante o encontro tentaram descobrir nas anotações do prontuário, ligaram em serviços que o adolescente havia se tratado para saber melhor do caso, e assim, avançamos pouco.

Outro ponto interessante foi no último encontro do grupo B perguntei sobre a pesquisa, o que poderia ter sido diferente, os participantes colocaram que seria mais interessante que eu tivesse trazido mais casos para discutir, pois a discussão de casos parece aproximar a teoria da prática. Questionei o grupo sobre a sugestão, pois em vários encontros, estimulei o grupo a apresentar propostas para os encontros, sempre um longo silêncio se fazia, diante do silêncio então apresentava propostas de atividades para que o grupo escolhesse, a discussão de casos que eles acompanhassem, que estivesse inserido no CAPS foi também indicado, mas o grupo acabou escolhendo outras atividades. Compreendo que em várias discussões falamos sobre casos que os serviços acompanham, mas talvez isto tivesse implícito nas discussões.

Estas duas situações foram muito marcantes se observarmos o percurso da intervenção em todos os encontros. O grupo A no primeiro encontro apontava alguns casos de crianças de sua área, porém não conseguiam expor muito sobre estes casos, pois o encontro com as crianças, adolescentes e seus pais estava muito restrito a unidade, os agentes comunitários contavam pouco sobre o que sabiam das famílias que acompanhavam. No entanto, este grupo em todos os encontros procurava citar o nome de alguma criança de sua área, elegeram um caso para discutirmos. Em um dos encontros que falamos sobre a questão da auto agressão e prevenção do suicídio, os mesmos, relataram sobre adolescentes que haviam passado por consulta na

unidade com a problemática de se cortarem. Nesse momento, ocorreram trocas de informações sobre os casos que eram acompanhados no CAPS com a psicóloga.

Então os casos concretizavam as discussões, mesmo que em alguns momentos elas não avançaram por falta de dados sobre a vivência do usuário, mas os participantes refletiam sobre o fato que talvez precisassem estar mais perto das famílias. Reconheceram que o processo de trabalho dentro das unidades não estava permitindo esta aproximação mais efetiva.

O grupo B, durante o caminhar do estudo preferiu focar em temas, solicitaram que eu levasse temas para discutirmos. Mas a presença da dentista na equipe foi significativa, pois ela acabava lembrando de casos, ou levando a discussão para esta perspectiva. A dentista dispunha de mais contato com crianças, pois desenvolvia uma atividade na creche da área da unidade, os outros profissionais relataram terem realizado uma atividade em uma escola da região, mas foi uma ação pontual sobre saúde ocular.

a gente fez esse trabalho na escola, mas foi mais relacionado, acho que as meninas participaram também né, a saúde ocular né que eles fazem aquele teste de visão e antropometria. Mas na verdade assim, falando sinceramente, nessa época que a gente fez foi uma coisa assim muito rápida, olha tem que fazer hoje pra lançar no sistema amanhã. Sabe então fez meio que as pressas e na verdade assim gente não teve nenhuma ação em cima disso, a gente fez o que tinha que ser feito (Enfermeira, grupo B, 4° Encontro).

Olha até a última vez que eu fui lá e a (nome de uma agente comunitária) foi comigo né, e a gente estava conversando que teve algumas crianças que não estavam lá quando eu fui fazer o levantamento e eu comentei com (nome de uma agente comunitária) a questão de uma criança que eu falei assim, que algum problema ela deve ter sim, mas quem sou eu pra saber diagnosticar o caso dela, a menina, acho que é (nome da criança). Ela tem um semblante bem triste e ela não consegue fixar o olhar em você e eu até comentei com a (nome de uma agente comunitária) ela não consegue né? E uma das características que a gente sabe do autista é isso, e assim eu acho que é uma coisa interessante também. Na verdade, a gente fica muito centralizada aqui dentro, a nossa demanda aqui dentro é muito grande. Então assim que nem o dia que a (nome de uma agente comunitária) saiu lá pra fazer escovação eu tenho que chegar aqui e já sair por que se eu fico aqui dez ou quinze minutinhos já vai chegando atendimento e a gente não consegue, então eu acho que seria interessante sim a questão da escola [...] porque na verdade, tem a questão de que quando o menino é danado ele é taxado como hiperativo aí já encaminha, então assim tem muita demanda pelo fato das professores encaminharem (Dentista, grupo B, 4° Encontro).

No grupo B, também ocorreram trocas com a psicóloga do CAPS, mas como esta estava há poucos meses no serviço e ainda não estava atendendo crianças ela também não conhecia pessoas que eram acompanhadas na unidade e no CAPS.

Sinalizamos as questões acima citadas, não para compararmos os grupos, porque de fato eram heterogêneos, as pessoas tinham vivências diferentes, mas algo era comum a eles, o fato de concentrarem o disparo das discussões, reflexões na figura do pesquisador, o que demonstra que a participação dos sujeitos em pesquisas ainda está muito presa ao modo ainda instituído de se realizar pesquisa em que o pesquisador é o detentor de um saber superior que o saber dos participantes. Acredito que os participantes apresentavam a expectativa de realizarmos uma pesquisa **sobre** pessoas/profissionais/serviços **para** avaliar determinada situação ou ensiná-los como agir (MONCEAU, 2005).

É desafiante realizarmos de fato pesquisas em **parceria** com as pessoas. É uma situação árdua tanto para os participantes que esperam que o pesquisador prescreva ordens quanto para o pesquisador que se desterritorializa do lugar de detentor do saber e precisa tomar uma postura de acompanhar/conduzir junto e não ditar regras e comportamentos (MONCEAU, 2005; FURLAN; CAMPOS, 2014).

Não sei se da maneira "correta" ou não, em vários momentos tentei estimular que o grupo tomasse para si, interiorizasse as discussões, as intervenções ali combinadas. Questionava-me se isso também não era uma forma de prescrever o comportamento, as atitudes que eu gostaria que o grupo tivesse no decorrer do processo interventivo. De qualquer forma entendo que questionar estes lugares no processo da pesquisa é um movimento instituinte dentro da Instituição pesquisa, e estas possibilidades de indagações se devem muito às modalidades das pesquisas participativas (MONCEAU, 2005)

Nessa experimentação, assinalamos com relação à participação no dispositivo, que nesse caso é o AM, auxilia nas indagações sobre o lugar do apoiador, que também não deve ser o lugar do detentor de saber por ser um especialista. O AM também prevê a cogestão, a valorização do saber de todos os profissionais e da postura ativa de todos os participantes. Tanto a equipe que apoia, quanto a equipe de referência, necessitam de questionar, analisar o lugar que estão ocupando no dispositivo matricial (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014; FURLAN; CAMPOS, 2014).

#### 7.4 Trabalho dos analisadores

De acordo com Lourau (2014, p. 303) analisador é "aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar". Desta maneira se materializa em "tudo aquilo que apoia a análise das dinâmicas institucionais, independente da modalidade de trabalho socioclínico" (MONCEAU, 2013, p. 98).

## Para Baremblitt (1994, p. 70-71)

[...] um analisador não é necessariamente um discurso, mas pode ser um monumento, a forma como está elaborada planta arquitetônica da organização, pode ser uma característica dos modos de relação que não está formalizada nem anunciada em parte alguma [...]. E podem ser os relatos ou as mensagens verbalmente proferidas pelos integrantes nas entrevistas, nos questionários ou em qualquer forma de comunicação intersubjetiva.

Neste estudo tomamos como analisador as relações que ESF e o CAPS mantém com o estabelecimento CRAS, pertencente a Secretaria de Assistência Social do município, a ação em saúde "Grupo de Gestantes" e "Programa Saúde na Escola". Estes analisadores estiveram presentes nas discussões dos encontros de reflexão dos dois grupos participantes.

O CRAS revelou-se como um organizador do fluxo de comunicação entre os serviços de saúde e referência no percurso das crianças e adolescentes nestes serviços. É evidente que a intersetorialidade é um princípio essencial para a prática efetiva do cuidado às pessoas, sobretudo, no caso da atenção ao público infanto-juvenil. No entanto, não deixa de ser peculiar o fato de um estabelecimento pertencente a Assistência Social coordenar o sistema de referência de estabelecimentos do Sistema de Saúde, apesar de não estarmos negando a interpenetração existente entre estabelecimentos, sejam eles da Saúde, da Assistência Social e da Educação. Para exemplificar melhor nossa discussão trazemos abaixo o trecho de um dos encontros. A técnica em enfermagem conta sobre uma atividade que haviam feito na escola próxima a unidade e relatava sobre a dificuldade de relação que tinham com a escola e que os professores desta e de outras escolas da cidade haviam feito listas de alunos "problemas" encaminhando para a psicologia/psiquiatria do CAPS. A enfermeira e a técnica em enfermagem então relatam que nas reuniões que ocorriam no CRAS, esta prática era recorrente:

Fui a algumas reuniões do CRAS e lá eles descreviam assim, criança faz sempre o mesmo desenho é [...] desenho sem nexo, sabe umas coisas assim? (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

Mas isso os professores? (pesquisador, 2º Encontro).

Isso, vão no CRAS, aí na reunião do CRAS, aí põe que a criança é hiperativa, já dá um diagnóstico de hiperatividade ou põe sabe, já solicita a medicação. Então assim, é muito ruim você pegar uma lista e tá lá o nome Fulaninho, aí está o x, psicólogo sabe? E muito, muito aluno, muito, muito, muito [...]. Então, aí numa dessas reuniões elas mostraram desenhos né, sem nexo, na visão dela sem cor e tal mas eu falei, peraí eu tenho um filho também e ele faz também os desenhos exatamente igual e outra ele sabe exatamente o que está desenhando, se eu pegar um desenho que ele desenhou no ano passado ele vai te falar qual é

o personagem, o que aquilo simboliza e eu não entendo nada, apesar que mãe já vai adivinhando, já já ela sabe que aquilo lá era *Hulk*, *minecraft* que é tudo quadradinho (Enfermeira, grupo A, 2° Encontro).

A discussão toma outros rumos, pois os participantes voltam a falar sobre a necessidade de voltarem a fazer outros projetos na escola, relatam que o projeto parou por decisão da diretora, que teve um problema pessoal com a equipe da ESF e impediu a continuação do projeto. Outros temas também surgiram nesse intermeio, a sensação de que com a nova Política de Atenção Básica, a ESF iria se tornar um pronto atendimento, ocorreu a fala da dentista da unidade de que é preciso que o profissional também seja cuidado, sobre a falta de responsabilidade dos pais que muitas vezes depositam o cuidado às crianças nas escolas ou em outros serviços, todas estas foram falas dos profissionais. Naquele encontro eu pensava que todos estes temas eram muito relevantes, porém fiquei intrigada com a referência feita ao CRAS e as reuniões ocorridas neste estabelecimento, e quando os profissionais citaram novamente o órgão, resolvi questionar para tentar entender o lugar que ele ocupava:

[...] agora sobre as responsabilidades que a gente tava falando, eu percebi nesses encaminhamentos, principalmente dos adolescentes que muitos pais eles deixam tudo por conta da gente, tipo assim, esse dias o CRAS me ligou pedindo encaminhamento para um adolescente que tava tendo problemas na escola o que ela foi me relatando eu já falei "eu não posso perder esse paciente", já fui fazendo a guia de referência, Dr. (nome do médico da ESF) assina né e aí depois a gente leva isso pra reunião no CRAS quando a gente vai pra lá também (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

Mas essas reuniões são mensais? (Pesquisadora, grupo B, 2° Encontro).

