

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dafni de Melo

O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia de Saúde da Família

Porto Alegre, 2017.

Dafni de Melo

O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia de Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional junto ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional

Área de concentração: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Rosemarie Gartner Tschiedel.

Porto Alegre, 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a Rosemarie Gartner Tschiedel (Presidente – Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Professora Dr^a Simone Mainieri Paulon
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Professora Dr^a Cláudia Rodrigues de Freitas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Professora Dr^a Maria Cristina Ventura Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Rose pelo cuidadoso e preocupado acompanhar ao longo desse processo, sempre disponível para me acolher em minhas dificuldades, mas sem se descuidar da qualidade de nosso trabalho e de nossa responsabilidade como pesquisadoras. Aos colegas de grupo de pesquisa, Thais Siqueira e Ricardo Cecchin, pelas trocas em discussões teóricas e pelas contribuições que gentilmente ofereceram.

Agradeço às maravilhosas amigas e companheiras que conheci no trajeto do mestrado: Lissandra Soares, Erica Franceschini, Anete Cunha, Fernanda Carrion e Julia Bongiovanni. À Caroline Foletto Bevilaqua e Bruna Batistelli, pelos momentos de estudo e reflexão nos quais nos inquietávamos e desacomodávamos juntas. À Flávia Novais Magalhães por todo o apoio e força, especialmente na etapa final do mestrado. Teria sido tremendamente difícil sobreviver a todo esse processo sem a rede de apoio que construímos juntas. Era reconfortante saber que sempre haveria alguma de vocês disposta a estender uma mão, caso fosse necessária para a escrita, pesquisa ou trâmites burocráticos que sempre provocam tropeços. Agradeço também por estarem sempre disponíveis para oferecer um abraço ou um ombro amigo e para compartilhar risadas e lágrimas.

Às professoras da banca examinadora, Simone Mainieri Paulon e Maria Cristina Ventura Couto, agradeço pelos generosos apontamentos e sugestões que se mostraram valiosos para a consolidação dessa dissertação. Agradeço também à professora Cláudia Rodrigues de Freitas pela disponibilidade em aceitar o convite para compor a banca.

Às amigas Lidiane Tavares e Letícia Eli Pereira Campos pela amizade e por todo o apoio e força que sempre compartilhamos a fim de nos fortalecermos.

Agradeço também à minha família pelo constante incentivo em seguir trilhando os caminhos de minha própria escolha e por todo o suporte que sempre forneceram para tanto.

Novamente, agradeço às professoras Rose e Simone, por estarem me acompanhando desde os primeiros semestres da graduação de Psicologia e por seguirem dispostas a formar parcerias.

RESUMO

A assistência à saúde mental da criança foi introduzida tardiamente nas Políticas Públicas de Saúde Mental brasileiras, constituindo-se, assim, por uma defasagem em face aos processos da Reforma Psiquiátrica brasileira, voltada majoritariamente para a população adulta. Os CAPSi assumem uma função fundamental na RAPS, como coordenadores desse cuidado em rede inter e intrasetorial, no que se refere à infância. Percebe-se, no entanto, uma dificuldade na composição do cuidado compartilhado, para a saúde mental da criança, entre os equipamentos da Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Os serviços de Unidade Básica de Saúde e, especialmente, os de Estratégia de Saúde da Família se configuram como locais privilegiados para a efetivação de ações de cuidado para a saúde mental, devido à proximidade com o território e sua população, à acessibilidade e ao acompanhamento longitudinal. A presente dissertação analisa qual o cuidado que pode ser construído em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família para a saúde mental da criança. A pesquisa desenvolveu-se com uma equipe de ESF, do município de Porto Alegre, sendo a pesquisa-intervenção a estratégia metodológica adotada, assentada sobre os referenciais da Análise Institucional. Produziram-se quatro encontros de grupo focal e um encontro para a discussão da análise parcial dos dados. Destaca-se como efeito da intervenção, a visibilização da criança como um sujeito com a capacidade de se responsabilizar por seu sofrimento psíquico, podendo ser escutado e cuidado pelos profissionais de saúde. Os princípios da Atenção Básica, o cuidado longitudinal, o vínculo com a comunidade, assim como o uso criterioso do tempo – conforme sugere a prática da Prevenção Quaternária –, foram imprescindíveis para a efetivação de práticas de cuidado para a saúde mental da criança que a reconhecesse como um sujeito dependente e igualmente independente, com sua capacidade de autonomia e agenciamento.

Palavras-chave: saúde mental infantil, criança, Atenção Básica, cuidado.

ABSTRACT

Child mental health care was introduced late in the Brazilian Mental Health Public Policies, thus constituting a lag in the face of the processes of the Brazilian Psychiatric Reform, which is mainly directed towards the adult population. The CAPSi play a fundamental role in the RAPS, as coordinators of this care in inter and intrasetorial networks, with regard to childhood. However, there is a difficulty in the composition of shared care, for the mental health of the child, between the equipment of Primary Care and the Centers for Psychosocial Child and Adolescent Care. The services of the Basic Health Unit and especially those of the Family Health Strategy are configured as privileged places for the implementation of mental health care actions, due to the proximity to the territory and its population, accessibility and follow-up longitudinal. The present dissertation analyzes the care that can be built on a Family Health Strategy team for the mental health of the child. The research was developed with a team of ESF, from the city of Porto Alegre, and the intervention research was the methodological strategy adopted, based on the Institutional Analysis benchmarks. Four focal group meetings and one meeting were held to discuss the partial analysis of the data. It is highlighted as an effect of the intervention, the visibility of the child as a subject with the capacity to be responsible for their psychic suffering, and can be listened to and taken care of by the health professionals. The principles of Basic Attention, longitudinal care, the bond with the community, as well as the judicious use of time - as suggested by the practice of Quaternary Prevention - were essential for the implementation of care practices for the mental health of the child who recognized as a dependent and equally independent subject, with its capacity for autonomy and agency.

Key words: child mental health, child, Primary Care, care.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	A CRIANÇA BRASILEIRA COMO ALVO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	12
3.	SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA BRASILEIRA	17
3.1	A saúde mental no Brasil – a Reforma Psiquiátrica brasileira.....	17
3.2	A criança brasileira e a saúde mental.....	19
4.	ATENÇÃO BÁSICA	24
5.	METODOLOGIA.....	25
5.1	Detalhamento dos Procedimentos	30
5.2	Os caminhos da pesquisa	32
6.	Os grupos.....	34
7.	Uma composição de linhas	42
8.	Linha Saúde Mental.....	49
9.	Linha Saúde Mental da Criança	55
9.1	Relação com a Escola e Professoras.....	56
9.2	Apoio Matricial.....	58
9.3	O que mais podemos fazer?.....	62
10.	Atravessamentos e entrelaçamentos com a Linha Saúde Mental da Criança	69
10.1	Linha Criança	69
10.2	Linha Rede	72
10.	Linha Estratégia de Saúde da Família.....	75
11	Linha Pesquisa – Os deslocamentos.....	76
12	Considerações Finais	79
13	Apêndices	84
APÊNDICE A	84	
APÊNDICE B	85	
APÊNDICE C	88	
14	Referências.....	91

1. INTRODUÇÃO

A saúde mental da criança e do adolescente ainda é uma questão relativamente nova para as políticas públicas de saúde no Brasil. Reconhece-se uma lacuna na assistência à população infanto-juvenil em sofrimento psíquico, no Brasil (BRASIL, 2005a; SANTOS, 2013; COUTO & DELGADO, 2015). Historicamente, em nosso país, adotamos uma direção de cuidado para as crianças e adolescentes que se pauta por uma lógica punitiva e não efetivamente de cuidado. A institucionalização, com medidas de internação como principal instrumento, consistia na principal direção de uma assistência a esta população, apresentando vocação reparadora, adaptativa e punitiva. Tal institucionalização se direcionava, principalmente, para crianças e adolescentes pobres, partindo de processos de criminalização e patologização da pobreza, como resultados de processos históricos de segregação racial e social (BRASIL, 2005A; COUTO, 2004; COUTO; DELGADO, 2015).

Entretanto, percebemos modificações neste cenário, a partir das conquistas e avanços que a Reforma Psiquiátrica brasileira proporcionou e, na mesma medida, das novas bases assentadas pela Lei Nº 8.069 que nos introduz a possibilidade de compreender a criança e ao adolescente como sujeitos de direitos (BRASIL, 2010a). Assentam-se as diretrizes e princípios para o estabelecimento de uma Política de Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil, a partir de publicação ministerial¹, assim como se possibilita a implantação efetiva de um serviço especializado como referência para tanto, com a Portaria Nº 336, através da criação do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) (BRASIL, 2002). Mesmo que já tenhamos operado modificações positivas no cenário brasileiro, referente à saúde mental da criança e do adolescente, ainda se fazem necessários muitos investimentos para a efetiva construção de uma política nacional para tanto. Devido ao fato de a política de saúde mental Infanto-Juvenil ser considerada recente no campo das políticas públicas, as pesquisas e estudos que se debruçam sobre esta problemática ainda não são numerosos (COUTO, 2008; GOMES, 2012; COUTO; DELGADO, 2015), sendo necessário aprofundarmos diversos aspectos envolvidos nesta questão.

¹BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentos de Ações Programáticas e Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

Couto e Delgado (2016) ressaltam que o processo de implantação de uma Política de Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil tem passado por duas ações consideradas estratégicas: a primeira consiste na oferta dos CAPSi e a segunda consiste na “construção de estratégias para articulação da saúde mental com os setores historicamente envolvidos na assistência à infância” (p. 164). Esta pesquisa parte desta segunda estratégia de articulação de rede, entre saúde geral e saúde mental, apostando na potencialidade da Atenção Básica (AB) como um locus de cuidado, para além desta função de articulação com a saúde mental.

A questão de pesquisa emerge do período de trabalho proporcionado pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental, em um serviço de CAPSi. Nessa experiência, evidenciaram-se algumas questões acerca de como se constituía o cuidado direcionado para a saúde mental da criança. Tal cuidado estava centrado no espaço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em detrimento de outros serviços de saúde ou de outros setores. As ações de cuidado realizadas pela equipe interdisciplinar se davam, majoritariamente, no espaço desse serviço, seja na efetivação ou na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Apesar das constantes trocas e diálogos com escolas e professoras, Conselhos Tutelares e seus conselheiros, serviços da Assistência Social e serviços de saúde, os agentes do CAPSi e seus saberes se consolidavam como centrais e centralizadores. De modo que havia pouca possibilidade para o estabelecimento de parcerias que atuavam a partir da corresponsabilização.

O referido serviço passou por uma reorganização a fim de estimular e incentivar processos de corresponsabilização com os serviços da atenção básica de saúde, por meio do matriciamento. Essencialmente, o Apoio Matricial se configurou pela realização de reuniões periódicas com as equipes de saúde, para o encaminhamento e avaliação do ingresso de novos pacientes; havia, assim, a predominância da discussão acerca do acesso ao serviço. Esta aproximação com a atenção básica proporcionou discussões e a formação de algumas parcerias interessantes, mesmo com as dificuldades, mas uma consequência não calculada foi a criação de um obstáculo para a acessibilidade ao CAPSi. A entrada do usuário poderia se dar apenas após a reunião de matriciamento com sua unidade/equipe de referência.

Nestas aproximações via matriciamento, foi possível perceber alguns aspectos relativos ao cuidado realizado no espaço da AB. Fazia-se perceptível que, para os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), era

difícil cogitar um cuidado para as crianças em sofrimento psíquico, em seu espaço de trabalho cotidiano. Os profissionais do CAPSi também apresentavam dificuldades para enxergar um cuidado possível no espaço da Atenção Básica. Alguns profissionais da AB expressavam seu desconhecimento em ofertar um cuidado em saúde mental para as crianças e sua insegurança em fazê-lo. Havia também aqueles que simplesmente se negassem a efetuar tal cuidado. Desta forma, o espaço da Atenção Básica era pouco ou nada considerado como um espaço para a construção de um cuidado em saúde mental para as crianças.

A partir das reuniões e aproximações com as equipes de saúde das UBS e ESF, com as discussões acerca de quais eram os casos que seriam “perfil” para CAPSi, evidenciava-se a existência de uma população de crianças em sofrimento psíquico que necessitavam de um cuidado atento e próximo e que permaneciam desassistidas. Neste enrosco, temos aquelas crianças que não se enquadram como em sofrimento severo e persistente. As desobediências, os diagnósticos apressados de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, as dificuldades de aprendizagem, são algumas das queixas recorrentes e que não se caracterizariam como casos para serem acompanhados pelo CAPSi. Para tais situações, se forma um limbo de cuidado, na cidade de Porto Alegre. Temos as Equipes Especializadas de Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA), entretanto, tais equipes, em sua maioria, funcionam em esquema ambulatorial e com número reduzido de profissionais, de forma que vivem enorme dificuldade para atender a demanda que lhe é encaminhada. Ademais, o EESCA não se limita ao atendimento de saúde mental. Alia-se a tal população aqueles que não conseguem acessar o CAPSi, mesmo sendo considerados como em sofrimento psíquico severo e persistente, retomando a problema da acessibilidade trazido acima. Assim como existem aquelas situações que, devido à sua complexidade (diversos membros da família em adoecimento, condições de vida precárias) se configura um cenário em que a equipe do CAPSi tem dificuldade de acessar estas famílias. Do mesmo modo, a própria família tem problemas para ter a disponibilidade solicitada pelo acompanhamento do CAPSi. Assim, se constitui uma clientela desassistida que, muitas vezes, constava em prontuário como “não aderiu ao tratamento”.

Acaba por se configurar uma população de crianças em sofrimento psíquico sem um cuidado em saúde mental. Estas crianças seguem habitando seus territórios, no entanto, e muitas vezes ainda frequentam suas UBS ou ESF, estão no caminho das visitas

agendadas para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), podem até ser avaliadas pelo Programa de Saúde na Escola (PSE) ou através do cumprimento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família. Estas crianças fazem suas vacinas, consultam em função de uma febre ou simplesmente acompanham sua mãe ou avó para uma consulta destas na UBS. São diversas as oportunidades de encontro dos profissionais da saúde básica com estas crianças.

O espaço da AB é privilegiado para o cuidado em saúde mental seja para aqueles sujeitos que já se encontram em acompanhamento nos serviços especializados de saúde mental ou para aqueles sujeitos que não o são (DIMENSTEIN et al, 2005; LANCETTI & AMARANTE, 2012; DELFINI & REIS, 2012). A proximidade dessas equipes com as pessoas e com os demais serviços do território, a tendência a gerar menos estigma, um vínculo maior e mais intenso e a fácil acessibilidade são alguns dos motivos pelos quais o espaço da Atenção Básica se configura como importante espaço de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; REIS, 2012; LANCETTI; AMARANTE, 2012; BRASIL, 2013a; TSZENIOSKI et al, 2015). A tendência a gerar menos estigmas aos usuários se conjuga com o potencial da Atenção Básica em oferecer um cuidado que possa suplantar o modelo manicomial de atenção à saúde mental (DIMENSTEIN et al, 2005; BRASIL, 2013a). Possibilitando, dessa forma, que avancemos nos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ampliando e constituindo uma rede de saúde mental de base comunitária e territorial que não tenha como centralidade um equipamento especializado. No que concerne à criança, em específico, a Estratégia de Saúde da Família e igualmente a escola se configuram como os serviços de maior presença em todas as regiões do país, considerando a rede de serviços que atende à população infanto-juvenil (COUTO, DUARTE; DELGADO, 2008).

O Relatório da Pré-Conferência Infância e Adolescência (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 2001), realizada previamente à III CNSM, ao tratar das políticas intersetoriais, refere a prioridade da construção de uma política intersetorial, “evitando-se o discurso onipotente que pressupõe a resolução de todos os problemas da infância e adolescência através de uma rede exclusiva de saúde mental”. Da mesma forma, Couto e Delgado (2016), ao explicitarem as duas ações estratégicas do processo de implantação de uma política de saúde mental para a população infanto-juvenil, conforme foi descrito acima, enfatizam que a organização da

rede não deve ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental. Portanto, procuramos analisar qual o cuidado que podemos construir para a saúde mental da criança na Atenção Básica por meio da pesquisa-intervenção com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família.