Não, é por caso (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

Casos específicos (Outras pessoas presentes no encontro).

Eu queria entender assim, o lugar do CRAS nisso, porque assim eu entendo né o CRAS claro faz o acompanhamento, mas teoricamente ele é da assistência, mas parece que ele meio que regula essa coisa do encaminhamento, como que é? (Pesquisadora, grupo B, 2° Encontro).

Ele acaba fazendo um trabalho de assistência social também, porque o que acontece, a escola tem uma situação problema de uma criança, manda pro CRAS (Técnica em Enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

Mas porque que a escola não fala pra vocês? (Pesquisadora, grupo B, 2° Encontro).

Porque além de ela querer que essa criança seja encaminhada ela quer que essa criança seja trabalhada e o CRAS trabalha com eles (Enfermeira, grupo B,  $2^{\circ}$  Encontro).

É sejam trabalhadas, é entendeu? Que aí depois insere ela no projeto, aí manda pro CRAS, aí o CRAS solicita o PSF junto entendeu? Ou às vezes é uma questão judicial (Técnica em Enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

Na maioria das vezes que é paciente do CRAS, são pacientes envolvidos com pais usuários de drogas, sabe? Prostituição, são uns pacientes muito crítico, a gente não pode perder eles mesmo, você entendeu? E aí vamos supor, ela me ligou, me pediu e aí a gente faz ele assina (faz referência ao médico da unidade), espero a família vir buscar porque a gente também precisa ver se aquilo lá tem concordância com o que a gente descreveu ali, a gente pede pro familiar vir aqui buscar (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

E a regra é que aceitam encaminhamento só do médico? (Pesquisadora, grupo B, 2° Encontro).

Só do médico! (Vários participantes respondem).

E vocês mandam pro CAPS? O CAPS aceita só encaminhamento do médico? (Pesquisadora grupo B, 2º Encontro).

Só do médico (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

Dentro desta linha de raciocínio nos remete a questão de qual é o "objeto" de cuidado dos profissionais de saúde, nós cuidamos das crianças e adolescentes, ou estamos a serviço de apaziguar, resolver as queixas advindas dos setores da assistência social ou educação, qual a relação que de fato mantemos com estes equipamentos sociais? É missão da Instituição Saúde ressignificar para si e para outras instituições os sentidos estabelecidos sobre o processo saúdedoença?

Entendemos o lugar da escola e dos serviços de assistência, que estão diretamente envolvidos com as crianças, adolescentes e suas famílias e, possivelmente, eles apresentam uma boa capacidade de identificar algum problema nas crianças, mas cabe aos profissionais de saúde, incluindo os pertencentes à ESF e aos próprios serviços de saúde mental, decodificar esta demanda que os outros serviços nos colocam. Decodificar parte do princípio de investigar, se debruçar sobre algo, avaliar, esmiuçar a informação e, para isso, o mínimo a se fazer é conversar com os envolvidos na problemática, inclusive a criança ou o adolescente.

Podemos relacionar esse "decodificar" com a análise da demanda: ora, quem, como e porque e por quem as pessoas estão sendo encaminhadas para serviços de saúde mental?

Outro ponto é o fato do CAPS aceitar (como foi relatado pelos profissionais da ESF) encaminhamentos exclusivos do médico. Verifica-se, neste fato, que o modelo de assistência ainda está arraigado e centrado, na figura do profissional da medicina como o detentor do saber absoluto sobre o processo saúde e doença, inclusive nas unidades da ESF e os CAPS que apresentam em teoria outra perspectiva de cuidado. É arcaico que os serviços de saúde aceitem

somente encaminhamentos provindos deste profissional. Sobre o acesso aos serviços do CAPS, o documento Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, sinaliza:

Para ser atendido no CAPS pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende à região onde mora. Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço (BRASIL, 2004, p. 15).

Durante este encontro senti o desejo de questionar porque a aceitação somente do encaminhamento do médico, no entanto, a discussão do grupo permaneceu na questão da falta de responsabilização dos pais, nesse entremeio a psicóloga do CAPS chegou no meio da sessão, de certa forma a chegada de um membro no meio do assunto quebra um pouco a dinâmica do que se está discutindo. De certa maneira a questão ainda tratava-se da falta da responsabilidade dos pais sobre as crianças, diante disto resolvi fazer um outro questionamento que acreditei ser pertinente naquele momento:

[...] como que vocês veem assim, vamos dizer a linha do começo disso, vamos pensar lá no começo, por exemplo, na gestação, nos grupos de gestante, na puericultura, como que vocês veem esse caminho dos pais. Eles já chegam assim "Não tô ligando pra criança" ou tem um certo percurso? Alguma coisa é trabalhada em relação a isso na gestação, a questão do vínculo com o bebê? Vocês fazem grupo de gestante? Tem puericultura? Quais são as atividades? (Pesquisadora, grupo A, 2° Encontro).

Neste momento, os profissionais contam sobre as atividades que realizam na unidade:

Antigamente aqui na unidade havia sim o grupo de gestante, quando foi inaugurado o Sinhá Junqueira, foi transferido a responsabilidade pra lá porque aqui, tirou o vínculo que tinha com a unidade. (Agente Comunitário, grupo B, 2° Encontro).

Depois que foi para lá, quebrou o vínculo, mesmo eu indo lá, já fui na casa de todas as gestantes convidando a tá vindo aqui fazer o tratamento odontológico, explicando a importância da infecção na boca pro parto prematuro, tudo a gente explica mas não, elas vão lá e elas vão lá num sentido que elas querem ganhar kit, elas não vão atrás de informação é muito difícil, uma ou outra vai atrás de

informação, as outras querem ganhar o kit e o brinde (Dentista, grupo B,  $2^{\circ}$  Encontro).

E depois quando nasce a (nome da enfermeira) vai junto com a gente, a gente orienta tá vindo, é uma vez por semana tá trazendo a criança pra gente fazer a puericultura, depois quando eles começam a vacinar a gente fica de cima, igual fecha por exemplo fechou um mês, vai fechar o mês agora de agosto eu espero até a primeira semana de setembro a criança não veio ai eu passo pros agentes comunitário "Ó, precisa ir atrás dessas crianças pra saber o porquê não veio tomar vacina", tem pais que são comprometidos, mas tem pais que não, que realmente eles se preocupam muito mais se vai aumentar o valor do bolsa família e se essa criança saiu no bolsa família (Técnica em enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

Eu vejo assim, também faço parte do cursinho lá do (nome do projeto da ONG) e eu percebo assim que tem muitas gestantes novas e muitas delas falam assim "Eu tive filhos muito nova", eu nem sabia como que era cuidar aí a vó que também é nova tem uma filha né ingrata, o bebê nasce e essa avó assume parcialmente o cuidado dessa criança, parcialmente porque a vó tem a vida dela inteira pra né [...] ai essa mãe que começa ser meio mãe porque a avó não sabe se acolhe a mãe ou acolhe o neto e ela começa a ser meio mãe e aí ela já envolve de novo com outra pessoa, outra gestação [...] mães que a gente orienta tanto no cursinho a dar banho e a cuidar, ai vem mãe aqui com nove, dez dias "Ai imagina eu não dei banho no meu bebê, eu não dou o umbigo ainda não caiu e eu não dou", mãe é importante ter esse cuidado, ter esse vínculo, o toque do bebê, massagem no bebê, não de jeito nenhum, então assim eu tem medo, é a mãe que faz, é o vizinho que faz, a responsabilidade já é jogada em cima de uma outra pessoa desde que o bebê nasce, entendeu? Então assim lá no (nome do projeto a ONG) eu não sei como que é a palestra das outras eu não sei mas como eu faço das ações do quinto dia, eu vou lá eu busco amamentação, eu busco um pouquinho do parto e também tento buscar um pouquinho essa parte do afeto do bebê, só que quarenta minutos é muito pouco né a Suzana foi comigo também (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

Tento realizar um outro questionamento durante o encontro, pois o assunto gira em torno da desestruturação da família que em consequência forma uma criança também desestruturada, pode ser um discurso verdadeiro ou não, mas o que fazer com isso? Como profissionais podem ajudar estas famílias ditas desestruturadas?

O problema é você tirar essa gestante mais de uma vez por semana de casa (Técnica em enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

O problema também é verba, porque pra manter um grupo a gente precisa de verba e o município não disponibiliza de jeito nenhum, agora se dividisse a galera do (nome do projeto da ONG) pra cá e a gente formasse um grupo aqui aí dava (Agente Comunitária, grupo B, 2° Encontro).

Tem nem água! (Técnica em Enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

Temos sérios problemas estruturais, a gente por exemplo se fosse a gente teria que colocar elas aqui, quando a gente fazia o grupo aqui a gente tirava a mesa daqui de dentro (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

E quando tinha esse grupo assim, o que vocês achavam? Vocês achavam que era melhor ou não era? (Pesquisadora, grupo B, 2° Encontro).

Quando eu ainda não tava aqui eu tava grávida do (nome do filho), eu vim participar desse grupo depois a (nome de uma enfermeira que trabalhava na unidade) me largou aqui, quando eu e a (nome de uma agente comunitária) entrou aqui ainda tinha e era muito gostoso, porque era uma turminha pequena então elas se abriam mais, elas conversavam mais (Enfermeira, grupo B, 2° Encontro).

A gente deu palestra, a gente montava as palestras, conversava era muito bom (Agente Comunitária, grupo B, 2° Encontro).

Lá no (nome do projeto social) acho que era muito grande e elas vão por obrigação porque o ônibus busca porque se o ônibus não buscasse elas não iam [...] (Técnica em Enfermagem, grupo B, 2° Encontro).

E também por causa do lanche que muitos vão ali pra comer, não assim o kit é o final, mas assim você vê que muitas vão ali porque elas podem comer (Agente Comunitária, grupo B, 2° Encontro).

Os analisadores, representados pelo CRAS e Grupo de Gestantes, revelam que o cuidado que seria pertinente à Saúde, tem sido delegado a outras instituições. Quando falamos de cuidado, nos referimos não apenas a consulta médica, ou a consulta de enfermagem e nem tão pouco a simples realização de um grupo de "orientação" a gestantes, mas o cuidado que coloca o usuário, sua história de vida, seu modo de viver, em contato com os trabalhadores e serviços de saúde. Estes analisadores nos revelam o quanto estamos atravessados por outras instituições como a família, pois o nosso referencial para classificar as famílias em desestruturadas ou não é o modelo da família tradicional, pai, mãe e filhos, apesar de estar em discussão, mesmo na mídia, outras composições familiares, a família tradicional, é o paradigma vigente (ROMAGNOLI; MAGNANI, 2012)

Apesar de grupos com pessoas diferentes, a questão do CRAS, representado pela figura da Assistente Social, que segundo os profissionais liga e exige coisas da ESF e a quebra de vínculo com as gestantes pela transferência do grupo de gestante para o projeto, também se manifestou no grupo A como analisadores. Não apresentaremos as falas, pois as falas praticamente se repetem, o grupo A também identificam a fragmentação do cuidado das gestantes, o distanciamento do vínculo, os problemas estruturais da unidade.

A escolha de trazer neste estudo estes dois analisadores se dá pela justificativa de que é frequente por parte de nós profissionais, a culpabilização das famílias, principalmente as ditas

desestruturadas, pelos problemas em saúde mental das crianças e adolescentes. Nossa conduta muitas vezes é de dar o diagnóstico de família desestruturada, porém agir pouco sobre e com estas famílias, os casos são dados como sem solução (ROMAGNOLI; MAGNANI, 2012).