2. A CRIANÇA BRASILEIRA COMO ALVO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para construirmos uma análise do estado atual das nossas políticas públicas referentes à saúde mental infantil, percebemos como necessário um mapeamento da construção da criança brasileira como um público alvo para as políticas públicas. Os traços históricos dessa construção se atualizam nos modos contemporâneos de se intervir na infância, de cuidar das crianças e mesmo de se constituir uma política pública. Podemos perceber especialmente estes traços operando nas realidades vividas pelas crianças se beneficiam (ou não) das políticas públicas.

A morte, a religiosidade, o patriarcado, a escravidão e o trabalho são algumas das linhas que costuram o cenário brasileiro do século XIX, nosso ponto de partida neste mapeamento. Os cuidados prestados às crianças pequenas neste período eram envolvidos em numerosas práticas de credices, superstições e/ou hábitos religiosos que visavam a sobrevivência dos pequenos nascidos, dos europeus recém-chegados ao Brasil, principalmente, em decorrência da elevada mortalidade (DEL PRIORE, 2010). A mortalidade infantil era tão elevada que, como uma espécie de compensação ou explicação para as mães e pais, se disseminou, a partir da Igreja Católica, a crença de que as crianças eram anjinhos, pois morriam puras e inocentes (RIBEIRO, 2006). A figura da criança como anjinho, encarnando as características da pureza e inocência, foi percebida por Ariès (2014) na análise de pinturas do fim do século XVI que retratavam a figura do *putto*², sendo transportada também para solo brasileiro, aonde, nas festividades religiosas, as crianças participavam de desfiles vestidas/fantasiadas de anjinhos para o deleite dos adultos (CORAZZA, 2004; DEL PRIORE, 2010). Costa (2004) explana com melhor exatidão esta operação de justificar as mortes das crianças como uma felicidade, pois assim estas iam para o céu, sendo, a propósito, esta hipótese levantada por Gilberto Freyre, de acordo com o autor, esta representação da criança

²O *putto* era a figura da criancinha nua que passou a representar os anjos nas pinturas, “representou uma revivescência do Eros helenístico” (ARIÈS, 2014, p. 25).

como anjinho, teria sido construída pelos jesuítas, para inicialmente consolar as mães indígenas que passaram a viver algo inédito, no século XVI, que foi o elevado número de mortes de crianças, com a chegada dos colonizadores, com suas novas doenças e violências decorrentes da colonização e exploração, Costa (2004), então, levanta a hipótese de que os jesuítas poderiam ter se apropriado destas representações angelicais das crianças, como apontado por Ariès, que já circulavam pela arte europeia, e terem adaptado aos seus interesses em solo brasileiro.

Entre os escravos, a mortalidade infantil também era elevada (GOÉS; FLORENTINO, 2010) e a organização da sociedade brasileira colonial como escravocrata incidiu na utilização da Roda dos Expostos pelas escravas, a fim de garantirem a liberdade de suas crianças, segundo Corazza (2004), após a lei do Ventre Livre, houve uma diminuição no número das crianças expostas. Além da alta mortalidade entre as crianças nascidas escravas no Brasil, Goés e Florentino (2010), analisando documentos de fazendas do Rio de Janeiro, se depararam com outra questão que parecia comum entre estas crianças, que era o elevado número de órfãos. Entretanto, esta “orfandade” parecia se dar mesmo em nível de registro nos documentos apenas, pois dificilmente esta criança ficava sozinha, havendo uma rede de relações sociais escravas que contavam com outros membros da família, além da mãe e pai, também se estendia pela incorporação do sacramento católico do batismo, com o estabelecimento de padrinhos/madrinhas para a constituição de laços familiares, de laços de compadrio, garantindo para a criança que nascesse acompanhada e, caso viesse a morrer, estivesse protegida (GOÉS; FLORENTINO, 2010).

A historiadora Mary Del Priore (2010) procurou investigar a rotina da criança na época colonial e imperial, além dos cuidados dispensados aos pequenos com os embalos e cantigas, a autora traz um aspecto que salta aos olhos, da percepção de médicos e padres da época de que as crianças recebiam muitos mimos e carinhos das mães e amas. Tal aspecto me saltou aos olhos devido à leitura que Costa (2004) e Ribeiro (2006) trazem a respeito da estrutura patriarcal da educação destinada às crianças, caracterizada pela rigidez, pelo despotismo e pelos castigos físicos, Ribeiro (2006) inclusive traz dos sofrimentos que isto provocava nas crianças. O patriarcado era um sistema tão rígido de formatação da sociedade que as demonstrações de afeto e carinho com as crianças pequenas eram julgadas como prejudiciais, mimavam e enfraqueciam, de maneira que,

inferência nossa, aumentava a distância entre as crianças e o universo adulto³. A crítica dos prejuízos dos mimos se estendia às crianças escravas, Del Priore (2010) menciona que os cuidados carregados de carinhos e mimos se davam por conta de muitas crianças escravas serem criadas entre a família senhorial. Já Goés e Florentino (2010) analisam esta noção de “igualdade familiar”, como era percebida por europeus, com maior nitidez. Apesar desta aparente convivência entre iguais, como crianças que brincavam e se divertiam juntas, os autores localizam que a educação dispensada às crianças dos senhores era atravessada e fundamentada pela lógica escravocrata. Desta forma, as crianças escravas ficavam à mercê destes pequenos escravocratas que estavam “a aprender sobre a utilidade de bofetadas e humilhações” (GOÉS; FLORENTINO, 2010, p. 163).

A educação e cuidado dispensados às crianças escravas e/ou crianças dos escravos eram radicalmente diferentes dos dispensados às crianças livres. Enquanto que a educação dos pequenos livres tinha como objetivo constituí-los como indivíduos adultos responsáveis, com foco na formação cristã para a moral e valores (DEL PRIORE, 2010), a educação das crianças escravas se estabelecia mais como um adestramento que visava o trabalho como fim (GOÉS; FLORENTINO, 2010). Estes autores utilizam a imagem da cana-de-açúcar que precisava ser batida, torcida, cortada em pedaços, arrastada, moída, espremida e fervida, para ilustrar a maneira como também eram adestradas as crianças escravas, “o trabalho era o campo privilegiado da pedagogia senhorial” (GOÉS; FLORENTINO, 2010, p. 162); aos doze anos de idade, elas já trabalhavam como adultos.

As obras de Jurandir Freire Costa (2004) e de Jacques Donzelot (1980) foram essenciais para uma compreensão das transformações da sociedade brasileira na passagem de Colônia para um Estado nação, transformações estas que eu ignorava terem sido fundamentais para a configuração que se atualiza atualmente na figura da criança brasileira como um objeto de investimento e de atenção das políticas públicas. As transformações que Donzelot (1980) descreve ocorrendo na França a partir dos processos de industrialização e urbanização, tiveram seus ecos no Brasil, pintando-se das cores verde e amarela da independência e dos projetos subsequentes de urbanização, ‘reuropeização’ (termo emprestado de Jurandir Freire Costa) dos costumes e

³ Talvez seja pertinente não perdermos de vista este aspecto do cuidado atravessado pela punição do patriarcado, considerando que possivelmente siga operando na contemporaneidade.

embranquecimento da população, após a extinção da escravidão, com o incentivo da vinda de imigrantes europeus.

No sistema colonial, organizado como uma sociedade patriarcal, o lugar que a criança, o filho, ocupava dentro da família era puramente instrumental, um objeto a serviço dos desejos e vontades do poder paterno, à semelhança da mulher adulta (COSTA, 2004). Apenas o filho adulto interessava ao pai e, assim, desfrutava de uma posição de participação dentro da família, uma vez que ele podia herdar os bens e propriedades da família, podendo enriquecê-la com seu trabalho (COSTA, 2004). Opera-se, no entanto, uma recodificação da figura da criança a partir das mudanças de comportamentos, hábitos e costumes implantadas pelos médicos higienistas brasileiros (COSTA, 2004).

A primeira mirada dos médicos higienistas foi a mortalidade das crianças, a linha que percebo como sendo mais visível e ativa na construção e incidência no setor da saúde. Donzelot (1980) já apontava isto em sua obra, da emergência da temática da preocupação com a conservação das crianças como uma questão importante, a partir do século XVIII e com maior ênfase no século XIX. A medicina higienista, então, passa a determinar as condutas sociais, normas e padrões de comportamentos em relação à saúde, em especial da criança e de sua mãe (RIBEIRO, 2006). Localiza-nos Costa (2004) de que a pedagogia higiênica, de fato, buscava atingir o adulto, através da criança, o que me remete a uma das figuras trazidas por Corazza (2004) de uma das possibilidades dos múltiplos espectros do infantil, a figura moral – a promessa antecipada, garantindo uma criança feliz, saudável, garantimos um adulto feliz e saudável. As preocupações e prescrições dos higienistas construíram para a criança um lugar diferenciado e de novo destaque em nossa sociedade, Costa (2004) aponta que se estabeleceu uma espécie de troca de favores entre a medicina e o Estado, de maneira que as famílias de elite apoiassem o Estado recém constituído, como resultado das intervenções higienistas no espaço da intimidade da família, por meio da atenção a nova figuração da criança.

A intervenção da medicina higienista provocou transformações e modificações mais estruturais do que à primeira vista possa parecer. A destituição do poder patriarcal, com a construção de uma aliança com a figura da mulher, como mãe, agora elevada a uma condição de maior destaque e importância foram manobras absolutamente necessárias para a efetivação das mudanças influenciadas e organizadas pelos higienistas (DONZELOT, 1980; COSTA, 2004). Como especificidade de nossa sociedade

escravagista e também patriarcal, “a sobrevivência dos adultos, exigia a morte das crianças escravas” (COSTA, 2004, p. 168). Isto é, o branco livre não se via exercendo qualquer profissão que exigisse trabalho manual – nisso se incluía os cuidados aos próprios filhos -, de forma que ele sugava o trabalho escravo, obrigando, assim, as escravas a deixarem seus filhos na Roda dos Expostos (Costa, 2004). A Roda dos Expostos foi elaborada como um dispositivo para garantir um local seguro para que as crianças pudessem ser expostas, de maneira que assegurasse que elas não ficariam à sua própria sorte e da caridade alheia para a sobrevivência (DONZELOT, 1980; CORAZZA, 2004). Tal dispositivo, em adicional à garantia do anonimato da pessoa que abandonasse a criança, poderia assegurar uma sobrevivência útil daquelas crianças, por exemplo, no Brasil, na própria cidade de Porto Alegre teve uma Roda dos Expostos funcionando até a década de 1950, as entidades (usualmente religiosas) que mantinham tal dispositivo forneciam para famílias o trabalho doméstico destas crianças (das meninas) e para instalações do exército o mesmo, dos meninos (CORAZZA, 2004). No entanto, as taxas de mortalidade destes dispositivos eram alarmantes, Costa (2004) destaca dados referentes a uma destas Casa dos Expostos, entre os anos de 1861 e 1874, foram entregues 8.086 crianças, das quais 3.545 morreram. De tal forma que, se somavam às mortes das crianças dos senhores brancos, as mortes das crianças negras devido ao uso da exploração escrava, ao se entregarem estas crianças nas Rodas dos Expostos.

A denúncia dos médicos higienistas da responsabilidade patriarcal nos elevados números da mortalidade infantil, devido aos também numerosos filhos ilegítimos pela conta dos senhores brancos, não se preocupava, efetivamente com as mortes das crianças negras, mas sim com a exposição das crianças livres, filhas destes senhores, aos cuidados das amas de leite escravas (COSTA, 2004). “A ignorância dos pais impedia-os de ver que o parasitismo econômico sobre os escravos degradava a prole” (COSTA, 2004, p. 169), entrando em cena, assim, a aliança entre os higienistas e as mães que passam a ser também educadas acerca dos cuidados médicos, higiênicos e morais da criança (DONZELOT, 1980). Os processos de segregação racial passam a se fazer presentes e também fundados com estas recomendações médicas, em associação com esta ‘reeuropeização’ que partia de uma repulsa e intolerância pelo convívio com os negros, resultando na criação de um intimismo familiar (COSTA, 2004).

Analisando atentamente este quadro que viemos construindo - da emergência da criança como uma figura que passa a ter um lugar outro que não instrumento do poder patriarcal -, este 'novo' lugar que a criança passa a ocupar é novamente um lugar de governo dos outros, este corpo infantil passa a ser do governo da medicina e também do Estado, o futuro da nossa nação. A figura da criança brasileira foi se constituindo costurada pelas linhas: do patriarcado, considerando-a um instrumento a serviço do pai, sem nenhuma relevância no espaço da família; do trabalho escravo, que adestrou os corpos infantis a servirem e se submeterem a humilhações e castigos; de uma educação higiênica, construída à semelhança da redução jesuítica, - com a valorização e o culto ao corpo, a promoção do desenvolvimento moral e espiritual através de exercícios e enfatizando a vigilância e a punição como terapêuticas (COSTA, 2004); da morte, em sua presença constante a ameaçar a sobrevivência dos pequenos.

3. SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA BRASILEIRA

3.1 A saúde mental no Brasil – a Reforma Psiquiátrica brasileira

A saúde mental da criança, como uma questão de preocupação e investimento para as políticas públicas é muito recente em nossa história e no movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira. O processo RP consiste na mudança do paradigma de cuidado em saúde mental, tomando como objeto das práticas e dos saberes que desta se ocupam a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 30), ao invés da doença. Segundo os referidos autores, a instituição colocada em questão neste processo é a própria loucura. Por conseguinte, se coloca em questão a maneira como a psiquiatria – ciência que tradicionalmente se ocupou deste objeto – toma-a como objeto de intervenção, apartando-a do sujeito e simplificando sua complexidade, se utilizando, para isto, da violência. O modelo de cuidado colocado em questão baseava-se na exclusão, sustentada por um estatuto médico-jurídico da loucura como uma doença que para ser curada, necessitava de isolamento, em função de sua periculosidade (BASAGLIA, 2005; PINHEIRO et al, 2007; ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

Amarante (1998), ao tecer o percurso da Reforma Psiquiátrica, cita algumas experiências que foram precursoras do movimento, entre elas a Psiquiatria Democrática Italiana. A Psiquiatria Democrática Italiana surge como um contraponto radical tanto ao

saber quanto aos aparatos psiquiátricos. A experiência da Desinstitucionalização Italiana é considerada como inspiradora para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005c). Coloca-se em jogo não somente o saber da psiquiatria a respeito da doença mental, mas também a organização social que se estabeleceu em torno de uma lógica de exclusão da loucura, evidenciando-se esta como a maneira que a sociedade construiu para se relacionar com a diferença. Basaglia (2005) traz que uma sociedade baseada em diferenças culturais, de classe e em sistemas competitivos, precisa criar dentro de si áreas de compensação para suas contradições internas, nas quais se poderia negar ou afirmar uma própria parte de sua subjetividade – estaríamos excluindo uma parte de nós mesmos, da qual sentimos medo. Esta exclusão, entretanto, não apenas exclui uma parte de nós, mas a circunscreve em um circuito da qual ela não consegue escapar, uma vez que está inscrita na insígnia da doença mental e da periculosidade, precisando, então, ser tutelada e contida. Desta forma, a Psiquiatria Democrática Italiana se constitui, antes de tudo, como um movimento político (AMARANTE, 1998), inspirado em alguns dos preceitos do marxismo, uma vez que aposta em mecanismos de conscientização do ‘paciente psiquiátrico’. Colocando em evidência também as lutas de classe e de poder de dominação e subjugação, levando em conta que as populações dos manicômios provinham, praticamente, de classes desfavorecidas economicamente. O paradigma da desinstitucionalização guiou as experiências italianas, Rotelli (1990) discute que foi construído um aparato científico, legislativo e administrativo a partir da concepção que se estabeleceu da loucura e seria preciso desinstitucionalizar todo este aparato, desta forma, o problema do tratamento passaria a ser a produção de vida, não a cura ou a remissão dos sintomas.