Outro ponto, é que em tese, pela proximidade, vínculo e dinâmica de trabalho, a ESF ocuparia um lugar mais central nas redes de atenção à saúde, seria como uma coordenadora do cuidado, assim como o CAPS na RAPS. Estes equipamentos de saúde devem se articular com os vários setores, também numa perspectiva de reorientação do modelo de atenção, não apenas dentro das unidades, mas no auxílio a mudança cultural de olharmos e valorizarmos as pessoas e não os diagnósticos (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2016).

Também reconhecemos como analisador o Programa Saúde na Escola que "surgiu" durante o período da pesquisa, de acordo com as enfermeiras das unidades, a Secretaria de Estado de Saúde - SP havia enviado um documento sobre o programa para implantação nas ações da ESF. Diante deste contexto procuramos iniciar discussões sobre a possibilidade de ações na escola e as experiências que os grupos apresentavam sobre a incursão no espaço escolar. Os profissionais do grupo B relataram ter pouca aproximação realizando ações preventivas pontuais. Já os profissionais do grupo A relataram a experiência de trabalharem com alunos da escola próxima a unidade.

[...] pensei na gente poder conversar um pouco, até mesmo pra gente pensar sobre as atividades, as práticas que vocês já realizam aqui em relação às crianças e adolescentes, se vocês pudessem falar o que já é feito, até mesmo pra gente poder pensar às vezes no sentido mais integral, às vezes dentro dessas práticas alguma coisa de saúde mental já deve ser realizado (Pesquisadora, grupo A, 2° Encontro).

[...] assim no meu caso eu faço estágio de promoção em saúde na comunidade, então é um estágio que é optativo na faculdade e aí eu escolhi fazer ele, então a gente faz promoção de saúde na comunidade, então o primeiro semestre a gente trabalhou habilidades de vida com as crianças aqui da (nome da Escola pertencente a área da ESF) pra eles serem propagadores daquilo que eles aprenderam pra eles poderem passar pros alunos, a gente optou escolher eles porque eles estão em transição, vão sair daqui pra ir pra uma escola maior, então é um contato maior com outros alunos é um contato diferente porque eles vão sair da proximidade da casa deles [...]. Eram os três quinto ano, tanto de manhã quanto a tarde, então assim, é tem os alunos já rotulados, tem a postura de que se você não gritar, se você não se impor, se você não ser rígido eles não vão participar eles não vão fazer nada e ai as crianças se mostraram completamente diferente. Até tanto a (nome de uma Agente Comunitária) quanto o (nome de um agente comunitário) participaram com a gente [...] (Técnica em enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

[...] quando nós fomos, foi a caixa e aí era pra cada criança pegar um objeto que simbolizasse né alguma coisa, alguns pegavam caderno porque podiam ser

professor, outros pegaram o bichinho o leãozinho porque ia ser veterinário, outra escova, porque gostava de se arrumar (Agente Comunitária, grupo A,  $2^{\circ}$  Encontro).

[...] assim a gente não utiliza muita coisa, não tem muito, a gente usou muito questão lúdica com eles né e trabalhar questão de respeito, de reconhecimento de espaço, é, do próprio autoconhecimento, a gente fez uma atividade com muita interação, era uma viagem de navio que eles tinham que imaginar essa viagem de navio e fazer das escolhas de quem eles iam levar, o que eles queriam pra comer, o que eles queriam pra beber, o que eles queriam ouvir lá e no final tinha uma caixa com espelho, eles iam e olhavam pra essa caixa e falava se levaria ou não essa pessoa e porquê e assim foi muito tranquilo porque a gente não precisou gritar, a gente não precisou se impor, às crianças participavam, eles esperavam a gente na quinta-feira, tá que agora as vezes os meninos passa ali eles perguntam se a gente não vai voltar pra escola, então teve um retorno positivo (Técnica em enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

As ações realizadas nas escolas mostram o lado que dão voz às crianças e adolescentes, o que não é uma cultura muito realizada. As ações intersetoriais que relacionadas a atenção SMCA, apresentam a possibilidade de desmistificação da perspectiva de que cuidado em saúde mental é apenas para quem já apresenta algum tipo de sofrimento psíquico. A articulação com outros setores como a escola, dão possibilidade de espaço a atenção a público juvenil, além das discussões sobre prevenção da gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, que são importantes, no entanto não abarcam o universo das crianças e adolescentes em sua totalidade (RIBEIRO; TANAKA, 2016; SANTOS; BUSTAMANTE; SANTOS, 2016)

Na experiência de apoio matricial, estar atento a possíveis analisadores pode auxiliar na interrogação daquilo que está instituído. O analisador é aquilo que de certa forma desestabiliza a organização, o estabelecimento, revela as instituições em suas contradições. Eles convidam os agentes deste estabelecimento, em nosso caso os trabalhadores da ESF e do CAPS, a olharem para suas práticas. Indicamos os praticantes do AM no campo da SMCA utilizem os analisadores, sejam os naturais ou os artificiais, pois várias questões podem ser olhadas, e em alguns casos os conceitos que estão tão arraigados nas práticas dos agentes, nas instituições, que é preciso provocar a análise (VASCONCELOS et al., 2012; TATMATSU; ARAUJO, 2016; RANÑA, 2016).

#### 7.5 A Intenção da Produção do conhecimento

É também característica do trabalho socioclínico possibilitar compreensão aquilo que está sendo revelado no coletivo promovendo produção de conhecimentos específicos para o grupo e também a estruturação de análises mais gerais. Para isto, são utilizados dispositivos que

provoquem no grupo a reflexão de suas práticas e a estruturação de novos modos de agir (MONCEAU, 2013).

Apresentaremos nesta seção, dispositivos que utilizamos para propiciar efeitos de conhecimento na intervenção: discussão de caso; apresentação do vídeo sobre o cuidado ao familiar com familiares com sofrimento psíquico; Campanha "Setembro Amarelo".

A discussão do caso de um adolescente foi solicitada pelo grupo A, por acreditarem que isto os aproximaria mais dos aspectos relacionados à saúde mental, daria mais concretude as discussões e segundo a equipe era um caso grave. Eles não tinham muitas informações sobre o adolescente apenas que ele não fazia tratamento na cidade e que em meses anteriores algumas pessoas da cidade fizeram campanhas para que ele pudesse realizar seu tratamento em outra cidade, ocorria também um problema com transporte para levá-lo a outra cidade. As informações eram vagas e imprecisas, de problemas que o adolescente tinha em casa, às vezes ser agressivo e quebrar coisas, que o mesmo fazia acompanhamento no Centro de Reabilitação (CER) de uma cidade vizinha, mas havia interrompido o tratamento. No prontuário havia algumas anotações de consultas que o paciente teve na unidade por causa de viroses, mas haviam alguns diagnósticos e medicações utilizadas anotados no prontuário: Hipóteses diagnósticas de G 40.1+ F 91.0 + F 80.9 e as medicações Divalproato de Sódio; Clobazam; Trileptal; Sertralina e Neuleptil.

Como as informações eram esparsas e a equipe não sabia dizer ao certo qual era a condição do adolescente, por exemplo, se o mesmo ia escola. Como era o comportamento dele, ficou acordado que a equipe iria atrás de informações, algum membro faria uma visita domiciliar para colher informações, porque o adolescente não estar mais frequentando o CER, enfim, se aproximar do adolescente e da família.

No quinto encontro então a equipe contou como havia sido a aproximação com a família.

A mãe do (nome da adolescente) veio aqui até, mas ela não se justificou exatamente, tipo, parece que foi meio estranho [...]. Que ele tinha dificuldade no transporte, que tinha dificuldade no jeito que eles tratavam ele lá, e aí ela achou melhor ele não ir mais. Eu até perguntei se ela queria tentar de novo e ela falou "Ah eu preciso ver, eu preciso tentar" mas ela veio muito rápido. Cê entendeu? E ela não te dá muito espaço, assim [...]. E essa semana eu não tive como conversar melhor com ela (Enfermeira, grupo A, 5° Encontro).

Os participantes relataram que não puderam realizar uma visita ou investigar melhor o caso, pois estavam envolvidos em outras atividades da unidade, ocorreria nas próximas semanas

a campanha de prevenção do câncer de mama e colo uterino na cidade e a equipe estava muito envolvida na campanha.

Mesmo diante da dificuldade de que a equipe disparasse a discussão de caso, apresentei um resumo das informações que eles haviam me passado, como as hipóteses diagnósticas: G 40.1- Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples; F 91.0- Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar e F 80.9- Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala e da linguagem (CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS-10, 1993).

A partir das informações que a equipe tinha, começamos a discutir sobre a situação do adolescente, a equipe a princípio não sabia o que os diagnósticos significavam, ficaram sabendo durante a discussão de caso e que relatei o significado de cada código. A reação foi interessante, pois começaram a lembrar que o adolescente tinha muitos conflitos em casa com os familiares, e até então não faziam a relação de que o problema do adolescente estivesse ligado ao contexto familiar. Outro ponto foi o fato do mesmo ter um problema na fala, a comunicação para os adolescentes é algo importante, então um problema que prejudicasse seu modo de socializar acarretaria uma dificuldade também de lidar com a sua vivência de adolescente. Estas reflexões foram construídas no grupo e sua relação com o diagnóstico, não teve o impacto apenas de explicar porque o adolescente agia de determinada maneira, a equipe pode se interessar por buscar entender o contexto de vida daquela família, pois o adolescente estava sendo acompanhado no Centro Especializado em Reabilitação (CER) e não no CAPS da cidade, se o mesmo também estava fazendo algum acompanhamento fonoaudiológico, se tinha amigos.

Outra ferramenta foi a apresentação de dois vídeos, utilizados no terceiro encontro do grupo B. Os vídeos foram produzidos pelo curso de psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE, 2008) e o curta metragem, "Familiares Parceiros do Cuidado" (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2015), organizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). Neste curta metragem familiares de pacientes de um CAPS, da região metropolitana do Rio de Janeiro, relatam suas experiências de como cuidam de seus entes com problemas de saúde mental. Nossa perspectiva foi propiciar o contato do grupo com pontos sobre o envolvimento da família no cuidado ao paciente com sofrimento psíquico, a experiência da sobrecarga que estes familiares podem ter, estratégias de lida, cuidado de si, conhecimento compartilhado, para a reflexão de como os profissionais poderiam auxiliar e cuidar destas famílias.

Este vídeo me fez lembrar da minha tia, de vez em quando ela surta, e daí a gente fala: ela não é doida nada mãe, dá dinheiro para ela pra ver se ela rasga (Agente Comunitária, grupo B, 3° Encontro).

Geralmente nestes casos aí, todos os casos que eu conheço sempre sobra pra uma pessoa, pode ter dez dentro de casa, mas sempre é um da família que vai cuidar, sempre sobra pra um, todas as famílias que eu conheço, pro resto a pessoa nem existe (Técnica em enfermagem, grupo B, 3° Encontro).

Isso que ela tá falando é um fator importante, acontece não só na saúde mental, mas com idoso ou cadeirante, sempre sobra pra um da família. E eu acho que a gente precisa cuidar do cuidador, não só do paciente de saúde mental, mas do cuidador em geral (Enfermeira, grupo B, 3º Encontro).