O processo da RP, em nosso país, se deu no contexto de diversos movimentos sociais no Brasil, em pleno período de ditadura militar, num contexto de crise geral do país, política, econômica e social (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). A RP foi um movimento inicialmente com maior mobilização e participação dos trabalhadores de saúde mental, com a reivindicação de melhores condições de trabalho, de denúncia da violência dos manicômios e de mercantilização da loucura (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005c; VASCONCELOS, 2008). Contemporâneo a este processo, desenvolveu-se o movimento da Reforma Sanitária, no qual se fazia a crítica de todo o sistema de saúde no país, buscando sua mudança (VASCONCELOS, 2008). Ambos

movimentos se situam em um mesmo plano, sendo que os avanços conquistados pelo movimento sanitário contribuíram para o avanço da RP.

Devera e Costa-Rosa (2007) situam, como a semente da RP no Brasil, uma série de encontros nacionais e latino-americanos, especialmente, de Psiquiatria que visavam discutir a reformulação da assistência psiquiátrica, tomando como inspiração a Psiquiatria Preventiva Comunitária americana, apostando em serviços de base comunitária, extra-hospitalares. Enquanto outros autores (AMARANTE, 1998; BRASIL, 2005; VASCONCELOS, 2008) situam o ano de 1978 como sendo o marco inicial deste movimento, com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Na década de 80, com a expansão e formalização do modelo sanitário, se amplia o movimento da RP (VASCONCELOS, 2008). No ano de 1986 é aprovada a Portaria Ministerial 3344, a partir das Ações Integradas em Saúde, tal Portaria propõe normas operativas para a saúde mental, objetivando a redução das internações psiquiátricas, a partir da expansão da rede de atendimento extra-hospitalar e intersetorial (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Nesta década, há uma abertura do espaço político para as lideranças do MTSM, as intervenções em hospitais psiquiátricos públicos e privados são crescentes (VASCONCELOS, 2008). Destaca-se o surgimento do primeiro CAPS do país, em 1987, e a experiência de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, no ano de 1989, tal intervenção foi emblemática para o processo nacional da RP, pois demonstrou a viabilidade da construção de uma rede de cuidados que fosse substituída ao hospício (BRASIL, 2005c). Mostrou-se, assim, que os ideais do movimento da Reforma Psiquiátrica e o lema do II Congresso Nacional do MTSM (ocorrido em 1987), “Por uma sociedade sem manicômios” eram possíveis e executáveis, impulsionando as movimentações públicas e políticas. Com o começo das experiências reformistas no final da década de 90 e a intensa mobilização dos trabalhadores e dos usuários e familiares, se abriu o campo para a expansão e formalização da RP no campo legislativo. Esse complexo e relevante processo, entretanto, esteve sempre voltado para o público adulto.

3.2 A criança brasileira e a saúde mental

Couto e Delgado (2015) apresentam o panorama brasileiro acerca da agenda política construída, ou melhor, não construída, para assistir às crianças com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Os referidos autores apresentam a constatação de que constituímos em nosso país, durante o período do século XX, uma agenda política para

dar conta dos problemas da pobreza e do abandono, em suas superposições com a carência e a delinquência, por meio da institucionalização destas crianças, essencialmente. Diversamente dos processos de institucionalização dos adultos que, sob a marca da loucura, foram enclausurados em hospitais psiquiátricos, as crianças são também institucionalizadas e enclausuradas sob a marca da pobreza. Tal configuração mira, em realidade, a figura do menor – a infância em perigo e perigosa se constitui como alvo destas políticas públicas (COUTO; DELGADO, 2015).

A criança como menor surge como parte do incremento dos processos de urbanização e industrialização, de modo a aprofundar as transformações situadas na seção anterior, concomitante à intensificação da pobreza. Podemos perceber aí a entrada do atravessamento jurídico constituindo este sujeito já marcado pela medicina. Passeti (2010) situa que ainda anterior à elaboração do primeiro Código de Menores, o governo do Estado já se voltava para as questões do abandono e delinquência, com o Decreto 16.272, de 1923, que regulava a proteção às crianças abandonadas e delinquentes, reconhecendo a situação de pobreza como geradora destas situações e sujeitos. Com o Código de Menores de 1927, “o Estado escolhe educar pelo medo” (PASSETI, 2010, p. 309) ao eleger as políticas de internação como o caminho para o ‘cuidado’ e ‘proteção’ das crianças abandonadas e infratoras. Com a Política Nacional de Bem-Estar do Menor e o Código de Menores de 1979, adotou-se uma metodologia baseada no conhecimento biopsicossocial que considerasse todas as condições intervenientes na vida das crianças e adolescentes (PASSETI, 2010). Questiono-me se não seria esta uma atualização, com novas roupagens, da higiene médica do século XIX, considerando, conforme refere Passeti (2010), que se pretendia, com esta nova política, modificar o comportamento destes sujeitos pela educação em reclusão, tendo como objetivo último formar um indivíduo para a vida em sociedade. Couto e Delgado (2015) esclarecem que com ambos Códigos de Menores se consolidou o binômio carência/delinquência, superpondo-se o ato infracional e o abandono, sendo esta a marca do Modelo Tutelar de Justiça Juvenil.

Então, o que temos em termos de políticas sociais voltadas para a criança em nosso país, durante grande parte do período do século XX, se configura como uma política voltada para a figura do menor, de maneira que, a partir dos atravessamentos jurídico e médico, se criminaliza a pobreza. Passeti (2010) pontua que este projeto trazido pelo paradigma biopsicossocial do Código de Menores de 1979 não foi efetivo em diminuir a cultura de

violência, como se pretendia, mas foi efetivo apenas em estigmatizar crianças e jovens moradores das periferias como “menores perigosos”. Incrementam-se os processos de segregação social e racial, desta forma, sem se construir, de fato, uma política social que se ocupasse de cuidar dos sofrimentos psíquicos das crianças e da permanente condição socioeconômica desigual.

Ainda na tentativa de mapeamento das linhas constituintes do cenário brasileiro, Lobo (2015) nos auxilia com seu trabalho, ao realizar uma genealogia da figura da criança anormal, no Brasil, mostrando, a partir da leitura de “O Poder Psiquiátrico”, de Michel Foucault, que a constituição de um saber psiquiátrico sobre a infância não se deu a partir da criança louca, mas sim pelo personagem da criança imbecil. A autora traça um panorama dos estudos e pesquisas da época (meados do século XIX e ainda início do século XX) que se esforçavam por diferenciar o louco do idiota, débil mental e/ou imbecil, é importante pontuar esta necessidade de diferenciação, uma vez que Lobo (2015) analisa que havia também um esforço de confirmação de que não haveria loucura na infância, considerava-se que a idiotia fosse uma fase inicial da vida ou que as crianças estivessem em maior risco de desenvolver tal condição. A psiquiatrização da infância passa, então, pela educação primeiramente, ao se ocupar dessas crianças consideradas idiotas e de sua educação.

Lobo (2015) ressalta a ideia de que as figuras das anormalidades infantis emergiram pela justificativa da “prevenção e controle do fardo e perigo social” (p. 201), de maneira que podemos perceber uma conexão entre os processos de criminalização da pobreza descritos antes. Acrescenta-se, ao cenário traçado antes, a incidência de um saber psiquiátrico, em sua imbricação com a educação e a pedagogia. A autora (LOBO, 2015) consegue esboçar uma continuidade destes processos analisados por ela, de início do século XX e metade do XIX, com o momento contemporâneo. Lobo (2015) enxerga uma continuidade de um afã classificatório – já presente nos séculos passados, com a monstruosa necessidade de categorizar as numerosas anormalidades infantis –, na prática atual da psiquiatria infantil, em especial acerca dos casos intermediários ou fronteiriços da normalidade, como é o caso, por exemplo, dos transtornos de aprendizagem, sendo o atual transtorno de déficit de atenção e hiperatividade um destes que se desdobram em um sem fim de subcategorias.

Descortina-se, nas últimas décadas, a possibilidade de construirmos um novo cenário para o cuidado da saúde mental da criança que possa se basear na concepção da criança

como efetivamente um sujeito e não mais em um lugar objetual. Em realidade, aí se coloca um de nossos atuais desafios, operar nossas políticas públicas considerando a criança um sujeito. As condições que possibilitaram tal mudança no lugar da criança se devem à inauguração de um novo modelo da matriz de leitura de nosso Estado, perante os problemas da criança (COUTO; DELGADO, 2015), a partir, principalmente, da promulgação da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que adota a Doutrina da Proteção Integral (BRASIL, 2010a).

Os processos da Reforma Psiquiátrica apresentam uma defasagem no que diz respeito à criança e ao adolescente, pois, como Couto e Delgado (2015) nos situam, tais processos significaram a superação da ausência total de projetos de cuidado e da desassistência. A questão da saúde mental da criança e do adolescente como uma questão relevante para as políticas públicas de maneira mais contundente na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual indica fortemente em seu relatório final a necessidade da criação e do fortalecimento de uma rede de atenção de atenção integral à criança e ao adolescente, assim como sugere a criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, apontando este como um foco prioritário para as discussões daquele ano (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A III CNSM também pode ser considerada um marco importante para a saúde mental infantil, pois a partir dela se instituiu a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com a promulgação da Portaria MS/GM Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, considerando a necessidade de ampliação da rede assistencial e a alta prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes (Brasil, 2014). As recomendações e relatórios oriundos das reuniões deste Fórum trouxeram pistas importantes para a elaboração das diretrizes de uma Política de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, assim como focou algumas questões mais problemáticas deste campo, como, por exemplo, a institucionalização de crianças e adolescentes em abrigos, em medidas socioeducativas e em instituições psiquiátricas. Devemos também ressaltar a importância da Portaria GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 que define e estabelece as diretrizes para a implantação e funcionamento do CAPS, estabelecendo o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi), estabelecendo-se pela primeira vez, desta forma, um serviço de atenção psicossocial voltada para o público infanto-juvenil. Contamos atualmente com 201 CAPSi no território brasileiro,

segundo dados de 2014 (BRASIL, 2015), um número ainda incipiente, mesmo ao considerarmos que a maioria dos municípios brasileiros não são elegíveis para a implantação deste serviço, de acordo com os critérios populacionais da Portaria GM Nº336, atualizados pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro, de 2011 – indica-se a implantação do CAPSi para municípios com população acima de cinquenta mil habitantes. Neste sentido, igualmente, a Portaria Nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é relevante base legislativa uma vez que organiza a rede, apontando todos os equipamentos do setor que são parte constituinte desta rede; da mesma maneira, a referida Portaria traz como objetivo específico a promoção de cuidados em saúde para grupos mais vulneráveis, sendo as crianças consideradas um destes grupos (BRASIL, 2013b).

Precisamos avançar muito ainda no que diz respeito à construção de uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, no entanto, já podemos afirmar que temos as bases necessárias para tanto. As indicações das reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2014) e da publicação “Caminhos Para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil” (BRASIL, 2005a) já constituem alguns princípios básicos que necessitamos para ordenar esta política pública e as ações de cuidado que dispensamos; a intersetorialidade é ponto essencial e ao mesmo tempo nevrálgico para esta política, nevrálgico por sua complexidade ao envolver diversos setores, ainda assim se configura essencial, uma vez que a vida das crianças e adolescentes é atravessada por serviços de diferentes setores que acabam por poderem constituir-se como importantes espaços de cuidado, independentemente da natureza de seu objetivo – por exemplo, a escola poderia se constituir como um espaço essencial de cuidado para uma criança. A construção permanente da rede, incluindo no cuidado o trabalho de outros serviços dos territórios, tal princípio se encontra imbricado com a própria Intersetorialidade; de modo semelhante, o território, considerado como “o lugar psicossocial do sujeito” (BRASIL, 2005a), está conectado com a construção da rede e a intersetorialidade. O acolhimento universal como um princípio garante que a demanda do sujeito seja acolhida, independente do serviço que for, mesmo que o atendimento não se efetue nele, de maneira a se legitimar a busca por atendimento, o que já se configura como uma ação de cuidado. O encaminhamento implicado consiste na efetiva responsabilização pelo encaminhamento, de maneira que se acompanhe o sujeito até seu novo destino. E, como um princípio fundamental para a construção de uma Política de Atenção à Saúde Mental

Infanto-Juvenil, se encontra a noção de que a criança ou adolescente que está buscando o cuidado é um sujeito, como colocado anteriormente, sujeito com direito ao cuidado, de maneira que devemos reconhecer seu sofrimento como próprio, em sua singularidade. (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2014)

A afirmação de que a criança e o adolescente devem ser considerados como sujeitos não é leviana, é justamente isto que poderá possibilitar a efetiva construção de uma rede, uma política, um cuidado que possa diferir radicalmente do que viemos oferecendo ao público infanto-juvenil nos últimos séculos. Lobo (2015) aponta o esforço dos médicos psiquiatras dos séculos passados em provar, em estabelecer que a criança não estaria passível à loucura, mostrando como viemos construindo nosso imaginário social e cultural apartando a criança deste enigma da loucura, de maneira que, como pontua Couto (2004), precisamos operar a desconstrução deste “mal-entendido da saúde mental” de que a criança também sofre e adocece. Considerar a criança como sujeito implica que ela possa se responsabilizar como tal, inclusive se responsabilizar por seu sofrimento e sua demanda de saúde mental (COUTO, 2004; BRASIL, 2005a).

4. ATENÇÃO BÁSICA

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, se configura como uma das principais referências para a construção de nosso Sistema de Saúde, em suas primeiras experiências de serviços municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), definindo algumas das bases sobre as quais se assentam a Atenção Básica no Brasil. Logo de início explicitaremos sobre a escolha por Atenção Básica, em detrimento de Atenção Primária à Saúde (APS). O termo Atenção Básica passou a ser empregado no contexto brasileiro no momento do processo de implantação do SUS, substituindo o termo Atenção Primária à Saúde devido ao contexto histórico internacional que estava tomado pelas propostas do FMI e Banco Mundial, nos países latino-americanos, que colocavam ênfase em programas de APS seletivos e focalizados – foco apenas na população pobre (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A escolha do emprego do termo Atenção Básica se constitui como um posicionamento e afirmação política em favor da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado e não como uma moeda de troca a ser regulada por órgãos monetários internacionais. Ainda assim, empregaremos o termo APS na descrição e apresentação de alguns fatores e

características fundamentais que constituem a Atenção Básica. Retomando algumas das definições essenciais trazidas pela Conferência de Alma-Ata, coloca-se ênfase sobre a responsabilização dos governos sobre a saúde dos povos por meio de ações sobre as questões sociais que influenciam na saúde, reiterando-a como um direito humano (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Difunde-se a noção de que, como função da Atenção Primária à Saúde, se encontra a promoção da integralidade e a acessibilidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Pontua-se a participação da comunidade como precípuo fator da APS, conformando uma composição de saberes na qual se valorizam saberes para além dos saberes biomédicos, como um contraponto ao elitismo médico (GIOVANELLA; MEDONÇA, 2012). Starfield (2002) ressalta algumas características principais que percebemos como concretizadas em nossos Sistema de Saúde, sejam elas: espaço de primeiro contato, longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação da atenção, orientação para a comunidade e centralidade na família.

A Atenção Básica construída com o Sistema Único de Saúde assentada nos princípios acima citados, se configura como tal especialmente pela implantação dos programas Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes estratégicos para a consolidação do SUS e para a ampliação da capacidade de agência sobre os determinantes gerais do processo de saúde-doença da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Organiza-se a partir de seu território adstrito, sobre o qual deve planejar e programar ações a fim de atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, construindo relações de vínculo e responsabilização para com a comunidade, de modo a se promover a participação desta (BRASIL, 2012). De acordo com alguns dos princípios estabelecidos em Alma-Ata, as funções da Atenção Básica no SUS são a ordenação de redes, a coordenação do cuidado e ser base e resolutive (BRASIL, 2012).