Acho importante isso que vocês falaram de que o cuidador precisa ser cuidado, porque ele precisa ser um parceiro da gente, parceiro do serviço, porque as vezes é uma situação difícil, que o serviço precisa de intervir [...] Com adolescente a gente também precisa de ajudar as mães, porque as vezes o familiar quer impor coisas, então a gente precisa de ajudar a família a negociar coisas [...] não tem uma fórmula mágica, então às vezes o serviço precisa ajudar, ter um trabalho com os pais (Pesquisadora, grupo B, 3° Encontro).

Os profissionais refletiram sobre a visão que apresentavam das pessoas com sofrimento mental e seus familiares, alguns participantes inclusive contaram da carga que apresentam em ter um parente com transtorno psíquico, como foi o caso da técnica em enfermagem que tem um irmão com demência em decorrência do alcoolismo.

Eu vejo o quanto é difícil, a minha mãe cuida do meu irmão, ela tenta de tudo, às vezes eu tenho até que intervir, porque ela quer cuidar de tudo, se preocupa se ele comeu ou não. Às vezes eu fico brava porque ela ainda bebe, ele bebe menos, mas ainda fica indo no bar. Então eu me coloco no lugar das pessoas que têm parentes com doenças até mais graves (Técnica em Enfermagem, grupo B, 3° Encontro).

A partir dos vídeos e da discussão os profissionais puderam ressignificar sua prática frente às famílias que cuidam, de fato reconhecem a dificuldade que é cuidar de um membro da família com qualquer tipo de problema de saúde que traga limitações, a postura de crítica e julgamento às famílias pode ser naquele momento questionado.

# 7.6 A restituição como ferramenta para análise das transformações ocorridas na Intervenção

Para Lourau (1993, p. 51), o momento da Restituição seria a ocasião em que "supõe que se deva e se possa falar de algumas coisas que, em geral são deixadas à sombra. Essas coisas seriam comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés [...]". Também compreendemos que a restituição pode auxiliar na análise do grupo sobre as transformações que ocorrem no percurso da pesquisa, logo coloca-se em ato a participação singular dos sujeitos, pois percebem os resultados da pesquisa no caminhar da intervenção e, não apenas, na exposição final dos resultados, como, por exemplo, após a divulgação da dissertação ou artigos científicos (MONCEAU, 2013).

Na experiência do AM esta questão é essencial, pois é exatamente a possibilidade do espaço para análise das transformações que ocorrem com a aplicação do dispositivo, que os trabalhadores podem ressignificar suas práticas. Nesse sentido, a análise coletiva na realização AM pode identificar mudanças que necessitam de serem feitas, os limites e potencialidades da equipe de referência, da equipe ou apoiador matricial e da articulação entre eles (HIRDES, 2015).

Nesta pesquisa intervenção tivemos formalmente dois momentos de restituição com cada grupo de profissionais. A primeira restituição ocorreu no segundo encontro do grupo B e no terceiro e quarto encontro do grupo A. A configuração da restituição no grupo deu-se de maneira diferente pelo fato de que nem todos os profissionais estiveram presentes no terceiro encontro. No entanto, o grupo decidiu que seria importante conversarmos sobre o andamento da pesquisa mesmo com falta de uma das integrantes que avisou de última hora que não poderia comparecer naquele dia, retomamos a restituição no quarto encontro com a presença de todos os participantes. O segundo momento de Restituição ocorreu no último encontro de cada um dos dois grupos.

Penso ser fundamental expor minha vinculação ao campo de intervenção na ocasião da primeira restituição em cada grupo. Restituir também pressupõe as relações que o pesquisador estabelece com o objeto e sujeitos da pesquisa e as instituições que atravessam todo o processo de intervenção, para que não seja um momento de denúncias, e o pesquisador não se estabeleça como dono de uma verdade absoluta (FORTUNA et al., 2017).

O lugar que ocupei foi de pesquisadora-praticante, ou seja, uma pesquisadora que atua/estuda sobre o seu campo profissional ou próximo a ele, no caso a atenção a SMCA (FORTUNA et al., 2016). Esta condição provocou em mim, inúmeros sentimentos,

questionamentos sobre a minha intenção em relação a restituição. Foi preciso ponderar acerca dos sentimentos que surgiam com o caminhar da pesquisa, pois fora dos encontros, fatos ocorriam e me prendiam ao campo de intervenção, como a solicitação por parte de alguns participantes de conversas separadas para discutir os encontros, a minha percepção de que por ser alguém de fora, que não trabalhava em nenhuma unidade da cidade, incomodaria alguns profissionais do município; a questão de que eu era mais próxima das equipes da ESF, por já conhecer alguns profissionais, por ter feito estágio extracurricular, durante o período de graduação, em uma das UBS indicadas para o estudo, tendo uma relação mais estreita com as equipes da ESF do que com a equipe do CAPS. Enfim, dentre tantas inquietações, a esperança era que a restituição esclarecesse meu ponto de vista sobre a pesquisa.

Como afirmei acima, algumas solicitações ocorreram fora dos encontros, alguns profissionais envolvidos na pesquisa me indagavam sobre o objetivo da pesquisa, principalmente sobre o termo Apoio Matricial. O Apoio Matricial era algo que "incomodava" alguns profissionais, na verdade o sentimento que tive era que a pesquisa incomodava, pois fora dos encontros, estes profissionais expressavam a preocupação de terem que realizar o Apoio Matricial quando a pesquisa acabasse.

Apesar de muitas dúvidas e medos sobre expor ou não meus pensamentos e sentimentos, resolvi me colocar da maneira mais educada e sincera possível para a equipe. Procurei explicar o conceito de restituição de acordo com o referencial da AI, ressaltando que meu papel não era o de avaliar a equipe, colocando também as minhas limitações, enquanto pesquisadora iniciante, os limites que a pesquisa poderia apresentar e minha percepção até aquele momento:

Com muita tranquilidade gostaria de informar que minha percepção inicial quando apresentei o projeto à secretaria da saúde, é que esta é apenas uma pesquisa e assim como outras talvez as ideias, as reflexões aqui colocadas e propiciadas morram assim que a pesquisa terminar. Neste sentido, tenho tentado me manter bem realista, no entanto, gostaria de deixar uma semente plantada e quando o sistema de saúde de (nome do município) estiver pronto para realizar a educação permanente, o apoio matricial, que essa experiência possa ajudar tanto nos aspectos positivos quanto negativos. Parto da informação que recebi da própria secretária de saúde e dos participantes dos grupos de que o apoio matricial não é realizado no município e também recebi informações que existem dificuldades de se concretizar as atividades de educação permanente em saúde. Não há articulação mais formal entre os serviços e nem mesmo há reuniões de equipe, de maneira sistemática em nenhum serviço que esteja participando da pesquisa. Por favor, caso eu esteja errada em alguma dessas informações peço que me corrijam. Este é um dado importante, não para procurar culpados, mas para que pensemos sobre a real necessidade desses dispositivos, reuniões entre os serviços, entre coordenadores de serviços, reuniões de equipe, na dinâmica do trabalho de vocês (Pesquisadora, grupo A, 2°Encontro).

Durante a restituição, também explanei sobre meu entendimento e referências sobre o objetivo da pesquisa, o referencial da análise institucional, o entendimento sobre o apoio matricial e saúde mental infantil. A receptividade do grupo diante da minha fala foi diversa, como expresso nas falas abaixo:

Eu acho que assim, agora ficou um pouquinho mais claro né o objetivo da pesquisa, falar sobre o apoio matricial, que a gente não tem né, sobre um atendimento que não existe, essa relação. Eu acho que é o início, pode ser que seja um início de uma relação entre os serviços, isso é importante, né, o que acontece aqui, o que acontece lá, as demandas que cada unidade tem, como que a gente pode solucionar casos também, acho que é importante, eu gostei muito [...]. Então eu acho que é uma tentativa de contato mesmo entre a gente né, pra gente começa a ter uma reflexão pra esse sentido [...] (Psicóloga, grupo A, 2° Encontro).

Eu particularmente tenho uma dificuldade muito grande com a prática da saúde mental. Eu acho muito complexo, acho que a gente assim não sai da graduação, preparado pra saúde mental [...] é eu acho que esse ponto, essa discussão, eu acho que só serve pra ajudar a gente porque a gente já fez, nossa equipe já fez matriciamento sobre hipertensão e diabetes, foi ótimo, foi maravilhoso, né [...], mas são coisas que a gente consegue desenvolver melhor no dia a dia né, agora na saúde mental é muito complexo né (Enfermeira, grupo A, 2° encontro).

Algumas falas apresentam a importância da pesquisa, pois os próprios profissionais apontam que não existe articulação entre os serviços e que isto seria essencial para um melhor cuidado a população, o grupo B também expressou o que a pesquisa estava promovendo e a expectativa de que a gestão do município tomasse conhecimento do estudo e apoiasse de maneira mais efetiva os profissionais.

[...] assim eu acho que os grupos estão sendo muito legais muito gostoso, a gente tem se atentado pra muita coisa que às vezes a gente nem tinha parado pra pensar, como forma de ação conjunta é muito importante pra gente, muito produtiva, e assim o que a gente espera do grupo é que algo aconteça, talvez com a doutora, que ela veja as dificuldades que a gente tem, acho que esse é o nosso, pelo menos o meu ponto de vista. Sabe por que eu acho que ela vai ler isso daí e tem uma grande chance dela entender o que está acontecendo, talvez de uma forma diferente da nossa que a gente está tentando passar [...] não sei, mas a gente espera que tenha uma resposta positiva. Algo deve acontecer em relação ao atendimento com os adolescentes, ou mesmo com os atendimentos que a gente espera que acontecesse, que aconteça no futuro eu acho que é isso (Enfermeira, grupo B, 3° Encontro).

Eu acho que a gente espera também uma integração não só da nossa equipe, mas um apoio de fora também, um apoio do CAPS, do NASF, um apoio da Secretaria da Saúde também. Por que principalmente sem o apoio do CAPS é difícil você montar um grupo, a psicóloga eu acho muito importante entendeu? E a gente não tem esse apoio, é cada um no seu cantinho, então eu acho que a

gente tinha que ter essa integração (Técnica em enfermagem, grupo B, 3° Encontro).

Durante a restituição no grupo A, ocorreu a impactante fala de uma das técnicas em enfermagem, não somente sobre a questão do apoio matricial, mas sobre o cuidado à saúde mental

Eu acho que esse negócio de saúde mental vai demora muito tempo pra mudar, mudou um pouco mas vai demorar muito ainda pra, igual eu te falei na primeira reunião, enquanto a família também não ajudar, não se ajudar, não tem como o profissional ajudar, é difícil [...] eu acho difícil chegar lá e fala com a mãe igual o caso dele, se tem que dá remédio, ela sabe que ela tem que dar remédio, não precisa ir lá, ela sabe, cada um tem os seus problemas, não tem que ficar, então quer dizer eu também não posso ir lá e obrigar a tomar remédio, não existe isso, a assistente social queria de certo que eu fosse lá dar remédio pra ele, não existe, o problema não é isso, o problema, esses casos é complicado, cada um tem uma maneira, tem um, às vezes tem pessoa que a única coisa que consegue fazer com esse paciente é jogá-lo no (nome do Hospital Psiquiátrico referência na região) (Técnica em enfermagem, 2° Encontro, grupo A)

Apesar de expressar um certo desânimo e impossibilidade de resolução para os usuários com algum sofrimento psíquico grave, como se para alguns a única saída fosse o Hospital Psiquiátrico, a técnica logo conta sobre a experiência que teve na disciplina de saúde mental no curso técnico que realizou e, provavelmente, esta vivência tenha influenciado seu modo de enxergar a atenção a saúde mental.