5. METODOLOGIA

Nosso aporte teórico-metodológico se situa na Análise Institucional. Embora muitas vezes possamos nos referir à Análise Institucional como uma corrente teórica única, em realidade deveríamos nos referir ao Movimento Institucionalista como abarcando e integrando diversas correntes teóricas e práticas, dentre as quais encontramos a Socioanálise e a Esquizoanálise, correntes estas nas quais nos assentamos para construir

nossa compreensão de mundo. Mesmo que tenhamos marcado esta separação desta seção como “Metodologia”, não a percebemos como descolada de nosso aporte teórico. Parece-nos relevante pontuar isso, pois a pesquisa-intervenção possui uma dimensão política essencial e fundante da própria proposta desta como uma metodologia, Amador, Lazzarotto e Santos (2015) a situam como “estratégia de produção de conhecimento combativo ao modelo do projeto moderno de ciência”. Trataremos aqui de práticas metodológicas que estão intimamente imbricadas com as construções teóricas da Análise Institucional e, como já explicitado por L’Abbate (2012), a articulação entre teoria e prática é uma marca fundamental da Análise Institucional.

Exploraremos alguns conceitos e entendimentos básicos do institucionalismo francês, pois precisaremos destes para que, em seguida, possamos tratar da pesquisa-intervenção. A sociedade é compreendida como um tecido de instituições, configurando a maneira organizada da sociedade humana, conforme nos apresenta Baremlitt (2002) – pontuando, este, que não está considerando as diferenças entre as diversas correntes do movimento institucionalista. As instituições são composições lógicas que regulam as atividades humanas, posicionando-se valorativamente acerca dessas (BAREMLITT, 2002), elas formam a trama social unindo e atravessando os sujeitos (ALTOÉ, 2004). Para fins explicativos, tomaremos nossa língua portuguesa como um exemplo de instituição, à semelhança do exemplo dado pelo próprio Baremlitt (2002). A língua portuguesa é organizada por uma série de regras e normas que regulam a forma correta ou incorreta de nos expressarmos, inclusive com acordos internacionais modificando-a com o intuito de uniformizá-la para todos os países falantes do português (Novo acordo Ortográfico da Língua Portuguesa). Temos as regras descritas nos livros de gramática que regulam a norma culta e também temos o falar coloquial com suas outras regras não escritas ou explícitas e podemos ser compreendidos e nos expressarmos seguindo de um modo ou de outro. Entretanto, se sobrepormos essa instituição com a instituição da universidade, haverá espaço apenas para a norma culta da língua portuguesa, independente do fator compreensão. Operamos essas separações meramente com fins didáticos, para facilitar o entendimento do leitor, pois, mesmo que toda análise tenha seus limites, se analisarmos as instituições apenas ‘individualmente’ estaremos incorrendo no erro de simplificar uma realidade complexa e intrincada. Lourau (1993) destaca a instituição como um espectro invisível que está sempre presente e pontua seu aspecto dinâmico. As instituições englobam os movimentos que as produzem que são os

instituintes e também os resultados desses movimentos, os instituídos (BAREMBLITT, 2002). Embora seja recorrente na Psicologia Social privilegiar-se o instituinte, em detrimento do instituído, operando-se uma dicotomia valorativa em que o instituinte é considerado o bom e o revolucionário e o instituído é considerado o mau e o reacionário, não devemos tomá-los por esta perspectiva. O próprio Lourau (ALTOÉ, 2004) alerta que essa oposição entre instituinte e instituído acaba por mascarar a articulação desses com a instituição e o processo de institucionalização, o processo instituinte tende a criar instituições ou a transformá-las enquanto que o instituído tende a permanecer estagnado, porém o instituído cumpre papel histórico essencial ao “ordenar as atividades sociais para a vida coletiva” (BAREMBLITT, 2002, p. 157). Podemos, assim, afirmar que o instituído e o instituinte são iminentes às instituições.

A pesquisa-intervenção é um modo de fazer pesquisa que pretende constituir-se como um dispositivo de transformação da realidade, assim como de transformação dos próprios modos de se fazer pesquisa e de se produzir conhecimentos (ROCHA; AGUIAR, 2007; BARROS; CÉSAR, 2015). A Análise Institucional possibilita essas transformações ao desenvolver um conjunto de ferramentas e conceitos não apenas para a análise das instituições, mas para a intervenção nessas (L’ABBATE, 2003) e também por não efetuar uma separação entre o momento da construção do conhecimento da pesquisa e a prática em si da pesquisa (LOURAU, 1993). Ao tratar da ideia de intervenção, Lourau (1993) afirma que o pesquisador seria técnico e praticante da intervenção. A intervenção consiste na criação de um dispositivo de análise coletiva do social (LOURAU, 1993; MONCEAU, 2005; AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015). Lourau (1993: 30) elucida esse dispositivo de maneira simples ao sintetizá-lo como “[...] analisar coletivamente uma situação coletiva” e passa a focar na Assembleia Geral como um exemplo. As transformações da realidade e dos modos de produzir pesquisa e conhecimento que citamos acima ocorrem a partir desses dispositivos de análise coletiva, uma vez que eles fazem ver e falar as instituições (MONCEAU, 2005), provocando a desestabilização do instituído (MARASCHIN, 2004; AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015). Trocando “em miúdos”, as situações coletivas vivenciadas por aquele grupo em questão são trazidas à luz com a ajuda de um terceiro, uma ou mais pessoas de fora daquele grupo (os/as pesquisadores/as), situações coletivas essas que dizem a respeito das instituições pelas quais a existência daquele grupo passa (LOURAU, 1993). Essa análise se realiza por meio dos analisadores que são o que faz

emergir o invisível da instituição (LOURAU, 1993), eles podem tomar as mais diversas formas/formatos, sendo uma fala, um atraso, um escrito, o cancelamento de uma reunião, uma mudança de horário. Baremlitt (2002) traz a diferenciação entre os analisadores construídos que seriam aqueles introduzidos pelos pesquisadores/analistas e os analisadores históricos, também chamados de espontâneos, que emergem a partir dos arranjos que se configuram naquele campo de intervenção em específico, naquele dado momento.

Retomando a ênfase de Lourau (1993) na dimensão da prática da pesquisa, parte-se do entendimento de que o conhecimento da pesquisa se produz em um campo de intervenção, a aposta está em um posicionamento diferenciado do pesquisador, em contraponto a uma noção de ciência como produção de conhecimento que se realiza de maneira objetiva, considerando-se pretensamente neutra (LOURAU, 1993). O referido posicionamento diferenciado já se encontra presente no modo como o próprio Lourau (1993) explicava a Análise Institucional, em sua passagem pela UERJ, trazendo que esta trabalha a contradição e assim o faz partindo de seu próprio campo de coerência, isto é, colocando em discussão e problematizando as próprias noções e conceitos propostos pelo Movimento Institucionalista. Considerando a noção de instituição e de sociedade referidas acima, precisamos nos comprometer, a fim de nos mantermos em um campo de coerências, com uma permanente análise das implicações que se sucedem por estes atravessamentos das instituições que compõem o tecido social no qual nos inserimos. A análise de implicações é mais uma das ferramentas essenciais para a realização da pesquisa-intervenção, Rocha (2006) e Rocha e Aguiar (2007) destacam que, com isso, busca-se visibilizar as relações que temos com as instituições que se atualizam na intervenção, configura-se como uma “análise dos “lugares” que ocupamos, ativamente, neste mundo” (LOURAU, 1993, p. 14). Uma confusão comum que se instala ao se tratar de análise de implicações, trata-se de parte do próprio processo de intervenção que, inclusive, precisa ser realizada no momento da intervenção, entre pesquisadores e participantes (LOURAU, 1993). Com isto, se compreende a afirmação de Paulon e Romagnoli (2010) de que a pesquisa-intervenção se define primordialmente a partir do lugar que o pesquisador ocupa nos jogos de saber-poder e não somente pela técnica ou campo de intervenção.

A constituição de um campo de análise se coloca como um passo inicial para um trabalho em análise institucional (ROCHA, 2006) e igualmente para uma pesquisa-

intervenção. Lourau (1993) enfatiza que o campo de análise e o campo de intervenção não se confundem, o campo de análise implica um processo de compreensão de certo recorte delimitado do social (BAREMBLITT, 2002), que estará circunscrito ao campo de intervenção. Lourau (1993) sugere utilizarmos a instituição como um campo de análise, a instituição como um artifício para compreendermos o que se passa neste recorte que elegemos para intervir, ou que entendemos como incidindo no campo de intervenção no qual iremos trabalhar. Ajuda-nos a pensar no campo de análise o conceito de macropolítica, como se a construção do campo de análise consistisse na investigação e mapeamento desta análise macropolítica. Ferreira Neto (2015) oferece uma pista importante, neste sentido, de operarmos de forma articulada a macro e a micropolítica, no campo das políticas públicas. A macropolítica pode ser entendida como uma dimensão da realidade que funciona no plano das formas, configurando as diversas organizações da sociedade, de maneira que se caracteriza por uma certa inflexibilidade e formatação; entretanto, a macropolítica não pode ser compreendida sem se pressupor também a micropolítica, pois estas segmentaridades são imanentes, ou seja, são inseparáveis, forjam-se mutuamente. Enquanto a micropolítica opera por meio do detalhe, no campo das forças e das intensidades, a macropolítica opera por meio de macro decisões (FERREIRA NETO, 2015). Procuramos fazer esta construção, nos capítulos anteriores deste texto, do campo de análise neste estudo ao mapear as linhas que vão incidindo no campo de intervenção deste encontro de atenção básica e saúde mental da criança, mapeando os aspectos históricos e sociais que foram operando, considerando que a instituição vai se construindo na/em história e no/em tempo (LOURAU, 1993).

Partindo desta pista de Ferreira Neto (2015), de operar no campo das políticas públicas a articulação micro e macropolítica, focamos o campo de intervenção, espaço no qual poderá acontecer esta articulação, espaço privilegiado do acontecer micropolítico – no qual igualmente opera a macropolítica. Retomando nossa noção anterior, de que a pesquisa-intervenção se pretende transformadora da realidade, ao produzir conhecimento, Rocha e Aguiar (2007) expõem uma definição possível da pesquisa-intervenção como “uma tendência nas pesquisas participativas que vem assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico e micropolítico na experiência social”. A intervenção da pesquisa-intervenção ocorre nesta dimensão micropolítica, nossa

intervenção irá incidir neste acontecer micropolítico do espaço de trabalho da atenção básica.

Esta transformação se possibilita também a partir de um dos principais conceitos operadores da análise institucional que é a restituição. Facilmente, podemos confundir este conceito de restituição com a ideia de devolução de uma pesquisa, e tal confusão não poderia estar mais equivocada. Para a Análise Institucional, a restituição é uma operação concreta e implicada, sendo parte constituinte da intervenção e operada ao longo do processo, não sendo uma etapa posterior (LOURAU, 1993), não se constituindo em uma concessão que fazemos aos participantes (AMADOR; LAZZAROTTO; SANTOS, 2015). Restituir é considerado como este ato de enunciar acontecimentos que geralmente não são falados acerca dos aspectos que envolvem a intervenção e, da mesma forma, enunciar sobre o saber que foi produzido a partir do trabalho com aquelas pessoas com as quais realizamos a intervenção (LOURAU, 1993). De acordo com Monceau (2005), a prática da restituição possibilita o aprofundamento das análises ou o retorno dessas, de modo que se torna possível a reconsideração da orientação da intervenção que vinha se propondo, pressupondo que efetua-se a restituição no processo da intervenção.

Compreendemos que o processo da restituição se apresenta como responsabilidade ética do pesquisador para com os sujeitos participantes da pesquisa-intervenção, uma vez que os tomamos como colaboradores e nos preocupamos em garantir uma efetiva contribuição de nossa intervenção para o grupo pesquisado (RIBEIRO et. al., 2016). Da mesma forma, Jobim e Souza e Carvalho (2016), ao discutirem o compromisso do pesquisador com o discurso do outro em seu texto, apontam para uma responsabilidade e compromisso mútuo que devemos assumir: entre pesquisador e os sujeitos e entre pesquisador e o conhecimento gerado.

5.1 Detalhamento dos Procedimentos

Previamente à intervenção, foram seguidos os trâmites necessários para assegurar a ética da pesquisa em questão. Assim, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em

Pesquisas ⁴ do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e está em consonância com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, referente à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Realizamos quatro encontros de grupos focais com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um encontro para a restituição da análise parcial dos dados, ocorridos em horário de reunião de equipe, contando com a participação daqueles que haviam expressado seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁵. A equipe de ESF em questão é composta por duas equipes de ESF, de acordo com os critérios de composição de acordo com a política. O total de profissionais que concordou em participar e assim o fizeram foi de 13 pessoas. A equipe pesquisadora foi composta pela mestranda em questão e por uma estudante de graduação bolsista de iniciação científica. A duração dos grupos foi de aproximadamente cinquenta minutos, sendo realizada a gravação destes.

Lançamos mão do grupo-focal como uma ferramenta para a construção da discussão de nossa questão de pesquisa, expressa enquanto objetivo geral. O grupo focal é considerado uma técnica que busca coletar informações acerca de um tema específico, ao reunir um grupo de pessoas pré-selecionadas, a partir de critérios estabelecidos pelo pesquisador, durante certo período (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). A coleta das informações ocorre a partir do debate entre os participantes e com o pesquisador, se enfatiza a interação entre as pessoas participantes como a base para se obter as informações necessárias (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; TRAD, 2009). Trad (2009) classifica esta técnica como ocupando uma posição intermediária entre a observação participante e a entrevista em profundidade. Apesar desta técnica haver se originado no campo das ciências sociais, teve maior penetração e impulso no campo das pesquisas de mercado e marketing, sendo posteriormente incorporada,

⁴ CAEE Nº 61219916.6.0000.5334

⁵ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está na seção de Apêndices, Apêndice A.

novamente, a pesquisas das ciências sociais, em princípio no campo político (CRUZ NETO, MOREIRA; SUCENA, 2002). Já em pesquisas do campo da saúde pública, a técnica do grupo-focal passa a ser utilizada a partir de metade da década de 80 (TRAD, 2009).

5.2 Os caminhos da pesquisa

Nosso primeiro passo no sentido de constituir um campo de intervenção foi realizar contato com a seção da Atenção Básica, no espaço da gestão da Secretaria de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), mediadas pelo contato que gentilmente nos foi oferecido por uma professora que compôs a banca de qualificação. Desta maneira, chegamos até o território da gerência de saúde do bairro Restinga, no extremo-sul da cidade. De acordo com a representante da gestão que nos recebeu, esta seria a área mais indicada para a nossa pesquisa por ser uma das regiões da cidade a apresentar uma demanda mais relevante e volumosa, referente ao público infantil. Contribuiu para a nossa escolha por essa região, o fato de essa ser uma gerência pouca assistida pela cobertura da rede de saúde mental da cidade, devido à distância desta em relação aos serviços que são sua referência – o CAPSi Casa Harmonia e o CAPS II Cais Mental Centro.

A cidade de Porto Alegre é assistida pelas universidades que a compõem através de uma divisão em distritos docente-assistenciais e nossa universidade, UFRGS, tem como seu distrito a região da Glória-Cruzeiro-Cristal e Centro. Este também é um ponto interessante de ser trazido, porque o território da Restinga é também pouco assistido e acompanhado nesse sentido, conforme nos informou a representante da gestão da AB, sendo bastante recente a entrada de uma Faculdade no território. Assim, foi necessário que nos desterritorializássemos de nossas referências habituais e fôssemos onde nos foi indicado como existindo a demanda.

Seguindo as pistas fornecidas pela nossa interlocutora da gestão, entramos em contato com a Equipe Especializada na Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) da Restinga, a qual nos recebeu para uma reunião. Com esta reunião, pudemos entrar em

contato com algumas das idiossincrasias do território em suas demandas de saúde mental e saúde em geral e do funcionamento e organização da rede que ali se consolida. A equipe do EESCA já nos forneceu algumas sugestões de equipes de Estratégia de Saúde da Família que avaliavam que poderiam acolher nossa pesquisa. Fomos convidadas a participar da reunião da RAPS Distrital⁶ que ocorreria no dia seguinte, para apresentar nossa proposta de pesquisa, apostando que haveria com a presença de representantes de algumas ESFs.

Esse foi nosso último passo na constituição de um campo de intervenção. A apresentação de nossa proposta de pesquisa suscitou um debate que versou, basicamente, sobre o Plano Municipal de Saúde e suas diretrizes prioritárias. Nesta reunião da RAPS, conhecemos uma Agente Comunitária de Saúde que compunha a ESF com a qual formamos nossa parceria para a pesquisa. Já fui cativada naquela mesma reunião, ao ouvir seu relato sobre o projeto do Agente Comunitário Mirim que foi implementado por esta equipe⁷ e assim, após o término da reunião, já tínhamos uma combinação de que a ACS levaria nossa proposta para a coordenação da ESF e entraríamos em contato para iniciar o processo de contrato da pesquisa.

Nossa pesquisa acabou sendo viabilizada, pois contamos com a parceria de diferentes atrizes desde nossos primeiros passos, com a mediação da componente de nossa banca de qualificação, contando com a gestão da AB e a equipe do EESCA que de peito aberto nos convidou para a reunião da RAPS. E com a própria equipe da ESF não foi diferente, tivemos todo o apoio necessário da coordenadora da equipe e dos demais profissionais desta para que a realização dos encontros fosse possível. A coordenadora nos recebeu com toda a delicadeza e preocupação necessárias para se avaliar e mediar com a equipe pela qual ela era responsável a possibilidade de se efetuar tal pesquisa. Não podemos desprezar o crucial papel que os afetos exercem na elaboração e realização de uma pesquisa. Não nos enganamos acreditando que a subjetividade das pesquisadoras e das participantes da pesquisa não estão em jogo na prática do pesquisar, apostamos, inclusive, que é a própria subjetividade em sua dimensão relacional e afetiva que movimenta o pesquisar. O que nos levou inicialmente a sermos acolhidas por esta ACS, em específico, foi o interesse dessa em contribuir para a construção e consolidação da

⁶ Os Distritos Sanitários da cidade de Porto Alegre realizam reuniões mensais que contam com a presença dos profissionais da rede de saúde e saúde mental daquele território, para a discussão acerca do funcionamento da RAPS do respectivo Distrito Sanitário.

⁷ Este projeto será descrito e analisado na seção da análise dos dados.

reivindicação do território por um CAPSi que atendesse esse distrito, estando ali localizado. E ao adentrarmos no campo de intervenção, acabamos por acionar outras demandas da equipe, criando pontos de encontro e de divergência entre os nossos interesses como pesquisadoras acadêmicas e os interesses da equipe como profissionais de saúde.

6. OS GRUPOS

Consideramos que a análise de dados não é uma etapa restrita ao momento posterior à intervenção, circunscrita apenas ao momento introspectivo da escrita, realizada apenas pelas mãos que digitam essa escrita. A análise de dados, de fato, vem sendo elaborada desde a intervenção em si. A restituição e a análise das implicações são ferramentas de intervenção, assim como são produtoras de processos que consideramos como dados. Analisaremos o percurso que fomos trilhando durante a realização dos quatro encontros de grupo focal e analisaremos também nosso processo enquanto equipe pesquisadora nos planejamentos dos grupos, nas análises parciais que realizamos ao longo dos encontros, ou seja, nos espaços formados entre os grupos focais. O objetivo é de detalharmos não apenas os procedimentos que concretizamos nesse caminho, mas igualmente de exercermos nosso compromisso ético de explorarmos nossa análise das implicações e explicitar os processos de restituição que conseguimos ou tentamos efetivar.

Os grupos focais foram realizados em horário de reunião de equipe, com duração de quarenta e cinco a cinquenta minutos, sendo gravados. Entre o primeiro e o segundo grupo tivemos um intervalo de quinze dias, seguindo semanalmente após isso. A partir do segundo grupo, estava acompanhada de uma estudante de graduação de Psicologia, bolsista de iniciação científica. Após cada grupo, fazíamos a escuta da gravação e a transcrição desta. Com o material da transcrição em mãos, realizávamos uma reunião da equipe pesquisadora para um primeiro momento de análise desta produção de dados para que pudéssemos planejar o grupo focal seguinte.

Para o primeiro grupo, preparamos duas perguntas para guiarem e dispararem não apenas a discussão do dia, mas também a própria intervenção em si.

O que vocês entendem por saúde mental na infância?

Quais são as demandas de saúde mental que surgem nos atendimentos?

O objetivo era que pudéssemos estabelecer uma base para a reflexão e o diálogo, ao analisarmos qual o entendimento do grupo, por saúde mental na infância. Da mesma forma, essa segunda pergunta visava disparar uma análise acerca das situações de sofrimento psíquico das crianças desse território. Em nossa análise inicial do primeiro encontro, levantamos alguns pontos que pareciam se configurar como relevantes para serem retomados no grupo seguinte, a fim de restituir aos participantes a breve análise que havíamos elaborado com os dados que havíamos produzido neste primeiro encontro. Fez-se necessária uma escolha, considerando o limite da duração do grupo e do número de encontros que teríamos ao total. A questão escolhida para ser levada e retomada no início do próximo encontro – conforme Lourau (1993) sugere, de reservar o início das reuniões/encontros para a restituição – havia se apresentado aos nossos olhos e ouvidos quase como um tema do primeiro encontro que acabou por permear diversas falas que pareciam tratar de situações diferentes: a comunicação. Tal questão se expressou de forma explícita ao ser referida a dificuldade dos profissionais de se comunicarem com as crianças e também no caso de uma família com duas crianças que, dentre outros problemas, não se comunicavam com as pessoas de fora do contexto familiar através da mesma linguagem que todos utilizamos – mas compreendida pela própria família. A comunicação também perpassou a própria equipe da Unidade em seu desencontro de informações sobre o caso em questão e também seu contato com as escolas e equipe de matriciamento, quase sempre na dimensão da falta, de uma comunicação com ruídos ou de difícil realização. Parecia-nos, desta forma, que a comunicação se constituía como um nó problemático que abarcava não apenas questões referentes aos meandros do trabalho em saúde e do trabalho intersetorial, mas também questões especificamente referentes ao cuidado à saúde mental da criança na AB. Adicionalmente, planejamos instigar uma discussão e reflexão a respeito das práticas de cuidado dirigidas às crianças, a partir das seguintes perguntas:

Como vocês atendem as crianças do território que tenham alguma demanda de saúde mental? Especificamos que a pergunta não se restringia aos atendimentos agendados especificamente por estas demandas.

E no caso das crianças que não têm nenhuma demanda de saúde mental, como vocês as atendem?

Curiosamente (ou não), a repercussão de quando apresentamos a análise parcial a respeito da comunicação foi não apenas lacônica, mas os momentos que seguiram, já com a proposta de discutir as demais questões, foram inicialmente permeados por silêncios - fato apontado por uma das participantes, inclusive. Inicialmente, esta foi uma leitura desse momento de restituição: fracassamos! Entretanto, já afastadas no tempo e espaço deste segundo grupo focal, temos a lucidez de que não se trata de sucesso e fracasso, mas sim de se analisar o que se produziu com aquela discussão e por que assim teria se produzido. Também temos de lançar mão da análise das nossas implicações em nossa posição de pesquisadoras acadêmicas que, em alguns momentos, acabam por se focar demais na busca e produção de dados que falem diretamente dos objetivos de nossa pesquisa. Apesar de nosso sentimento de fracasso, no momento de realização do grupo, faremos a leitura de que levar novamente a questão da comunicação para os participantes acabou por provocar alguns movimentos e deslocamentos dos participantes. Foi nesse segundo grupo focal que se enunciou, por uma participante, que é preciso que se escute a criança, que se pergunte para ela diretamente como ela se sente e que isso seria algo que acaba não sendo realizado pela equipe. Essa constatação e afirmação se conecta diretamente com a questão levantada no primeiro grupo e retomada em restituição de que eles, enquanto profissionais de saúde, tinham dificuldade de se comunicar com as crianças.

Em reunião de equipe pesquisadora, pela análise parcial dos dados deste segundo grupo, nos chamou a atenção, além dos silêncios e da discussão truncada em alguns momentos, o momento final do grupo. O tema geral desse encontro havia sido, melhor dizendo, como que se atendiam as crianças, como se lidava com elas no cotidiano do fazer daquela equipe. Aproximando-se da finalização do encontro, se sucede uma discussão que, em princípio, poderia ser considerada como afastando-se do objetivo do grupo focal. Algumas participantes passam a falar sobre suas experiências como mães, realizando uma comparação com suas experiências como filhas e as práticas de cuidado de seus familiares cuidadores e das próprias práticas de cuidado que elas realizam. Em vários outros momentos desse encontro, foi dito que não se conversava com a criança que, apesar de atender-se a criança, dirigiam-se aos cuidadores e que não se sabia como proceder nesse atendimento. Estabelecemos uma ligação, em nossa análise parcial, entre aquela discussão aparentemente 'fora de foco', com a explicitação dessas inseguranças e incertezas da equipe. Permeando as discussões, desde o primeiro encontro, também se

encontrava um discurso de incapacidade da equipe em lidar e atender crianças em sofrimento psíquico. Assim, já não nos parecem mais surpreendentes os silêncios ou as respostas lacônicas e também não nos parece estar fora de foco a discussão das práticas de cuidados das profissionais em suas famílias, pois estas acabam se transformando na referência, para esses profissionais, para se realizarem um cuidado com as crianças que necessitam de seu acompanhamento enquanto ESF. A equipe se percebe como incapacitada para estes atendimentos e acompanhamentos e efetivamente carece de formações em educação permanente ou continuada nesta temática.

Embora reconheçamos a necessidade e a carência de formações que foquem o cuidado à saúde mental da criança, também compreendemos que o acompanhamento e atendimento de crianças não está exclusivamente atrelado a um saber especializado nesse sentido. Inclusive, entendemos que a própria equipe de ESF possui referências e diretrizes que possam auxiliá-la nesse sentido, de modo que esses profissionais já o fazem, mesmo que não o reconheçam. Então, o planejamento para o terceiro grupo partiu dessas análises. Escolhemos resgatar as referências para o cuidado à saúde mental da criança que estão presentes nas políticas públicas já consolidadas, aliando-as a algumas falas dos participantes, retiradas do segundo encontro.

Confeccionamos oito cartões de papel cartaz colorido, nos quais constavam trechos do volume 34 dos Cadernos da Atenção Básica, Saúde Mental (BRASIL, 2013a) e do documento Caminhos Para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil (BRASIL, 2005a) – Apêndice B. Junto com um trecho de uma dessas publicações, estava pareada a transcrição de uma fala dos participantes que ou ilustrava o conteúdo do próprio trecho ou se mostrava em um caminho diverso desse. Em dois cartões, mantivemos apenas o trecho de uma das publicações, a fim de dar destaque para esta.

A partir desse terceiro grupo focal, evidenciaram-se deslocamentos e desestabilizações que podemos considerar como efeitos de nossa intervenção. A proposta de leitura dos cartões proporcionou a possibilidade de reconhecimento. Os participantes se reconheceram não somente em suas falas trazidas pelos cartões, mas também nos trechos escritos das políticas públicas. Dessa maneira, tornou-se perceptível que suas práticas e ações se pautam em um saber já constituído, diferente do entendimento expresso por eles, em muitos momentos, de que não possuiriam formação ou conhecimento para as práticas discutidas. As discussões e reflexões realizadas nos grupos anteriores foram se alastrando para além dos limites dos grupos agendados e

adentraram no cotidiano do serviço em saúde daquela equipe. Os questionamentos realizados em espaço de pesquisa, reverberaram nas práticas de cuidado daqueles profissionais que, nesse terceiro grupo, se mostravam bastante abertos ao diálogo e discussão, trazendo diversos casos acompanhados recentemente. Um clima de confiança se instalara, de modo que os participantes se permitiram colocar suas práticas em questão, disponíveis à contribuição do outro e mesmo esperando esta.

O planejamento para o quarto e último grupo focal mostrou-se uma tarefa árdua, considerando o que foi produzido no terceiro grupo. Descortinavam-se dois eixos de ação possíveis. O primeiro que se descortinava aos nossos olhos se conecta diretamente aos objetivos de nossa pesquisa, tratava de dialogar a respeito das práticas e ações de cuidado à criança que já haviam sido implementadas por aquela equipe de ESF. Após o término do terceiro encontro, quando o gravador havia sido desligado, anunciamos que esse seria o tema do último encontro e no mesmo momento iniciaram alguns breves relatos de ações e atividades já realizadas, inclusive de forma bastante empolgada por algumas participantes. Assim, fomos contagiadas e ansiávamos por conhecer mais sobre essas ações. O segundo eixo de ação se deriva do que se desfiou no terceiro encontro. Como uma das possibilidades para nosso último encontro, planejamos retomar a discussão de alguns dos casos que foram trazidos durante o terceiro encontro. Analisamos tal linha como uma demanda construída a partir de nossa pesquisa-intervenção, constituída como uma demanda por formação. Este, em realidade, não foi o primeiro momento em que havíamos feito a leitura da presença desta demanda, mas este foi sim, o primeiro momento em que nos sentimos compelidas a atender a esta. Escolhemos seguir pela linha de discussão das práticas, na expectativa de que pudessemos construir uma resposta mais adequada à demanda por formação.

Faz-se necessária uma pausa na análise mais detalhada de grupo a grupo para trazer um fato referente ao campo de intervenção que poderia ser considerado como não tendo parte na pesquisa, ou mesmo como algo que interferiu nos processos da pesquisa. A primeira contratação da pesquisa-intervenção, efetuada com a equipe, em sua reunião, consistia na realização quinzenal dos grupos, em horário de reunião de equipe, com duração aproximada de cinquenta minutos. A contratação havia sido feita, considerando a dinâmica das reuniões de equipe: em uma semana, a ESF dispunha de um turno inteiro (quatro horas) para sua reunião, não realizando nenhum atendimento ao público e, na semana seguinte, a reunião tinha a duração de duas horas, havendo atendimento ao

público no restante daquele turno. Assim, os grupos seriam realizados na semana da reunião com quatro horas de duração.

No entanto, no período de mais de um mês entre nosso contrato e a aprovação final do Comitê de Ética e o efetivo início da intervenção, se deu um atravessamento de gestão, operado vertical e antidemocraticamente. A atual gestão de saúde de nosso município compreende que o tempo dedicado à reunião de equipe seria mais bem empregado se os profissionais estivessem em atendimento, ordenando, assim, que as reuniões de equipe tivessem seu tempo reduzido, impondo que toda ESF e UBS realizasse duas reuniões semanais, cada uma com uma hora de duração e uniformizando os dias de reunião para todo o território da cidade. Com essa notícia, fomos recebidas para o primeiro grupo. A equipe desta ESF, entretanto, já estava decidida a resistir a esta mudança, aproveitando a distância de seu território para o centro da cidade, onde se localiza a SMS, e também do fato de ainda não ter ocorrido uma comunicação formal, por parte da gestão, da mudança da dinâmica das reuniões e assim seguiram com suas reuniões de maior duração o quanto puderam. Deste modo, foi proposto que nossa intervenção seguisse semanalmente, valendo-se das reuniões com maior duração.