Eu fui no (nome do Hospital Psiquiátrico de referência na região) eu fiquei horrorizada [...] enquanto tava na teoria, eu tava amando, a hora que foi na prática mesmo eu falei: nem por 10 mil eu trabalharia em um hospital desse [...] e pelo que eu vi lá, não tem melhora, piora, eles vão piorar, eles vivem trancados, eles passam uma porta e tranca, passam outra porta e tranca [...] a gente entrou na ala dos homem que fica tudo misturado, os drogado, os alcoólatras e os que tem problema, eles ficam tudo numa ala junto, é errado aquilo, quer dizer [...] na hora que nós chegamos eles já montaram em nós. Ali eles abusam dos que tem problema, eles batem, então como que uma pessoa dessas vai melhorar? A primeira coisa que eu achei errado, eles tá junto, eles tá numa ala junto, não existe fica uma pessoa drogada, alcoólatra e uma pessoa que tem problema [...] eles são abusados, isso aí foi falado lá pela enfermeira chefe [...] então quer dizer, primeira coisa que eu contestei, mas por que que não separo? "Ah, não tem local [...]" Mas isso aqui tá errado, isso aqui pra eles tá piorando a situação, o quadro deles [...] aí vem fala pra mim que (nome do Hospital Psiquiátrico de referência na região) é bom, pra mim não é, tem que mudar muito aquilo lá [...] pra mim não é [...] uma pessoa que vai pra lá, eu sinceramente, a família é o último caso mesmo (Técnica em Enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

o apoio matricial só vai funcionar a partir do momento que o usuário muda o pensamento, porque tentar implantar a gente já tentou, mas não adianta, não depende só do profissional, depende muito do usuário né [...] tipo assim 90% é do usuário, da gente conseguir implantar aqui, a nossa dificuldade maior é conseguir por isso na cabeça dos usuários [...] tipo se a gente, se os usuários entendessem, não, eles acham que a gente tá intrometendo na vida [...] (Técnica em Enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

A profissional centraliza o disparo ou a realização das ações no CAPS, mas isto não é um consenso no grupo:

Tem que começar, porque eu acho que começar tudo lá, elas têm acesso a tudo, como que a gente vai [...] a gente, a gente não tem uma psicóloga aqui, eu não posso chamar as pessoas aqui e fazer uma reunião, eu não tenho [...] como é que, a atenção básica vai fazer? Não vai [...] tem que ter uma, por isso que eu te falo, se fala, cê falou assim tem que ter , como é que elas falam, a comunicação, tem que ter [...] mas tem que começar de algum lugar, eu acho que atenção básica não é lugar pra começar isso, tem que começar lá, a gente pode depois implanta mas com a ajuda deles, nós não [...] eu não sou psicóloga, eu não entendo direito [...] tem que se uma pessoa [...] que entenda pra ajuda nois pra pode ajuda eles, mas tem que se uma pessoa lá, começa e depois pode ser que venha pra cá, mas começa daqui não [...] não adianta [...] (Técnica em Enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

Eu acho que teria que começar daqui pelo fato de que, querendo ou não quem pegar primeiro é nós [...]. É, que então a atenção básica sendo Saúde da Família, não é só encaminhar [...]. Ah, encaminhei pro psiquiatria, não é mais meu. Né continua sendo nosso. Né, ele já foi pro doutor (nome do psiquiatra), já foi pra pra neurologia, não sei [...], mas ele não deixa de ser nosso. Então às vezes nós estamos pecando um pouco nisso também [...]. Ah, foi encaminhado a psiquiatria, conseguiu, não conseguiu? Marcou? Como foi o tratamento? Tá em algum grupo? Às vezes a gente mesmo não dá esse seguimento que ele necessita, né [...] ta sendo acompanhado lá, mas tá sendo acompanhado aqui também [...] (Enfermeira, grupo A, 2° Encontro).

Como pesquisadora iniciante tive bastante receio do momento da restituição, pois coloca o pesquisador na posição de talvez dizer coisas que os participantes não queiram escutar. Lourau (1993) assinala:

Fora da etnologia colonialistas e neo-colonialista, alguns métodos de pesquisa (pesquisa-ação e pesquisa participante, por exemplo) usados em diversos países- inclusive no Brasil- propõe, dentro do próprio país, a questão da restituição. Tais métodos supõem um mínimo de cogestão, coparticipação, entre objeto e pesquisador. Há formas muito diferentes desse tipo de colaboração; algumas bastante democráticas, bem participativas e outras não passando de uma exploração fantasiada. Isto é, a população estudada é tratada como "serviçal doméstico", muitas vezes , efetivamente "servindo" ao sociólogo; comumentemente negligenciada, em função da pesquisa, não obtém uma restituição verdadeira, concreta e objetiva de seus resultados [...] Concreto não significa apenas enviar , um ano mais tarde , um artigo , um livro publicado pelo sociólogo à população participante da pesquisa; concreto

compreende uma restituição pessoal, implicada e posta , dentro da pesquisa como procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir) (LOURAU, 1993, p. 55).

Com toda certeza esta explicação tão sincera sobre restituição deu-me coragem para levantar alguns pontos que foram manifestos nos encontros com os grupos, meu pensamento era: precisamos falar sobre estes assuntos delicados e que os grupos têm apresentado com tanta certeza. Enfim, acabei expondo minhas considerações sobre o entendimento convicto exposto pelos grupos de que a presença de psicólogos nas unidades iria resolver os problemas da demanda reprimida de usuários com sofrimento mental, que estão recebendo o cuidado apenas do ponto de vista medicamentoso. Fiz referência a falas dos profissionais sobre a dificuldade em lidarem com a questão da escuta, de que escutar os pacientes falando sobre seus problemas é uma função da psicóloga e não do restante dos profissionais. Saliento que o propósito não era criar um clima terrorista, mas era preciso focarmos na empreitada de problematizar a relação do grupo com o cuidado a SMCA, a busca como cita Lourau:

[...] consiste em ir passo a passo, etapa por etapa, em direção a novas relações sociais... A restituição também não significa confissão privada ou pública, como em seitas religiosas, mas consiste em se centrar numa tarefa- a análise coletiva da situação presente, no presente em função das diversas implicações de cada um com e na situação presente (LOURAU, 1993, p. 63-64).

A vista disto, relatei minhas considerações e, a partir do resgate de temas e falas, alguns profissionais expressaram opiniões e situações muito representativas de seus sentimentos e concepções:

Eu acho que essa dificuldade com a saúde mental, é meio custoso né, vem de todo um preconceito que se tinha na saúde mental antigamente, de isolamento, ah vamo isolar o doente mental né [...] que era o que a gente tinha, eu pelo menos quando estagiei no (Hospital Psiquiátrico de outra DRS), tinha paciente que morava lá há anos [...] assim né, que não achava família, e tudo mais, a família chegava e deixava lá e ia embora [...] eu acho que essa dificuldade a gente sempre vai ter, igual, eu adoro ter vínculo com saúde mental, igual você falou, dou aula de teoria de saúde mental para técnico de enfermagem né, só que a prática eu tenho um pouco de dificuldade [...] e eu acho que concordo com o que as meninas falam, quando o paciente procura ajuda né, com base no que ele falou, a gente tenta né, dentro das nossas possibilidades, resolver o problema dele [...]. Aí a gente tem os que não procuram a gente [...] eu acho que a gente tem um pouco de dificuldade em escutar, porque às vezes a gente tem um pouco de receio de não dar essa intimidade pra quem tem problema [...] às vezes a gente não para pra escutar, na correria, o tanto de serviço que

a gente tem, às vezes você tá aferindo uma pressão é o momento que você poderia escutar o paciente, tem uma vacina esperando, tem um curativo esperando né [...] e eu acho que nesse corre corre a gente peca um pouco sim [...] (Enfermeira, grupo A, 2 ° Encontro).

Os termos existem, mas é uma realidade que não condiz com o que a gente vive, é o que eu falo, os termos sempre vão existir aqui dentro da unidade, na Saúde Pública (nome do município), mas de fato eles acontecerem, é diferente. A gente não faz apoio matricial, a gente não faz educação permanente e se você pegar você vai ter lista, palestra montada você vai ter todo mundo defendendo o seu e culpando o outro e ninguém vai assumir realmente que não faz. A gente é muito presa ainda no modelo biomédico, é muito fácil eu dar um CID, tratar esse CID do que realmente promover algo para essa pessoa. Então a gente não trabalha numa realidade de promoção de saúde é muito pequeno levando em consideração aquilo que a gente tem nas diretrizes de base, então o papel nos cobra uma postura nós falamos que adotamos essa postura, mas não vivemos [...] (Técnica em enfermagem, grupo B, 4° Encontro).

[...] eu já virei psicóloga de uma criança que tá passando por isso, do acidente do (nome da criança) igual no caso, eu to fazendo a minha parte da enfermagem e acabo virando até psicóloga [...]. A criança ficou, ele teve o acidente, ele ficou paraplégico, ele tem a perna amputada direita, ele não vai andar, ele perdeu a mãe no acidente, teve problemas com a psicóloga, de não vir na casa dele, tanto é que ele ficou agora em Franca [...] minha parte eu to fazendo, eu até falei pra doutora, além de fazer minha parte de enfermagem eu to fazendo psicóloga também, porque ele chora, ele reclama, ele quer a mãe dele, tem dia que ele tá bem, tem dia que ele não quer ver ninguém [...] eu acabo fazendo o que, sendo o que, ele joga tudo em mim [...] quer dizer, não é tudo isso minha parte de enfermagem [...] (Técnica em Enfermagem, grupo A, 2° Encontro).

Então assim não existe o apoio matricial estruturado para se fazer independente de qualquer equipe que poder estar encabeçando isso, não existe isso, é uma diretriz, não vai ser nenhuma de nós aqui que vamos montar um apoio matricial, felizmente ou infelizmente não cabe a gente isso, agora a educação permanente, eu pago a minha educação permanente e pago do meu bolso eu sei que a maioria dos profissionais fazem isso então assim é muito complicado agora reuniões de discussão de casos a gente faz muito isso dentro do CAPS, no momento que você [...] vamos fazer terça feira tal hora a reunião, mas as reuniões de discussão de casos pelo menos no ambiente que eu trabalho eu sento com o psiquiatra, com a técnica de enfermagem nós tentamos sentar juntos, às vezes eu não consigo sentar com todos juntos mas pelo menos uns 3 ou 4 profissionais a gente consegue fazer não tem um momento específico mas a gente tenta olhar a individualidade de cada paciente (Psicóloga, grupo B, 4° Encontro).

Fortuna et al. (2014, p. 256) salientam que "as instituições frequentemente são capazes de produzir justamente o oposto do propósito para o qual foram fundadas". É possível a identificação das contradições dentro da Instituição Saúde. Em tese a ESF apresenta a premissa de ter como ferramentas de trabalho, a escuta qualificada, o acolhimento, o vínculo, assim como os CAPS também apresentam estes itens em sua caixa de ferramentas. Logo em teoria são

estabelecimentos da Instituição Saúde, que apresentam afinidades Desta forma, uma "parceria" entre eles, teria mais chance de acontecer de modo positivo, de maneira mais tranquila, por exemplo, por meio do AM. Na teoria é o que se espera. No entanto, essa parceria não se dá do modo como é previsto. Nesse sentido, é importante destacar que a contradição, o não cumprimento da profecia, não se dá por culpa ou ineficiência dos profissionais, na realidade os profissionais estão anunciando, talvez não de uma maneira totalmente consciente, mas proclamam a contradição de que estes estabelecimentos de saúde que em tese foram pensados para fomentar outras formas de cuidado tem reproduzido exatamente o modelo que deveriam desconstruir, o modelo biomédico, fragmentado.