Porém, na semana do nosso último grupo, a equipe passaria a aderir à nova dinâmica das reuniões. Recebemos a notícia com insegurança, temerosas com a possibilidade de não ser possível a garantia do quarto grupo com a duração que nos parecia necessária e imediatamente passamos a criar estratégias, como fazer contato com a gerência distrital ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS. Contudo, a equipe e sua respectiva coordenação permaneceram tranquilas e garantindo que, mesmo com essa mudança, reservariam uma hora a mais para a realização do último grupo, uma vez que já havíamos estabelecido esse contrato e compromisso. Destacamos essa decisão da equipe como um analisador histórico que emergiu como resultado dos arranjos atuais e nos indica acerca da implicação dos participantes com a pesquisa-intervenção, de seu engajamento e compromisso com a intervenção proposta.

A coordenação do quarto e último grupo focal se mostrou bastante desafiadora. Ao oportunizar um diálogo a respeito de ações que se encontravam em sua maioria em um momento passado da equipe, acabamos acionando processos acerca das relações dos profissionais enquanto colegas de equipe e referentes às relações que esses estabelecem com suas práticas profissionais. Pareceu-nos que se instaurou um sentimento compartilhado de perda ao recordarem das atividades realizadas no passado, em

comparação à situação atual de trabalho. O grupo se desenvolveu de modo a configurar um cenário propício para uma discussão sobre os processos de trabalho da equipe. Esta foi uma discussão não apenas propícia, mas também necessária, a fim de que se pudessem desenrolar os enodamentos que foram se construindo nesse quarto grupo em específico. Formou-se um intrincado nó em volta da questão da não continuidade das atividades e do apoio que os profissionais da equipe ofereciam/oferecem aos seus próprios colegas. Recordamos da seguinte passagem, ao analisar o quarto encontro de grupo focal: “O clima socioanalítico é, por característica, muito tenso” (LOURAU, 1993, p. 32). Houve momentos de dúvida na coordenação do grupo, uma vez que aparentemente a discussão tenha escapado do foco do ‘grupo focal’, porém, com nossos pés assentados na base teórico metodológica da Análise Institucional, sustentamos uma discussão que tomou por objeto os processos de trabalho.

Para a finalização do último grupo, abrimos espaço para que os participantes que desejassem pudessem se manifestar sobre o processo da pesquisa, sobre como foi essa experiência ou também para fazer alguma avaliação. A partir de algumas falas dos participantes nesse momento e também a partir de outras discussões de outros grupos, elaboramos a análise de que nossa pesquisa-intervenção acabou por proporcionar momentos de Educação Permanente em Saúde, durante a intervenção, como um de seus efeitos. Teremos a oportunidade de aprofundar essa questão ao adentrarmos na análise da Linha Pesquisa, na próxima seção do nosso texto.

Por fim, após os quatro encontros de grupo focal, foi agendado um encontro para o que chamamos de restituição da análise parcial de dados. O objetivo deste encontro era apresentar à equipe o que havíamos realizado em termos de análise dos registros, até aquele momento, para que eles pudessem se posicionar acerca de nossas elaborações e contribuíssem para a construção da própria análise. O encontro foi agendado para após mais de um mês do término dos grupos focais, conforme havíamos acordado com a equipe. Esse tempo foi necessário para que pudéssemos nos debruçar sobre as gravações e transcrições. Realizamos uma escuta com a atenção concentrada e aberta, inspiradas por Kastrup (2007), buscando acompanhar as linhas que iam se compondo nos grupos e construindo sentidos e análises a partir dessas e das relações que estabeleciam entre si. Optamos por elaborar um texto curto com os pontos principais do que havíamos construído como análise parcial dos dados para enviar por escrito para a equipe participante, antes da reunião de restituição. Tal decisão considerou o tempo reduzido

dessa reunião, em relação aos grupos focais, devido à mudança das reuniões de equipe – àquela altura, já institucionalizada no cotidiano da equipe. O texto se encontra no Apêndice 2. A ideia de enviar o texto anteriormente contava com a possibilidade de os participantes entrarem em contato com as análises produzidas de modo que, até o momento da reunião, houvesse um tempo para a reflexão sobre o texto e mesmo para uma discussão anterior dos participantes entre si.

Aparentemente, o texto foi capaz de provocar efeitos e movimentos nos participantes, embora não seja tão simples de diferenciar o que seriam os efeitos da intervenção em si, dos efeitos do texto de restituição. Abordamos três pontos principais no texto, da figura da criança como gerando dúvidas e anseios, ao não ser considerada *a priori* como um sujeito a ser escutado durante as ações de cuidado. Também causa estranhamento o modo como algumas crianças se colocam, de forma mais autônoma e livre, que também parece estar presente para os familiares/cuidadores, provocando impasses ao se considerar as diferenças geracionais, impasses tanto nos modos de os familiares cuidarem das crianças, quanto para os profissionais as cuidarem como profissionais de saúde. Traçamos uma relação desse impasse dos profissionais com a percepção acentuada que esses têm de não possuírem a capacitação necessária para atender às demandas e situações de saúde mental das crianças. Reconhecemos em parte, essa falta de formação e educação permanente, uma vez que as formações em saúde dificilmente abordam esse tema, assim como a equipe acaba por encontrar-se solitária pelo pouco apoio da rede intra e intersetorial. Dessa forma, os profissionais recorrem aos conhecimentos construídos em suas experiências de vida, como sujeitos cuidadores e também como sujeitos que foram cuidados. Com o pouco apoio percebido pela rede de saúde, a equipe acabou por construir o que consideramos uma rede interna para a construção de ações de saúde voltadas para a infância. Finalizamos o texto destacando as ações desenvolvidas, em toda a sua potencialidade e inovação. Sucintamente, esse é o conteúdo que foi apresentado como análise parcial dos dados.

O texto foi lido por vários dos participantes, inclusive por membros da equipe que haviam ingressado nesta após a conclusão dos grupos focais. Destacamos dois efeitos, em especial, desta reunião e do texto. O primeiro diz respeito à possibilidade que a equipe teve de olhar para si mesma e para as suas produções enquanto equipe cuidadora e promotora de saúde, reconhecendo as ações já implementadas, algumas até mesmo premiadas, e percebendo que possui as capacidades e os conhecimentos necessários para

a realização do cuidado em saúde mental de crianças. Outro efeito se refere à motivação dos profissionais para retomarem algumas dessas ações que não estão mais sendo realizadas e também em criar novas ações, aproveitando de maneira criativa os recursos que apresentam no momento. Estaríamos incorrendo na omissão se não trouxéssemos aqui neste texto nossos sentimentos de satisfação e alegria com este encontro pela possibilidade de os efeitos de nossa pesquisa-intervenção se estenderem para os usuários através da proposição de novas (ou antigas) ações – além dos efeitos já percebidos nas mudanças das práticas cotidianas de atendimento. Esses sentimentos não provêm de vaidade pessoal ou acadêmica, mas esses sentimentos emergem da nossa certeza de que como pesquisadoras precisamos estar comprometidas com a ação de transformação social (MONCEAU, 2005) e também de nosso entendimento da aposta do Movimento Institucionalista nas mudanças microscópicas e locais, por esperar que estas gerem mudanças mais generalizadas (BAREMBLITT, 2002).

7. UMA COMPOSIÇÃO DE LINHAS

Pretendemos agora costurar as linhas que vieram tomando forma com as discussões, debates e diálogos realizados nos grupos focais. Lidamos também com uma outra dimensão da análise de dados que não se esgota nessa dimensão processual, Jobim e Souza e Carvalho (2016) afirmam que no processo de pesquisar criamos “estabilizações do mundo”, elaboramos entendimentos provisórios e estes tomam (mesmo que não exclusivamente) a forma de um texto. Nestas páginas, buscaremos criar algumas estabilizações a respeito de nossa questão de pesquisa, a respeito do que produzimos em um campo de intervenção, considerando também as análises que já foram apresentadas nas páginas anteriores. Entretanto, é de vital importância elucidar que, embora estejamos efetuando essa separação no texto, o fazemos para fins didáticos, pois o processo da intervenção e os dados, diremos, ‘brutos’ – aqueles que seriam os únicos a serem considerados como dados de uma pesquisa, por uma ciência ‘tradicional’ – estão intrinsecamente conectados.

Para a intervenção em si, com o grupo de profissionais de saúde de uma Estratégia de Saúde da Família, tomamos o grupo focal como uma ferramenta e uma técnica, mas, inspiradas pela multireferencialidade da Análise Institucional – como Lourau coloca (1993) -, também tomamos o grupo como um dispositivo. Para trabalhar com grupos

como dispositivos, Barros (2013) aponta três direções – as vias ética (experimentação), estética (problematização) e política (desindividualização). A via ética nos remete a uma experimentação de outros processos de subjetivação que não os já sedimentados e hegemônicos, modificando estes, tal movimentação só é possível no encontro com o outro. A via estética nos coloca no movimento da problematização, da criação de problemas, por essa via precisamos abrir passagem para a diferenciação na direção de nos abrir para as diferenças em seus processos de singularização. Já com a via política, trabalha “como aquilo que põe a funcionar os modos de expressão de subjetividade” (BARROS, 2013, p. 323), permitindo a confrontação entre os modos-indivíduo hegemônicos, provocando processos de desindividualização. Esta proposição nos remete à construção de Deleuze (1990) acerca do dispositivo. Este aponta para duas consequências de uma filosofia dos dispositivos, conforme Foucault a teria construído. A primeira consequência consiste na recusa dos universais, sendo o dispositivo constituído por diversas linhas as quais variam em processos singulares operando em devir, nos mostrando o que temos de arquivo da nossa história e o que temos de novidade – que seria a segunda consequência. No trabalho com os grupos como dispositivos, temos a abertura de um campo para a explicitação dos discursos e enunciados das subjetivações hegemônicas, para que estas se confrontem com outras subjetivações em devir. E nesse encontro-confronto podemos formular perguntas e questões nos movendo na direção da enunciação de novidades em face daquilo que vislumbramos como o já sedimentado – como aquilo que Deleuze (1990) localiza, citando Foucault, como o arquivo de nossa história.

Deleuze (1990) dissecou o dispositivo como uma espécie de novelo composto por linhas heterogêneas que operam em processos em desequilíbrio umas em relação às outras. São linhas que instauram processos de subjetivação e de objetivação, linhas de força que acabam por operar os movimentos das linhas de visibilidade e de enunciação. Compõem também um dispositivo linhas de fratura que estão no limite do dispositivo, na iminência da criação de novos dispositivos. As linhas operam de acordo com a funcionalidade do dispositivo. Iremos tratar de forma mais atenta essas linhas. Deleuze (1990) inicia nos apresentando a linha de enunciação, esta nos parece aludir a um determinado regime de enunciados que estão referidos aos limites da função de um determinado dispositivo. Para a compreensão dessa linha, resgatamos a definição de discurso para Foucault (REVEL, 2005), o qual seria um conjunto de enunciados

obedecendo a regras de funcionamento comum que se referem não apenas a funcionamento linguístico, mas também referidos a processos demarcados historicamente. Revel (2005) também destaca a função de regulação e de normatização da ordem do discurso, estando esse situado e vinculado a um período em específico, regula e normatiza as experiências dos sujeitos ao enunciar afirmações que serão consideradas da ordem de um saber que irá trazer definições caracterizadoras das experiências dos próprios sujeitos. Seguindo para a linha de visibilidade, esta lança regimes de luz que distribuem os visíveis e os invisíveis, ou seja, em um mesmo movimento ela ilumina certas coisas e deixa outras à sombra. Deleuze (1990) situa os dispositivos como as máquinas de Raymond Roussel, como máquinas de fazer ver e fazer falar.

A linha de força opera os movimentos entre as linhas anteriores, de uma à outra. Mistura-se às outras linhas por ser invisível e indizível e ao conduzir a lutas incessantes por operar os movimentos entre as demais linhas (DELEUZE, 1990). Compreendemos que este operar movimentos diz respeito a mover o foco de luz para determinados objetos/fatos, podendo movimentar a produção de certo enunciado a respeito desse ou mesmo provocando conflitos entre esses. Há uma linha que Deleuze (1990) vacila na certeza de estar sempre presente nos dispositivos, mas ainda assim vamos tratar desta. A linha da objetivação é entendida pelo autor como estando voltada para si mesma, empregando a força para si mesma, ao invés de para as outras. É voltada para si mesma no sentido de operar processos de individuação. Produziria, então, indivíduos – entendidos aqui como a menor unidade social voltada para si mesma ao ser definida pelos limites de uma identidade imposta por um processo alheio a si. Indivíduos que se constituiriam como objetos de conhecimento, algo sobre o qual construímos um saber sobre, tendo como um fim de construir técnicas voltadas para esse próprio indivíduo. Em seguida, temos a linha de subjetivação que consiste na produção de subjetividade. Corresponde à produção de sujeitos, se referindo à produção de experiências que são compreendidas como modos de ser um sujeito, dentro de um determinado contexto. A última linha que o autor elucida é a linha de fratura/ruptura, entendendo essa como o extremo de um dispositivo. É a linha que está operando processos que fraturam um dispositivo, possibilitando a criação de outro.

Toda essa descrição, no entanto, permanece muito abstrata e vaga se a deixarmos apenas por isso, apostamos que recorrendo ao entendimento de Foucault sobre a noção

de dispositivo seja mais fácil de visualizar tais linhas. A definição que Foucault (2006) coloca de dispositivo é um tanto ampla, o entendendo como uma formação que surge em determinado momento histórico para responder a uma urgência, tendo assim uma função estratégica e abarca o dito e o não-dito. Agamben (2007) nos auxilia a alcançar uma definição mais concisa do conceito de dispositivo colocando que este consiste em um “conjunto heterogêneo, linguístico e não-linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título” (AGAMBEN, 2007, pg. 29). O autor traça a conexão genealógica do dispositivo com sua herança teológica da Igreja Católica, referida à esfera semântica da *oikonomia*. A *oikonomia* deu conta da fratura de Deus, na trindade, sendo esta a responsável pelo governo dos homens, em separado da substância, essência, Deus (AGAMBEN, 2007). Então, o dispositivo emerge em um dado momento, para responder a certa urgência, tendo como efeito o governo das pessoas e para isso ele dispõe do que for necessário, do discurso científico, do prédio da Unidade Básica de Saúde, de uma lei, de um conceito filosófico, do aparato policial-militar e tudo isso de modo que se produzam novos sujeitos – por exemplo, uma criança com déficit de atenção -, provavelmente mais adequados ou ajustados à urgência que provocou a emergência deste dispositivo.

Agamben (2007) segue adiante em sua análise do dispositivo, indo além da construção que Foucault havia estabelecido. Para o autor, dispositivo passa a ser

qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivente (AGAMBEN, 2007, p. 40)

Entre as categorias dos dispositivos e dos seres viventes (substâncias), ele localiza os sujeitos, e problematiza a sobreposição de substâncias e sujeitos, a rejeitando. O sujeito seria, no caso, o resultado da relação entre os dispositivos e os seres viventes, condensando o que o autor já havia estabelecido a partir do dispositivo foucaultiano – da ação dos dispositivos que resulta em processos de subjetivação, isto é, em sujeitos. Considerando que Agamben (2007) expande a noção de dispositivo de modo a abarcar tudo o que nos captura, os processos de subjetivação também se expandem e proliferam. O filósofo problematiza o possível entendimento que pode advir da ideia da proliferação de processos de subjetivação de que a subjetividade da contemporaneidade seria vacilante e inconsistente. Contrapõe que, em realidade, essa tal disseminação só levaria

ao extremo um processo que sempre acompanhou a ideia de identidade pessoal, de seu aspecto de mascaramento. Pontua, ainda assim, que os dispositivos em ação na fase atual do capitalismo em que vivemos agem mais por um processo de dessubjetivação e menos pela produção de sujeitos, descrevendo como uma recomposição de sujeitos espectrais. Entretanto, Agamben (2007) sugere a profanação como uma estratégia de enfrentamento aos dispositivos enquanto máquinas de governo. A profanação consistiria em restituir ao uso comum dos humanos o que o sacrifício havia separado, processo que o autor identifica como característico da religião. Não temos, nesse texto referido, muitas pistas de como se operaria esse processo de enfrentamento pela profanação, de qualquer modo não é isso o que nos interessa dessa discussão.

Estamos inclinadas a tomar como referência a noção foucaultiana de dispositivo, por considerarmos crucial o ponto de esse emergir para responder a uma urgência que é localizada e situada em um contexto específico. A noção expandida de Agamben (2007), ao tomar a fase atual do capitalismo como um processo homogêneo e globalizado nos parece um tanto limitada justamente por considerar esse momento como algo global, sem espaço para recortes de determinadas perspectivas específicas e tomando o sujeito a ser governado como universal em sua experiência do atual capitalismo e tomando, da mesma forma, os dispositivos como universais, uma vez que agora eles estariam descolados de uma urgência histórico-social. Haraway (1995) nos ajuda a expressarmos as aparentes limitações do autor, ao enfatizar a importância de localizarmos os nossos saberes e da nossa responsabilidade pelo que produzimos enquanto pesquisadoras e pesquisadores.

Iremos trabalhar dentro de um campo de coerência, mas também iremos trabalhar com e a partir das contradições desse mesmo campo, impulsionadas pelo que Lourau (1993) aponta ao destacar que a Análise Institucional tenta analisar de forma permanente as suas próprias contradições. Uma prática ética de pesquisa, pautada pela análise das implicações, precisa levar em consideração que opera com contradições e em contradição, algumas vezes, em sua própria prática de pesquisar, mas também na construção de seu campo de análise, com a escolha de seus referenciais teóricos. Percebemos que trabalhar o grupo a partir da noção de dispositivo pode se transformar em uma contradição, ao considerarmos também a noção foucaultiana de dispositivo. Se, em última análise, o dispositivo surgiria para governar as pessoas, devido a uma determinada e situada demanda, não estaríamos nós também implementando uma

pesquisa-intervenção para o governo das práticas dos participantes da pesquisa, no momento em que estabelecemos que estivemos trabalhando com o grupo como dispositivo?

A fim de desenrolar essa possível contradição, nos inspiraremos no que propõe Guattari (1992) ao trazer que podemos e devemos fazer o uso que acharmos necessário das suas construções teóricas e tomaremos emprestada a estratégia de profanação, proposta por Agamben (2007) – embora não tenha sido o autor desse conceito a nos conceder essa licença para o uso de suas produções. Profanaremos o conceito de dispositivo ao enfatizar sua capacidade de provocar processos de subjetivação, em detrimento de sua funcionalidade de governo e controle, no que se refere ao grupo realizado com a pesquisa-intervenção. Profanaremos, então, ao descolar o dispositivo de sua dimensão de controle da obra de Foucault. Retomando as vias propostas por Barros (2013), apostamos na via ética ao acreditar que possibilitamos para os participantes um espaço de encontro com o outro, no mínimo com o outro das pesquisadoras e com o outro da instituição academia, mas também com o outro dos próprios colegas de equipe, compondo juntos uma cena diferente daquela das práticas habituais e que esses encontros tenham proporcionado a experimentação de outros processos de subjetivação. Apostamos na via estética por termos a convicção de ter podido criar um espaço propício para a criação de problemas, que foi possível elaborar junto com os participantes problemas que colocaram novas questões para estes (e para as pesquisadoras) ao introduzir elementos que estavam às sombras ou ao lançar diferentes enunciados acerca de objetos/situações já configurados rigidamente. E, assim, instaurar movimentos desterritorialização e de reterritorialização com esses diferentes problemas. E, por fim, apostamos na via política, de maneira imbricada com a via estética, pois o processo de criação de problema desemboca na decomposição de verdades, de certezas consolidadas (BARROS, 2013). Ao pensarmos o grupo como um dispositivo, ou a pesquisa como dispositivo, nos aproximamos de um entendimento de dispositivo conforme proposto por Baremlitt (2002) que o considera como uma montagem que se caracteriza por seu funcionamento, intrínseco a sua formação, ao que permitiu sua formação, e intrínseco à produção, ao que ele mesmo produz de desejo, de vida ou de novo. O autor o iguala ao agenciamento, mas optaremos por não entrar nessa discussão.

Faz-se necessário apontar que nesta seção da análise de dados que se comporá em um texto, também faremos referência à noção foucaultiana de dispositivo, retomando sua

dimensão de governo e controle, surgido frente a uma urgência localizada. Pontuaremos os momentos em que estivermos trabalhando com o conceito de dispositivo de acordo com a construção de Michel Foucault, a fim de garantir a compreensão da leitora ou leitor. Portanto, não estamos tomando a contradição como algo a ser superado por um movimento dialético, mas como algo a ser dissecado, exposto e retrabalhado na medida do possível.

Após uma primeira escuta e a transcrição dos áudios, durante o processo dos grupos, realizamos uma nova escuta das gravações. Afastadas no tempo do momento da realização dos grupos e sem a tarefa da transcrição, buscávamos realizar uma curadoria dos dados produzidos, ao fazer destaques, apontamentos e já algumas análises. Assim, foi possível fazer um mapeamento das linhas que pareciam perpassar o grupo e que constituíam aquele processo de pesquisar.

Referimos-nos a uma produção de dados, pois a pesquisa-intervenção se baseia em um projeto de produção do conhecimento que é participativo e rompe com o paradigma de uma cientificidade que se sustenta na separação de sujeito cognoscente e objeto de pesquisa. Não se concebe a separação do pesquisador de seu campo de intervenção – uma vez que fazemos nós mesmos parte desse campo, sendo constituídos e atravessados por todas as mesmas forças que incidem e atuam nesse campo e nos demais atores que o constituem (PAULON; ROMAGNOLI, 2010). Depreendemos isso da noção de implicação e o decorrente estilhaçamento da ilusão da neutralidade científica, proposta a qual teria sido o escândalo da Análise Institucional, segundo o próprio Lourau (1993). Assim, se entende que o conhecimento é construído, em detrimento de uma ideia de que este seria uma verdade que aí está para ser descoberta e revelada, não percebemos como separados os momentos da prática de pesquisa e da produção do conhecimento e, da mesma forma, no momento da intervenção, a análise que se realiza dos instituídos e das instituições se dá de forma coletiva (LOURAU, 1993).

Nossa construção da análise de dados a partir de linhas se inspira em parte na construção de Deleuze (1990) do dispositivo como um novelo constituído por diferentes linhas. Nossa análise não se pautará na interpretação literal das linhas do dispositivo, de acordo com a construção do autor. As linhas analisadas foram, em realidade, o mapeamento possível do que identificamos como constituinte do processo de intervenção, das transversalidades e atravessamentos deste. De forma que essas linhas constantemente estão se cruzando e se prolongando uma na outra, se transformando

uma na outra. Em alguns pontos, criam uma rede, já em outros criam enodamentos para os quais precisamos realizar um exercício de desenlace daquele nó que estanca a passagem de outros movimentos. São linhas que por vezes se constituem como materialização de instituições e de instituídos e por outras vezes, essas mesmas linhas, parecem constituir-se como processos instituintes ou potenciais linhas de fuga. As linhas que elencamos para analisar são as seguintes: Saúde Mental, Saúde Mental da Criança, ESF, Rede, Criança e Pesquisa.

8. LINHA SAÚDE MENTAL

A Linha Saúde Mental transversaliza as demais linhas que constituímos, estando em imanência com essas por se constituir como o tema geral de nossa pesquisa. Ainda assim, fizemos a escolha de separá-la, com o fim de uma análise mais precisa de alguns aspectos. Mais adiante, a Linha Saúde Mental irá ainda se ramificar em outra linha, como uma extensão de si mesma a se transformar. Logo de início, é preciso que estabeleçamos a partir de qual perspectiva estamos posicionadas ao tratar de saúde mental – curiosamente, alguns dos movimentos instaurados por essa Linha se referem a essa mesma questão.

As bases lançadas pelo movimento italiano da Desinstitucionalização atualmente ainda constituem o cerne de nosso entendimento da saúde mental. Conforme apresentado anteriormente, o foco da atenção se desloca para a pessoa em sofrimento, que em sua existência está inserida em um corpo social, de maneira que temos a desinstitucionalização da loucura, enquanto uma instituição. Com isso, não excluimos desse cenário aspecto nenhum das vivências dos sujeitos, não há uma oposição ou diferenciação de uma saúde física ou biológica, assim como não se desconsidera que esse sujeito tem sua existência atravessada e constituída por outros vetores que escapam de uma dimensão individualizada da subjetividade. As políticas públicas voltadas para a atenção em Saúde Mental, na Atenção Básica, tomam essa mesma direção. Nosso fiel companheiro, o Caderno 34 da Atenção Básica (BRASIL, 2013a) coloca em destaque que a saúde mental não só não está em contraposição à saúde biológica e assim não está dissociada da saúde em geral, a ênfase está no sofrimento de pessoas, em especial por proporcionar uma modificação dos objetivos e expectativas dos profissionais da Saúde, no cuidado com os usuários.

O movimento da Desinstitucionalização propõe a desestabilização da instituição loucura, incluindo assim os saberes que dela se ocupam, operando um descentramento dos saberes psi, os quais, por excelência, construíram a doença mental como um objeto de conhecimento e intervenção, instaurando também o sujeito “doente mental”. A um só movimento, a constituição desse novo objeto, que agora entendemos como saúde mental, se complexificou ao considerar os processos sociais e históricos que atuam no sofrimento dos sujeitos e também se simplificou ao propor um cuidado não mais centrado em complexos aparatos hospitalares, mas baseado no território. Considerando tudo isso, nossas políticas de saúde mental foram construídas.

No entanto, se consideramos o movimento da Desinstitucionalização como um movimento instituinte, haveria a tendência ao estabelecimento de um processo de institucionalização com a possível emergência de uma nova instituição (saúde mental). Alternativamente, haveria a tendência a transformação dessa mesma instituição (loucura), sem a sua dissolução. Uma vez que a loucura é uma instituição secular, em torno da qual ou a serviço da qual se constituíram diversos dispositivos de saber e poder para sua afirmação/controle/manutenção/adaptação, parece-nos que a Desinstitucionalização tenha operado sua transformação, com a introdução de novos processos e elementos, mas com a permanência do instituído da loucura. Dessa forma, se atualizam alguns dos desafios que enfrentamos no campo das políticas públicas voltadas para a saúde mental no Brasil.

A Linha Saúde Mental parece ilustrar esses processos e movimentos. Ora se volta para uma noção de saúde mental limitada por um saber especializado, ora opera um desvio e se volta para uma visão crítica e ampliada da saúde mental. Ao abrirmos o primeiro grupo com a pergunta “*O que vocês entendem por saúde mental da criança?*”, as primeiras manifestações versam sobre problemas de saúde mental com os quais as crianças podem sofrer. A saúde mental e a doença mental apresentam-se como equivalentes. Entretanto, a equipe da ESF coloca um contraponto a essa visão,

“Não pensar na doença, onde mora, o que tem pra comer, como que ela brinca, convivência com os pais. Coisas que parecem ser banais [...]”

“hoje se fala muito ‘Ah, tudo é saúde mental, tudo é problemas psiquiátricos’. Eu não sei, eu não vejo que uma criança, sou leiga nesse assunto, mas eu não vejo que muita coisa é saúde mental”

“Tem uma hora que tu precisa te afastar um pouco e reavaliar [...] e daí, às vezes, tu tá tão focado na área da saúde que tu quer achar uma patologia, que quer achar uma doença ali [...] De repente não tem doença nenhuma mesmo”

Produzem-se compreensões de que a saúde mental não se limita à doença mental, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com o Movimento da Desinstitucionalização. Esse entendimento nos parece estar assentado no saber construído pelo fazer do trabalho em saúde cotidiano. Assim como se assenta no saber híbrido que se constrói a partir dos conhecimentos das políticas públicas imbricado com esse saber da experiência. No segundo trecho, compreendemos que o termo *saúde mental* é proferido como idêntico à doença mental. Nesse terceiro trecho, principalmente, percebe-se também uma problematização a respeito da prática do diagnóstico, ponto que assume certa centralidade no que se refere ao cuidado em saúde mental da criança. Mesmo que se tenha uma compreensão ampliada acerca da saúde mental, a prática do diagnóstico ainda é entendida como central para esse cuidado, de modo que parece circular entre os participantes a crença de que, enquanto equipe de saúde, eles não possuem a capacidade e a formação necessária para tanto.

“Sinceramente, eu não sei como que faz esse atendimento [...] um caso que eu precisasse identificar pra avaliar”

“[É preciso] treinamento mais focado e mais fino para identificar problemas da criança”

A questão do diagnóstico se ramifica a partir da noção da saúde mental como um saber especializado, especificamente dos saberes psiquiátricos e psicológicos. A expectativa está colocada em que as equipes e serviços de saúde mental assumam o cuidado da saúde mental da criança, então não é surpreendente que a equipe da ESF aposte na prática do diagnóstico como essencial, uma vez que os próprios profissionais que compõem o Matriciamento Infantil e o EESCA também assim trabalham.

“Só queria o que já tava diagnosticado [...] violência, abuso, isso não”

Deparamo-nos, assim, com um cruzamento da Linha Saúde Mental com a Linha Rede, pois estamos diante de um trabalho em rede que está se pautando em uma visão específica do que seria a saúde mental e de quais são as práticas de cuidado que oferecemos para os sujeitos que sofrem. No Distrito Sanitário da Restinga, as equipes e

unidades da Atenção Básica contam com o apoio matricial das equipes de EESCA, por meio de reuniões mensais. Participa dessa reunião, um profissional específico para essa função, o qual centraliza os atendimentos que são entendidos como demandas de saúde mental infantil. A participação nessa reunião acontece através da discussão de casos, o profissional encarregado da ESF comparece com uma lista de casos, dos quais, de acordo com o relato da equipe, conseguirá discutir entre dois e um. Sem ter como referência ou parâmetro explícito, a equipe organiza essa lista e os casos que serão prioritários para a discussão a partir da gravidade que dos casos, por eles avaliada. A equipe da ESF já está ciente das limitações de alguns profissionais que compõe esse matriciamento, ao apresentar uma preferência por casos em que a criança já esteja diagnosticada. Adicionalmente a isso, é percebida uma falta de sensibilidade no modo como são compreendidos os sofrimentos destas crianças,

“[Narrando as falas de um profissional da equipe de Matriciamento Infantil] *Isso é falta de limite, manda a mãe dá limite em casa [...] isso é sem vergonhice*”

Assim, torna-se compreensível o papel central que o diagnóstico ocupa para a equipe de ESF, esse acaba sendo essencial para que seja possível um atendimento em uma equipe do nível especializado para a criança. O diagnóstico vira uma barganha, assim como os sintomas ou manifestações do sofrimento psíquico das crianças se tornam “*sem vergonhice*”, sendo despidos de qualquer reconhecimento como uma expressão legítima do sofrimento e adoecimento daqueles sujeitos.

Valoriza-se o diagnóstico, em especial se realizado por um especialista. Valoriza-se um conhecimento especializado em saúde mental infantil, o qual não se possuiria como profissional da Atenção Básica. Simultaneamente, coloca-se em questão o conceito restrito de saúde que foca apenas na doença e se questiona o que é considerado como saúde mental. Retomamos aqui parte de uma fala apresentada anteriormente: “[...] e daí, às vezes, tu tá tão focado na área da saúde que tu quer achar uma patologia”.

Faz-se presente, dessa forma, contradições que constituem a instituição loucura e seus inerentes movimentos instituinte, assim como seus instituídos. Ao configurar o sistema em níveis Básico e Especializado, corre-se o risco de se sustentar e se consolidar a lógica da especialidade. Fomenta-se, assim, a fragmentação do sujeito e da atenção à saúde ao se compreender que é da alçada da equipe de ESF o que se resume ao âmbito do corpo biológico, enquanto que o que estiver dentro dos limites do âmbito do

psicossocial está destinado à equipe especializada (GOMES et al, 2015). Compromete-se, assim, o cumprimento de um dos princípios do SUS que caberia especialmente à Atenção Básica efetivá-lo, o princípio da integralidade (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012; GOMES et al, 2015; TSZENIOSKI, 2015). Assim como se falha em perceber o usuário como sujeito em sua existência-sofrimento, inserido no corpo social (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 1990).