O segundo momento de Restituição ocorreu no último encontro de cada grupo e foi estimulado que o grupo falasse de modo livre sobre a pesquisa, os pontos positivos e negativos, se ocorreu alguma contribuição. De certa forma, eu já não carregava dentro de mim o peso de que o grupo entendesse ou apoiasse o meu entendimento sobre a atenção a SMCA. Todo o percurso da pesquisa, os encontros e, principalmente, a minha inserção no GEPAI, o grupo de pesquisa sobre análise institucional auxiliou-me em minha autoanálise, sobre o meu papel como pesquisadora, a falsa ideia de controle que muitas vezes acreditamos ter. Penso ter sido um momento de liberdade, pois pude compartilhar com os grupos as contribuições que a pesquisa trouxe para mim também, o amadurecimento profissional e pessoal. Os profissionais também manifestaram as contribuições que tiveram com a participação na pesquisa.

Eu acho assim que foi muito válido, foi um momento que a gente pode parar para conversar um pouco foi muito bom ouvir os meninos (referindo-se aos agentes comunitários) também e mesmo os casos que a gente estudou foi bom para mim para parar, para olhar de uma forma diferente. Observamos que nesse período a gente trouxe à tona mais casos de adolescentes e todo mundo pode ficar alerta em relação a isso e quando eles verem um assunto desse eles vão poder se posicionar em relação a isso e vai ter outro olhar (Enfermeira, grupo A, 6° Encontro).

É um outro olhar sabe e eu acho que eu nunca tinha dado esse tipo de visão na criança às vezes passava um pouco despercebido e com certeza depois do encontro eu vou observar mais com mais atenção sabe e como você falou bem no início às vezes não tem como fazer tudo , mudar tudo, mas a gente pode fazer um pouco né às vezes a gente fica esperando coisas de outros profissionais, mas eu mesma posso fazer muitas outras coisas então eu gostei muito (Agente Comunitária , grupo A, 6° Encontro).

É importante por que agora eu consigo ligar aqui no PSF e falar para as meninas olha você me ajuda com fulaninho? Por exemplo é quem nem vocês falaram, (nome da Psicóloga) quem é aqui do PSF lá no CAPS não sei aí hoje eu estava fazendo o acolhimento aí eu falei assim qual é o seu PSF? Então é interessante nesse sentido por você sabe onde você pode ter o recurso por que

por exemplo lá no CAPS às vezes a (nome da enfermeira do CAPS) tinha esse contato por que faz as reuniões fora, mas a gente que está lá não, a gente só recebe o paciente e atende e é isso e ponto final (Psicóloga, grupo A, 6° Encontro).

A psicóloga também indica a importância da ESF no cuidado à saúde mental

Eu acho que é a porta de entrada então assim essa escuta é importante, porque a pessoa às vezes só precisa falar naquele momento ela nem precisa ser encaminhada para o CAPS ou mesmo a partir dessa escuta avaliar que é realmente preciso encaminhar para o CAPS eu acho que o paciente chega muito perdido lá então essa orientação então essa orientação que passa por vocês eu acho que deixa ele mais seguro, mais centrado. Então eu acho que é muito importante todo mundo trabalhar junto não tem um mais importante todos são e não tem como (Psicóloga, grupo A, 6° Encontro).

De maneira geral o momento da restituição provocou um repensar sobre a pesquisa, as expectativas de cada participante inclusive a mim como pesquisadora que pude relatar como o encontro com o coletivo pode ressignificar para mim o sentido do apoio matricial e partilhar as transformações que também ocorreram comigo enquanto pesquisadora.

Quando eu comecei a pensar nesse projeto e a questão era essa mesmo que a gente está com muita demanda e a atenção básica tem que tomar a responsabilidade, mas era mais uma questão de não compartilhar, era de passar a demanda mesmo, e eu descobri nesses encontros que não. Não passamos a gente compartilha, faz junto, a gente precisa ser parceiro, o filho é nosso, o problema é nosso não é de um serviço só. Mas isso foi um processo difícil de analisar, por que até chegar nessa coisa de que "olha na verdade eu queria passar o problema" não foi fácil, é uma coisa que vem com tempo e a gente precisa se permitir analisar por isso é preciso questionar, por que eu estava muito certa de que a atenção básica não estava fazendo o serviço dela e que ela precisava fazer o serviço dela, apesar de ser uma pessoa que sempre gostou muito da atenção básica [...]. O que eu posso falar para vocês é que eu gostei muito da pesquisa que me ajudou bastante e espero que isso possa me ajudar enquanto enfermeira lá no CAPS infantil, voltar com uma outra visão sobre as famílias e a relação que a gente deve estabelecer entre nós mesmos, entre os serviços e com os pacientes (Pesquisadora, grupo A, 6º Encontro).

Estes momentos de restituição, em que se questiona o andamento da pesquisa e da intervenção, do dispositivo do AM, as reflexões e as transformações ocorridas são indicações de estratégias para o AM em ato, na prática dos serviços de saúde, pois prevê uma construção coletiva, relações mais horizontalizadas e talvez mais autênticas.

#### 7.7Atenção aos Contextos e às Interferências Institucionais

Os encontros de reflexão permitiram a identificação de possíveis interferências institucionais que influenciam o cuidado em SMCA e a própria implementação do AM como dispositivo disparador de ações de EPS.

No decorrer da explicitação dos resultados foi possível perceber interpenetração das instituições saúde, política partidária, educação e divisão do trabalho no exercício do AM em ato.

O apoio matricial enquanto dispositivo para qualificação do cuidado, compartilhamento de saberes e articulação entre equipes e serviços para o alcance da integralidade do cuidado, tem tido seus princípios e ferramentas capturados pela política partidária que dita muitas vezes o modo e como o AM deve ser trabalhado, assim como a divisão técnica e social do trabalho que coloca no profissional da psicologia o possuidor do perfil privilegiado para desenvolver o AM em Saúde Mental.

Baremblitt (1994) apresenta a divisão técnica e social do trabalho como uma instituição. Nela o fazer dividido entre as categorias profissionais são pautados por divisões de poderes, de salários, de status social. É uma divisão social também porque reproduz no interior do trabalho, as diferenças sociais entre os trabalhadores (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

No caso da enfermagem brasileira, por exemplo, evidencia-se uma grande divisão, através das categorias dos auxiliares, técnicos e enfermeiros. Legalmente cabe ao enfermeiro as atribuições mais intelectuais do trabalho e aos demais categorias os trabalhos mais técnicos e manuais. Na equipe de saúde há também uma hierarquia de valores entre os diversos trabalhos e, em geral, alguns são reconhecidos socialmente por portar saberes sobre determinados aspectos, por exemplo, o psicólogo é quem escuta e realiza ações de apoio matricial.

As reflexões sobre o cuidado a SMCA também foram atravessadas pelo modo instituído de concepção de saúde mental ainda pautado na identificação de sintomas, estabelecimento de diagnósticos e medicalização de crianças e adolescentes que fogem do comportamento estabelecido como normal/aceitável. A instituição educação também perpassa o modo de cuidar em saúde mental, pois seus agentes auxiliam a determinar os comportamentos esperados e aqueles que fogem à regra, um exemplo na pesquisa foi o relato de que as escolas do município haviam feito listas dos alunos julgam necessitar acompanhamento que de psicológico/psiquiátrico.

A Instituição Política Partidária tem por vezes atravessado a Instituição Saúde capturando processos instituintes como a valorização das tecnologias relacionais, diferencial da

ESF. Esta foi uma das preocupações expressa pelos trabalhadores, ao citarem o receio a respeito da revisão da Política de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) que estimula outras formas de organização da AB, limitando o alcance do trabalho do agente comunitário como profissional destas equipes. O agente comunitário como evidenciado nesta, e, em outras pesquisas, realiza o elo entre as famílias e usuários com a UBS. Apresenta como principal ferramenta de trabalho o vínculo, a escuta, o acolhimento. Para o campo da Saúde Mental, mesmo não compondo equipes especializadas como os CAPS, o agente tem sido também um vetor de aproximação dos serviços especializados com os usuários, principalmente aqueles que apresentam um sofrimento psíquico importante que dificulta seu modo de estar na atual sociedade (PIRES et al., 2017).

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo possibilitou a análise de uma experiência de AM em SMCA em um município de pequeno porte no qual não existia a RAPS de maneira efetiva, ou até mesmo implantada O Apoio Matricial mostrou-se um importante dispositivo de aproximação das equipes da ESF e do CAPS I, promovendo o compartilhamento de saberes e práticas acerca com cuidado em SMCA na AB.

O AM permitiu a análise das ações ofertadas ao público infanto-juvenil pelas equipes da ESF e sua aproximação com o campo da Saúde Mental. Os profissionais puderam analisar suas práticas e entendimentos em relação a saúde mental, desvelando-se que a o conceito de saúde mental ainda está alicerçado na identificação de diagnósticos psiquiátricos, a medicalização, voltado para uma assistência especializado, no qual a AB não se coloca como produtora do cuidado.

Os grupos apresentaram inicialmente a perspectiva de que seria importante a presença de psicólogos na ESF para suprir a demanda de usuários com algum tipo de sofrimento mental, delegando a esse profissional o cuidado em aspectos emocionais. Foi possível identificar os atravessamentos da divisão do trabalho moldando o entendimento de que a prática de escutar é trabalho do psicólogo. Esta foi uma questão muito presente na fala dos agentes comunitários e dos participantes em geral.

Mesmo com este ponto de vista sobre a escuta os grupos também se questionavam sobre a revisão da PNAB, que estimula também outras modalidades de serviços a AB, além da ESF, limitando a figura do agente comunitário, ou alterando suas funções que não estariam tão ligadas as visitas domiciliares, ao vínculo com os usuários. Para as equipes existe o perigo de que a ESF perca sua essência e passe a trabalhar na lógica de Pronto Atendimento.

Verificou-se a pouca articulação entre as equipes da ESF e do CAPS com interferência de outros estabelecimentos na condução da coordenação do cuidado às crianças e adolescentes, inclusive na indicação das crianças e adolescentes que necessitam ou não de algum tipo de cuidado em saúde mental, as indicações de estabelecimentos como a escola e o CRAS também são pautadas por aspectos ligados a psiquiatrização dos comportamentos dos alunos

A busca por uma articulação das equipes da ESF e do CAPS, deu-se por meio próprio encontro entre as equipes, que já produz uma desterritorialização e novas perspectivas de ações conjuntas. Além outros dispositivos/fatos auxiliaram na análise da prática em saúde desenvolvida pelos serviços. Destacamos sucintamente, a discussão de casos, sobre os sistemas de referência e contrarreferência, a indicação de que Atenção Básica retome algumas formas de

cuidado como, por exemplo, a atividade "grupo de gestantes" que está sendo realizada por um projeto social, mas que é reconhecida a quebra de vínculo com a unidade e a impossibilidade da discussão de temas concernentes com o vínculo entre mãe e bebê, o cuidado psicossocial às adolescentes grávidas e, por fim, as possibilidades de inserção da ESF no trabalho dentro das escolas para além de atividades educativas ou preventivas com conteúdo predominante biológico.

O emprego dos conceitos e princípios do referencial da Socioclínica perpassaram todos os encontros de reflexão realizados. Estes princípios podem funcionar como "balizas" não só para o campo da pesquisa, mas para a prática do AM em diversos contextos, as reflexões ocorridas promoveram a análise da prática realizada pela articulação dos trabalhadores com vistas à construção de um conhecimento coletivo. Estas contribuem para processos e estudos acerca do Apoio Matricial em SMCA.

#### REFERÊNCIAS

AMADOR, F; LAZZAROTTO, G; SANTOS, N. Pesquisar-Agir, Pesquisar-Intervir, Pesquisar-Interferir. **Rev. Polis e Psique, 2015;** v. 5, n.2, p. 228 – 248. Disponível em:<a href="http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58180/pdf\_26">http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/58180/pdf\_26</a> Acesso em: 2 jan.2017

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; DIAZ, F. S. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 83-95, jan./jun. 2012. Disponível em: <a href="http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2022/2309">http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2022/2309</a>>. Acesso em: 26 jan. 2017.

AMSTALDEN, A. L. F; HOFFMANN, M. C. C. L; MONTEIRO, T. P. M. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. 2016. In: RIBEIRO, E. L; TANAKA, O. Y. **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. 2. ed. Hucitec Editora. 2016.

ARIÈS, P. História Social da Criança e da Família. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981

BARBOSA, J. S. et al. Relatos médicos sobre formação acadêmica e trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-8, jan./fev. 2016. Disponível em: <a href="https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1393/826">https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1393/826</a>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

BAREMBLIT, G. F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 5ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 1994.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde Cole**t. v 20, n.9, p. 2847-2856, Set. 2015. Disponível em: <<a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf</a>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M. C. C. A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar** . São Carlos, v. 24, n. 2, p. 373-378, abr./jun. 2016. Disponível em: <a href="http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1227/7">http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1227/7</a> 24>. Acesso em: 01 out. 2017.

BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00108116.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00108116.pdf</a>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/gm nº 336 - de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <a href="http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\_Portaria\_336\_de\_19\_02\_2002.pdf">http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\_Portaria\_336\_de\_19\_02\_2002.pdf</a>

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004. Disponível em: <a href="http://www.ccs.saude.gov.br/saude\_mental/pdf/sm\_sus.pdf">http://www.ccs.saude.gov.br/saude\_mental/pdf/sm\_sus.pdf</a>. Acesso em: 14 abr. 2016. . Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde 2011 Disponível (SUS). <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\_23\_12\_2011\_rep.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\_23\_12\_2011\_rep.html</a>. Acesso em: 11 jan . 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf</a>>. Acesso em: 11 mar. 2016. \_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica n Brasília. 2013. Disponível <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\_34.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\_34.pdf</a>>. Acesso em: 06 jun. 2017. \_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 2012. Brasília, 2014. Disponível a <a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum</a> nacional saude mental infantojuvenil.pd >. Acesso em: 08 jul. 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <a href="http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf">http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf</a> Acesso em 10 mar 2018. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de CONASS, Saúde. Brasília: 2015. Disponível Atenção p. 127. http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf \_\_. Data sus.2010. Disponível em: <a href="http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.h">http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/sp.h</a>>. Acesso em: 04 ago. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf</a>>. Acesso em: 13 out. 2016.

CAMPOS, G.W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407. Fev. 2007. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf</a>>. Acesso em: 09 mai. 2017.

CAMPOS, G. W. S. Projeto Terapêutico e Estratégias de Promoção em Situações de Apoio Matricial. In: CAMPOS et al. **Investigação sobre Cogestão Apoio Institucional e Apoio Matricial no SUS**. 1 ed- São Paulo: Hucitec, 2017

CELA, M; OLIVEIRA, I. F. O psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família: articulação de saberes e ações. **Estudo. Psicologia**. Natal, v. 20, n.1, p. 31-39, jan./mar. 2015. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0031.pdf">http://www.scielo.br/pdf/epsic/v20n1/1413-294X-epsic-20-01-0031.pdf</a>>. Acesso em: 11 mai. 2017.

CERQUEIRA, L. R. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.

CERVO, M. R; SILVA, R. A. N. Um olhar sobre a Patologização da Infância a partir do CAPSi. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 442-453, Dez. 2014. Disponível em: <a href="http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n3/08.pdf">http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v14n3/08.pdf</a>>. Acesso em: 13 mai. 2017.

DELFINI, P.; REIS, A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, 2012. Disponível em: <a href="http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/41756/wos2012-4452">http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/41756/wos2012-4452</a> pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set.. 2017.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 1, p.6374, mar. 2009. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci\_abstract&tlng> Acesso em: 15 jan.2017

FATORI, D. GRAEFF-MARTINS, A. S. Epidemiologia dos Transtornos Mentais de Crianças e Adolescentes. In: RIBEIRO, E. L; LYKOUROPOULOS, C. R. **O Caps Infantil e o Desafio da Gestão em Rede.** 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

FERIOTTI, M. L. Patrimônio da Reforma Psiquiátrica: sobre coletivos e incertezas. In: FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. S. **Mostra de Práticas em Saúde Mental.** 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

FEITOSA, A. et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica -Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 111-133, 2010. Disponível em:

<a href="http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/192/pdf\_177">http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/192/pdf\_177</a>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FIGUEIREDO, M. D. Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico – narrativo sobre o Apoio Matricial na rede SUS. 2005. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <a href="http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311881?">http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311881?</a>>. Acesso em: 15 jan 2018.

FIGUEIRÊDO, M. L. R; DEVELATI, D. M; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, **Ciências humanas e sociais**, Maceió. v. 2, n.2, p. 121-136. nov. 2014. Disponível em: <a href="https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/1797/1067">https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/viewFile/1797/1067</a>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia.** Traduzido por Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978

FORTUNA, C. M. et. al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\_25">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\_25</a>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

FORTUNA, C. M. Cuidando de quem cuida- Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção de vida. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2003

FORTUNA, C. M et al. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** v.13, n.2, p.262-268. 2005. Disponível em:

<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-11692005000200020">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-11692005000200020</a> Acesso: 12 dez 2017

FORTUNA, C. M. et al. Uma pesquisa Socioclínica na França: Notas Sobre a Análise Institucional. **Revista Fractal de Psicologia**. v.26, n.2, p;255-266, maio/ago.2014. Disponível em: <.<a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci</a> arttext&pid=S1984-02922014000200255> Acesso em: 11 jan. 2017.

FORTUNA, C. M et al. 2017. A socioclinica institucional como referencial teórico e metodológico para pesquisas em enfermagem e saúde. T**exto e Contexto- Enfermagem**. Florianópolis, v.26, n.4.2017 . Disponível em <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_abstract&pid=S0104-07072017000400606&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_abstract&pid=S0104-07072017000400606&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt</a> Acesso em: 08 jan. 2018

FORTUNA, C. M. **Prática de Acolhimento e os Modos de Gestão na Atenção Básica em Saúde a luz da Análise Institucional**. 2016. 168f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

- FORTUNA, C. M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisa-intervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise institucional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, set. 2016. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00117615.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00117615.pdf</a>>. Acesso em: 19 jan. 2016.
- FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo SP, v. 19, n. 2, p. 207-211, 2006.
- FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Pesquisa-Apoio: pesquisa participante e o método Paideia de Apoio Institucional. **Comunicação Saúde Educação**, v. 18, Suplemento 1, p. 885-94, 2014. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0885.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0885.pdf</a>>. Acesso em: 19 jan. 2016.
- GOMES, F. et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Sociedade,** São Paulo, v. 24, n.1, p. 244-258, 2015. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0244.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0244.pdf</a>>. Acesso em: 27 fev. 2017.
- HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, p. 2, fev. 2015. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0371.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0371.pdf</a>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: Disponível em: <a href="https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=351770">https://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=351770</a>>. Acesso em: 17 abr. 2016.
- KLEIN, T.; LIMA, R. C. A difusão do diagnóstico de transtorno bipolar infantil: controvérsias e problemas atuais. **DESIDADES Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**, n. 16, out. 2017. Disponível em:<<a href="http://desidades.ufrj.br/featured\_topic/adifusao-do-diagnostico-de-transtorno-bipolar-infantil-controversias-e-problemas-atuais/">http://desidades.ufrj.br/featured\_topic/adifusao-do-diagnostico-de-transtorno-bipolar-infantil-controversias-e-problemas-atuais/</a>. Acesso em: 04 set. 2017.
- KLEIN, A. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O "cabo de força" da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00158815.pdf</a>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- L'ABBATE, S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. **Mnemosine,** v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a19v08n1.pdf</a>>. Acesso em: 04 set. 2017.
- \_\_\_\_\_. Introdução a Análise institucional e saúde coletiva: uma articulação em processo. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs). **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface comun. saúde educ.** Botucatu, v. 20 n. 58, p. 625-635, jul./set.

2016. Disponível em: < <a href="http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf">http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n58/1807-5762-icse-1807-576220150389.pdf</a>>. Acesso em: 09 out. 2017.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ**: Análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993. 119 p.

\_\_\_\_\_. Objeto e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, S. (Org). **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral. 2004a.

\_\_\_\_\_. O Instituinte contra o Instituído. In: ALTOÉ, S.(Org). **René Lourau**: Analista Institucional em Tempo Integral.2004b.

\_\_\_\_\_ Análise Institucional. Tradução Mariano Ferreira. 3 ed. Editora Vozes. Petropolis.2014

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde debate**, v. 40, n.110, p. 95-106, jul./set. 2016. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0095.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0095.pdf</a>). Acesso em: 09 jun. 2017.

MATUMOTO, S et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** n. 19(1), p.1-8. 2011.Disponivel em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100017&script=sci\_arttext&tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100017&script=sci\_arttext&tlng=pt</a> Acesso 19 mar.2018

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf</a>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

MINAYO, M. C. S. et al. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Editora Hucitec, 2013. 13 ed. São Paulo.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Controle e Medicalização da Infância. **DESIDADES-Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**, Rio de Janeiro, n. 1, ago. 2015. Disponível em: <a href="https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/viewFile/2456/2090">https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/viewFile/2456/2090</a>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 467-482, set./dez. 2005. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a10v31n3.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a10v31n3.pdf</a>>. Acesso em: 09 jun. 2017.

\_\_\_\_\_\_. A Socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

NUNES, M. et al. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2375-2384, out, 2007. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf. Acesso em: 21 fev /2018

- OLIVEIRA, I. F. et al. A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Temas psicol.** (**Online**), v. 25, n.1, p. 291-304, mar. 2017. Disponível em: <a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-389X2017000100017">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-389X2017000100017</a>>. Acesso em: 09 jun. 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10. Classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais do CID 10. Descrições Clinicas e Diretrizes diagnosticas. Organização Mundial da saúde, trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PAIM, J. S. Seguridade Social, financiamento e crise do Sistema Único de Saúde (SUS). **Plataforma política social, caminhos para o desenvolvimento, fev. 2006**. Disponível em: <a href="http://cebes.org.br/2016/03/seguridade-social-financiamento-e-crise-do-sistema-unico-de-saude/">http://cebes.org.br/2016/03/seguridade-social-financiamento-e-crise-do-sistema-unico-de-saude/</a>>. Acesso em: O9 jun. 2016.
- PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T; BORDIN, I. A.S. Revisão dos Estudos Epidemiológicos Brasileiros. In: LAURIDSEN, E. R.; TANAKA (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2016.
- PEGORARO, R. F.; CASSIMIRO, T. J. L.; LEÃO, N. C. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia e Estudo**, v.19, n. 4, p. 621-631, out./dec. 2014. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00621.pdf">http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00621.pdf</a>>. Acesso em: 19 jul. 2017.
- PIRES, J. P. S. et al. Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 277-295, 2017. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00277.pdf">http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00277.pdf</a>. Acesso em: 08 set. 2017.
- RANÑA, W. A Saúde Mental da Criança na Atenção Básica. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.
- REIS, A. O. A. et al. Breve História da Saúde Mental Infantojuvenil. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.
- RIBEIRO, L. E.; PAULA, C. S. Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes. In: MATEUS, D. M. (Org.). **Políticas de Saúde Mental:** Baseado no curso Políticas Públicas de Saúde Mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
- RIBEIRO, L. E; TANAKA, O.Y. Organização de Serviços no Sistema Único de Saúde para o Cuidado de Crianças e Adolescentes com problemas de Saúde Mental. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo, SP: Hucitec, 2016.
- RIBEIRO, E. L; LYKOROPOULOS, C.B. O Caps Infantil e o Desafio da Gestão em Rede. 1 ed- São Paulo: Hucetc,2016.

ROCHA, S.M.M; ALMEIDA, M.C.P. O Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva e a Interdisciplinaridade. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.Disponível em:

<a href="http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354">http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12354</a>>. Acesso em: 19 mar. 2017

ROMAGNOLI, R. C; MAGNANI, N. R. Nós e linhas: pesquisando a relação família-equipe. Fractal, **Rev. Psicol.**, v. 24, n. 2, p. 287-306, Maio/Ago. 2012.Disponível: <a href="http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a06v24n2.pdf">http://www.scielo.br/pdf/fractal/v24n2/a06v24n2.pdf</a> Acesso em 19 mar 2018

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf">http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2016.

ROTHER, E.T. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SALVADOR, D. B.; PIO, D. A. M. Apoio Matricial e Capsi: desafios do cenário na implantação do matriciamento em saúde mental. **Saúde e Debate**. Rio de Janeiro v 40, n.111, p. 246-256, dez. 2016. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0246.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0246.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SAMPAIO, J. et al. Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família junto a Atenção Básica: implicações para a articulação de redes territoriais de cuidados em saúde. Revista Brasileira Ciência e Saúde, v. 19, n. 1, p. 41-48, 2015. Disponível em: <a href="http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/20163/15047">http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/20163/15047</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANCHES, V. N. E.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da Saúde Mental. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 107, p. 506-514, jul./set. 2014. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0506.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0506.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 1, p. 105-125, 2014. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00105.pdf">http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00105.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANTOS, D. N.; BUSTAMANTE, V.; SANTOS, L. M. A Saúde Mental da Infância e da Adolescência na Atenção Básica. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). Saúde Mental na Atenção Básica Política e Cotidiano, Salvador: Edufba, 2016. p. 249-270.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Plano de Ação Regional Rede de Atenção Psicossocial Região de Saúde Alta Anhanguera**. Departamento Regional de Saúde VIII de Franca. Franca, 2013. Disponível em: <a href="http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-mental-alcool-e-drogas/planos-de-acao-das-raps-aprovadas-em-cib/plano-de-acao-franca/acao raps alta anhanguera.pdf">anhanguera.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SILVA, M. A. C; AGUIAR, M. G. G; MOREIRA, T. D. S. Entre os nós da Rede de Saúde Mental: As práticas de agentes comunitários de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador,** v. 40, n. 3, p. 713-728 jul./set. 2016.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: <a href="http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf">http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n2/a05.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

TATMATSU, D. B.; ARAÚJO, A. C. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças, Psicologia da saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 71-79, jul/dez. 2016. Disponível em: <a href="https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6720/5542">https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6720/5542</a>. Acesso em: 08 set. 2017.

TEIXEIRA, M. R. et al. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1933-1942, 2017. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1933.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1933.pdf</a>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

TEIXEIRA, M. R., COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006 - 2011). **Estudo Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 695-703, 2015. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n4/0103-166X-estpsi-32-04-00695.pdf">http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n4/0103-166X-estpsi-32-04-00695.pdf</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva[online]**. v.6,n.1.2001. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-812320010001000066.script=sci\_abstract&tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-812320010001000066.script=sci\_abstract&tlng=pt</a> Acesso 03 mar 2018

VASCONCELOS, M. et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. **Cad. Bras. Saúde Mental,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 166-175, jan./jun. 2012. Disponível em: <a href="http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2031/2327">http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2031/2327</a>>. Acesso em: 08 set. 2017.

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE (UPM). Família e transtorno mental. Org: Curso de Psicologia (Turma 2008). **Youtube**, 2008. Disponível em:<a href="https://www.youtube.com/watch?v=FWJWL2R0-h4">https://www.youtube.com/watch?v=FWJWL2R0-h4</a>> Acesso 04 Set 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). Curta Metragem: Familiares parceiros do cuidado. Org: Núcleo de Pesquisa em Politicas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria. Youtube, 2015. Disponível em < <a href="https://www.youtube.com/watch?v=jV1-50zsxVQ">https://www.youtube.com/watch?v=jV1-50zsxVQ</a> Acesso em 04 set 2017

VICENTIN, M. C. G. Criançar o Descriançavel. In: RIBEIRO, E. L.; LYKOUROPOULOS, C. B. **O Caps Infantil e o Desafio da Gestão em Rede.** São Paulo: Hucitec, 2016. APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)Sr(a):\_\_\_\_\_

Estamos convidando o(a) sr. (a) a participar, voluntariamente, da pesquisa, Experimentações no Apoio Matricial em Saúde Mental Infanto-juvenil na Atenção Básica: a Busca pela Aprendizagem Coletiva, sob a responsabilidade da pesquisadora Poliana Silva de Oliveira, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. A pesquisa tem como objetivo geral: Experimentar modos de se fazer o Apoio Matricial com trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, do Centro de Atenção Psicossocial e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, segundo a perspectiva da Atenção Psicossocial, colocando em análise as dificuldades e facilidades para construção de cuidados compartilhados entre os serviços; e objetivos específicos: discutir estratégias de aproximação das Equipes da Estratégia Saúde da Família com a perspectiva do cuidado em Saúde Mental Infanto-juvenil como elemento, também, pertencente ao campo dos cuidados primários em Saúde em articulação com o CAPS e o NASF; propor coletivamente ações de cuidados que potencialize aspectos do Campo da Saúde Mental Infanto-juvenil de modo a articular os serviços do CAPS, das Equipes de Saúde da Família e o NASF. O (A) Sr. (a) está sendo convidado a participar de grupos de reflexão como coleta de dados e restituição. Os grupos de reflexão analisarão as situações de saúde e planejamento de ações, em uma construção participativa para os membros da pesquisa e seguirá a concepção da Educação Permanente em Saúde. Nas discussões coletivas utilizaremos dispositivos analisadores como o próprio encontro entre membros da equipe do CAPS, NASF e da ESF, com o objetivo da troca de saberes e experiências sobre a atuação na saúde mental infantil de cada equipe; os aspectos históricos sociais da Reforma Psiquiátrica e Sanitária com a sua influência práxis dos trabalhadores dos serviços e a discussão de casos. Os grupos reflexivos ocorrerão semanalmente com cada grupo de pesquisados (membros da equipe da ESF, um membro do CAPS e um membro do NASF), em local e horário a ser sugerido pelo grupo, em acordo com a disponibilidade da maioria. A proposição inicial é que ocorrerão oito grupos reflexivos entre os meses de Agosto e Setembro de 2017. A duração de cada encontro será de 60 a 120 minutos, aproximadamente. Os encontros também serão gravados em mídia digital para transcrição em outro momento e o pesquisador fará anotações em diário de campo durante a reunião. Além disso, existirá um momento inicial em cada grupo de reflexão denominado de Restituição que consiste na exposição dos resultados das análises realizadas no transcorrer de cada último grupo, podendo o(a) sr. (a) manifestar sua aprovação ou reprovação

acerca das análises feitas. Todo o material registrado estará a sua disposição no momento em que desejar e ficará sob a guarda e responsabilidade do pesquisador por um período de cinco anos após o término dessa pesquisa, sendo destruído posteriormente. As informações/opiniões emitidas pelo (a) sr (a) serão tratadas de forma anônima no conjunto das demais pessoas que participarem do estudo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Ressaltamos que durante a participação, o(a) sr (a) terá como possível risco, o desconforto ao se deparar com situações difíceis do seu trabalho e ter que analisá-las com os demais participantes, podendo por vezes identificar lacunas em seus conhecimentos e habilidades para realizá-lo. Contudo, esclareço que o desconforto ao qual poderá estar exposto(a) será o de expressar sua opinião e também ouvir os presentes no grupo, o que poderá causar tensões, especialmente se houver diferenças de opiniões entre os participantes. Em caso de desconforto, solicitamos, preferencialmente, que o manifeste no próprio grupo, pois esse desconforto poderá ser também de outros participantes e, assim, o problema ou dificuldade poderá ter uma solução no próprio grupo, ou seja, o pesquisador utilizará estratégias de mediação para a superação das dificuldades identificadas, amenizando os possíveis desconfortos e também promoverá a atualização de conhecimentos identificados como necessários. O (A) sr (a) poderá também manifestar seu desconforto particularmente ao pesquisador pessoalmente ou através do telefone abaixo indicado, para as devidas providências. A participação na pesquisa lhe proporcionará benefícios através da vivência grupal com uso de algumas estratégias que facilitam o trabalho em saúde, tais como o diálogo, a comunicação e o enfrentamento de obstáculos no trabalho. O (A) sr (a) poderá se apropriar de conceitos e estratégias de trabalho com o intuito de aperfeiçoar suas ações no campo de atenção à Saúde Mental Infanto-juvenil. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de uma dissertação de mestrado e de trabalhos científicos divulgados em eventos científicos como congressos, revistas científicas e para os trabalhadores da Atenção Básica e Serviço de Atenção Psicossocial. Se o (a) sr (a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa financeira ao sr (a). Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação nessa pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país. Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) sr (a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com o pesquisador responsável. Caso concorde em participar, uma via original deste termo de consentimento assinada será entregue ao(a) sr (a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, Protocolo ( ). Caso tenha necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, órgão que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados, pelo telefone (016)3315-9197, Dias úteis – das 10h às 12h e das 14h às 16h. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimentos em saúde. Poliana Silva de Oliveira (16) 992941216. Rua Conde Francisco Matarazzo, nº 2298, Vila Pires; Guara- SP. email:polianasilva@usp.br

Poliana Silva de Oliveira Mestranda do Programa de Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo Pesquisadora e Mestranda Contato (16) 992941216

Cinira Magali Fortuna
Professora Associada da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
Orientadora
Contato (16)3602-3476

Eu			,	aceito	participar	da
pesquisa "Experim	entações no Apoio M	latricial em Se	aúde Mental In	fanto-juv	enil na Aten	ção
Básica: a busca pe	la Aprendizagem Col	etiva."				
	,	de	c	le		
	Assin	atura do partic	ipante			

## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)





# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

para o

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-Fone: 55 16 3315,3362 - 55 16 3315,3361 - Fax: 55 16 3315,0518 www.eerb.uso.br - eero@uso.br

#### Ofício CEP-EERP/USP nº 174/2017, de 01/08/2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 1º de agosto de 2017.

Protocolo CAAE: 64002117.2.0000.5393

Projeto: Experimentações no Apoio Matricial em Saúde Mental Infantojuvenil na Atenção

Básica: a busca pela Aprendizagem Coletiva

Pesquisadores: Poliana Silva de Oliveira

Cinira Magali Fortuna (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente.

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

•