Os movimentos operados pelo grupo refletem essas contradições, mas mostram igualmente a potência de crítica e lucidez desses profissionais. Ainda que esses trabalhadores deem destaque para o diagnóstico como uma prática de cuidado para a saúde mental da criança, abrem-se brechas por meio de linhas que desestabilizam os instituídos, no que diz respeito às práticas de cuidado em saúde mental.

“Eu acho que é difícil a gente diagnosticar pelo pouco tempo que a gente passa, enfim, dentro de uma casa. Mas é bem isso, quando tu já tem um outro contato, como a gente já tava falando [...] que nós, as agentes de saúde, a gente mora na comunidade e a gente vê o comportamento deles, não dentro da casa, mas na rua, enfim, na vizinhança, vê o comportamento deles com outras crianças”

“Eu acho que isso é o que precisa ser avaliado, de como a criança tá se sentindo dentro daquele ambiente familiar. Então às vezes a gente tem um outro olhar que não é esse olhar. [...] a minha visão, no meu entendimento é isso, a gente tem que saber como que a criança tá inclusa naquele ambiente familiar”

Produz-se uma reflexão que coloca em questão a prática do diagnóstico, mesmo que o tenha como uma referência. As particularidades inerentes às Agentes Comunitárias de Saúde possibilitam um contato e uma relação com as crianças diferenciada daquela que se dá no espaço do consultório, aonde se realizam as práticas diagnósticas. A inserção no território é potente para o estabelecimento de vínculo com os usuários, assim permitindo o exercício de práticas de cuidado em saúde mental de tecnologia leve, menos centradas em procedimentos e protocolos. A tecnologia leve se dá no espaço relacional entre o usuário e o trabalhador de saúde e nesse encontro entre esses sujeitos que se desenrolarão os processos produtivos de saúde (MERHY, 2013). Nisso reside a potência do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde, elas se valem constantemente dessas tecnologias leves, uma vez que transitam constantemente fora dos enquadres dos consultórios do serviço de saúde.

Temos, ainda, a consideração de que as práticas de avaliação não precisam se restringir aos procedimentos limitados a um diagnóstico clínico que mira apenas nos sintomas, expande-se o olhar para a família, sua convivência e relações. Dessa forma, consolida-se uma atenção comprometida com a integralidade. Pinheiro (2008) distingue diferentes sentidos para a integralidade, dos quais destacaremos dois: integralidade como um valor a ser sustentado, a qual alude a uma resposta ao sofrimento do usuário que se preocupa em não reduzir o sujeito ou seu sofrimento ao seu aparato biológico; um segundo conjunto de sentidos se referiria à superação da fragmentação das atividades no setor da saúde, “como modo de organizar as práticas” (PINHEIRO, 2008). Ambos sentidos convergem para a discussão que buscamos levantar, a preocupação do participante em não basear o diagnóstico apenas em aspectos clínicos diz de uma intenção de não redução da criança ao âmbito do biológico. Já o segundo sentido da integralidade, levantado por Pinheiro (2008), remete-nos ao que está posto anteriormente como obstáculo do cumprimento da integralidade, acerca da fragmentação do cuidado nos diferentes serviços da rede de saúde. Consideramos que a prática de uma avaliação da criança que se encontra em sofrimento psíquico, é, ainda assim, necessária para o estabelecimento do cuidado à saúde mental da criança; entretanto essa avaliação não precisa estar focada na coleta de sintomas, tendo um diagnóstico como seu fim.

Constituindo igualmente esses movimentos que estabelecem um permanente embate, produz-se um nó entre as Linhas Saúde Mental e Cuidado. Coloca-se em questão um entendimento de saúde mental e do sofrimento psíquico que é medicalizado, por parte das famílias. O relato é de que as crianças já chegam ao atendimento diagnosticada pela família, sendo que essa já indica o que necessita ser tratado e qual a medicação para tanto. Isso se daria por meio de um processo de comparação com as demais crianças da família que já realizariam o uso de medicações. Parece corrente a compreensão limitada do que é a saúde mental, conforme colocado anteriormente, assim como limita-se igualmente o cuidado que é ofertado para o sofrimento psíquico – no caso, o remédio.

“Eles nunca, é muito difícil eles não pensarem que é um problema do contexto familiar, alguma carência que a criança tenha dentro de casa. É mais fácil tu passar pra frente o problema, né”

No entanto, o próprio grupo oferece um contraponto,

“E também porque talvez eles [familiares/cuidadores] não entendam o que diz a política pública [...] diz que saúde mental não é só uma coisa física, da patologia, da doença. A política diz que saúde mental tem a ver com o lugar que ela mora, com as condições econômicas, sociais, é integral [...] Mas as famílias, eu acho que os pais e os cuidadores, enfim, os responsáveis, não tem, acho não, eu tenho certeza que eles não têm essa noção e bom, acham que é só doença mesmo. A família nunca pensa que a criança pode tá desenvolvendo aquilo pelo meio do lugar onde ela vive, é sempre por alguma coisa, uma patologia”

E ocasiona deslocamentos ao trazer à luz que o saber dos cuidadores não é o mesmo que o da equipe da ESF, abrindo, assim, para a possibilidade para pensarmos na implicação da equipe participante em um cuidado que englobe os cuidadores/familiares. Durante o terceiro grupo, uma voz dissonante se anuncia enquanto realizávamos uma discussão centrada na figura da criança, para nos recordar da relevância de se incluir os cuidadores ou familiares nas práticas de cuidado à saúde mental da criança.

“não é uma questão que tudo é a criança, mas tem que ver primeiro qual é o ambiente que essa criança tá sendo formada”

“não tem uma capacitação até pra parte da prevenção, porque tem como a gente fazer a prevenção da parte física, da higiene, aonde tu vai. Agora saúde mental, de prevenção, quase não é falado”

Estabelecemos uma conexão entre essa possibilidade de se produzir um cuidado que envolva os pais com o reconhecimento da equipe da ESF da ausência de uma formação e de ações de prevenção em saúde mental. A construção de práticas de cuidado que se constituíssem como prevenção de saúde mental da criança que tivessem como objetivo a desconstrução do sofrimento psíquico da criança como um adoecimento medicalizado nos parece uma estratégia simultaneamente potente e simples.

9. LINHA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA

A Linha Saúde Mental ramifica-se em outra linha, derivada de si mesma. A Linha Saúde Mental parece-nos fazer o contorno da questão do que é considerado como prática de cuidado em saúde mental ao produzir a problematização do que

compreendemos como saúde mental, da centralidade do diagnóstico como uma prática de saúde mental. Com esta Linha, Saúde Mental da Criança, aprofundamos esse questionamento, dando forma e materialidade ao que uma equipe de ESF pode produzir como cuidado à saúde mental da criança.

9.1 Relação com a Escola e Professoras

Apontamos, na Linha Saúde Mental, a preocupação da equipe da ESF em não ser capacitada para a realização de diagnóstico. Alguns dos profissionais consideram-se profissionalmente despreparados para identificar situações de sofrimento psíquico e circula o entendimento de que as professoras das crianças estariam em melhor posição para isso. A relação com a escola e com as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) foram temas pouco abordados, se considerarmos o lugar central que a escola ocupa na vida das crianças. Cruzando com a Linha Rede, a relação dos profissionais da ESF em questão com a escola parece marcada por uma ambivalência. Supõe-se que a escola, representada pelas professoras, estaria atenta para situações de violência ocorridas no espaço da escola e que tomaria as providências necessárias, realizando contato com a ESF.

“capaz que uma criança que caiu, tá com um olho roxo, fez até uma tomografia, sei lá o que, tomou um soco, a escola não ia mandar nada, solicitando uma avaliação no posto”

Durante o terceiro grupo, conforme analisamos anteriormente, configurou-se um clima de confiança de modo que os profissionais puderam colocar suas práticas em questão. Nesse sentido, foi discutida uma situação ocorrida na semana anterior àquele grupo, que consistia no caso de uma criança de cinco anos que havia sofrido uma violência e se debatia a veracidade das versões relatadas pela mãe e pela própria criança. Em uma dessas versões, a agressão teria se passado no espaço da escola, o que foi descartado pelos participantes, por crerem que as pessoas responsáveis na escola agiriam de acordo com o trecho trazido acima.

Concomitante a essa relação de confiança, há uma insatisfação a respeito de como se dão os encaminhamentos e igualmente com o fato de o relacionamento da escola com a ESF estar restrito, atualmente, aos encaminhamentos. Usualmente, as crianças são encaminhadas com a demanda empacotada e etiquetada, com destino certo ao especialista. Gomes e outros (2015) observaram semelhante comportamento em relação aos pais/cuidadores das crianças que chegam com seus filhos na consulta com uma demanda fechada em torno da medicação, com o pedido do atendimento por um especialista. Embora esse padrão de medicalização do cuidado também se observe nas famílias, conforme tratamos brevemente anteriormente, isso tem sido característico do encaminhamento realizado pela escola.

“Elas[professoras] não querem avaliação, já mandam pro especialista”

“quando sai da escola com o papel, elas já disseram que a criança tem problema”

De modo que seria necessário, assim como possível, a realização de um trabalho em conjunto com a escola, através da intervenção nessa, buscando a realização de atividades inspiradas na prática do acolhimento e nas tecnologias leves com as professoras e demais profissionais da escola que lidam com as crianças. Apontamos a necessidade de ações dessa natureza, devido igualmente, à constatação de que as ações do PSE estarem limitadas atualmente - *“Agora está capenga”*, traz uma participante acerca desse Programa. Constitui-se um espaço propício para que a equipe da ESF debatesse as mudanças ocorridas no PSE que, no momento, restringe-se a atividades programáticas, como a realização da medida antropométrica e o exame da acuidade visual; em contraposição a um momento anterior em que havia uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e as professoras, de maneira que aconteciam momentos de troca entre os trabalhadores de ambos serviços. Com esse debate, levanta-se o questionamento de quem teria se distanciado de quem e, em um exercício de análise das suas implicações, a equipe da ESF percebe que passou a colocar-se menos disponível para participar das atividades propostas pela escola, para as quais eram convidados. Parece-nos que o modo atual de relação entre a escola e a ESF está encadeado com esse distanciamento ocorrido na efetivação das atividades do PSE.

9.2 Apoio Matricial

Ainda neste entrelaçamento com a Linha Rede, situa-se o apoio matricial, como o primeiro e principal recurso dessa equipe de ESF para a saúde mental da criança. A compreensão da saúde mental, como apenas um saber especializado, contribui para que se forme o entendimento de que os profissionais da Atenção Básica não sejam qualificados para esse cuidado. De tal forma que as atividades de apoio matricial surgem como a primeira possibilidade de ação de cuidado à saúde mental da criança que poderia ser implementada por uma equipe de ESF.

Conforme descrito, o matriciamento para a saúde mental da criança ocorre por meio de reuniões mensais nas quais comparece apenas uma pessoa que compõe a equipe participante, designada como a responsável pelo matriciamento infantil. Com essa organização de apoio matricial, opera-se uma personalização do cuidado centralizado em uma única pessoa da equipe à qual os demais recorrem e delegam tanto o cuidado quanto o olhar para a criança em sofrimento psíquico. De acordo com esta pessoa responsável, a participação nas reuniões auxiliou para a construção de estratégias de se aproximar das crianças, nos atendimentos, assim como passou considerar relevante a presença da criança no momento do atendimento realizado no espaço da ESF. Entretanto, delinea-se a questão da restrição desse apoio matricial se comparado com o modelo do apoio matricial para a saúde mental do adulto como acontecia anteriormente. A reunião de matriciamento do adulto acontecia no próprio espaço da ESF, no momento de reunião de equipe, contando com a participação de todos. Configurava-se, assim, em um momento de formação, não centrado apenas na discussão de casos.

A estratégia do Apoio Matricial e os Capsi configuram-se como o cerne do arranjo atual da política pública de saúde mental, no que se refere à saúde mental das crianças e adolescentes. Percebemos, no entanto, as limitações do alcance do matriciamento para tanto, levando em consideração nossa produção com a pesquisa e de outras produções já existentes e seu desenho conforme descrito pelas normativas do Ministério da Saúde. O Apoio Matricial se delinea como um arranjo dos serviços em que uma equipe de referência, no caso uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, recebe o suporte e o apoio de uma equipe especializada de modo a atuar conjunta e transdisciplinarmente,

compartilhando as responsabilidades do acompanhamento e cuidado daquela pessoa usuária do Sistema Único de Saúde, sendo ela e suas necessidades de saúde o centro e fio condutor desse acompanhamento (BRASIL, 2004). Ao trazer o matriciamento enquanto um arranjo organizacional capaz de superar o cuidado do sujeito fragmentado em especialidades, construindo um modo de cuidar que seja corresponsável entre as diversas equipes/equipamentos que fazem parte do trajeto do sujeito nas redes de saúde, Delfini e Reis (2012) enfatizam o componente da corresponsabilização, aliado à noção de equipe de referência. O matriciamento se fundamenta nessa relação de mútua responsabilização, sendo complementar ao arranjo das equipes de referência, isto é, as equipes da atenção básica são responsáveis pelo acompanhamento longitudinal dos sujeitos (BRASIL, 2004; DELFINI; REIS, 2012).

Este relevante e basilar aspecto da corresponsabilização, como um aspecto fundamental do matriciamento, não parece estar contemplado a partir da configuração do apoio matricial realizado no distrito sanitário pesquisado, na cidade de Porto Alegre. Tal limitação não é exclusiva da produção de nossa pesquisa, Delfini e Reis (2012) apontam como o matriciamento, especificamente relacionado às crianças e adolescentes, segue centrado no encaminhamento pautando-se, assim, na fragmentação do cuidado. O achado de Cavalcante, Jorge e Santos (2012) se faz mais preocupante ainda por demonstrar a quase ausência dos relatos de casos de criança nas atividades de matriciamento da localidade pesquisada. De modo que as produções de Delfini e Reis (2012) e de Cavalcante, Jorge e Santos (2012) formulam análises semelhantes no que tange às ações de apoio matricial para a saúde mental de crianças e adolescentes, apontando para a fragmentação do cuidado por meio da compartimentalização das responsabilidades e saberes dos profissionais. Apesar de avaliarmos (tanto enquanto equipe pesquisadora, quanto equipe participante) que o arranjo do matriciamento da saúde mental infantil efetivado no distrito sanitário pesquisado não contempla a corresponsabilização ao centrar-se em apenas uma pessoa da equipe e estabelecendo-se basicamente como reuniões regulares – do mesmo modo como Delfini e Reis (2012) já haviam assinalado em sua produção de pesquisa –, entendemos que ainda assim tal arranjo apresenta um potencial a ser explorado.

O apoio matricial para a saúde mental das crianças e também dos adolescentes, no território de nosso campo de intervenção⁸, encontra-se vinculado à Equipe Especializada de Saúde da Criança e do Adolescente (EESCA) que, embora alocada no nível secundário, não se restringe ao cuidado à saúde mental – diferente de um Centro de Atenção Psicossocial infantil. Ao estar vinculado a uma equipe que não atende somente à saúde mental, potencialmente a ação do matriciamento poderia realizar-se partindo de uma perspectiva integral e menos propensa à medicalização. Entretanto, tal expectativa e potencialidade parece não estar se efetivando, considerando os relatos acerca da insensibilidade de alguns dos profissionais do matriciamento e de sua predileção por atender aos casos já devidamente diagnosticados. Destacaremos ainda o fato de o matriciamento estar estabelecido separadamente para o adulto e para a criança e ao adolescente, garantindo, assim, que não se dê a invisibilização das crianças em um apoio matricial indiferenciado entre adultos e crianças. Cavalcante, Jorge e Santos (2012) discorrem a respeito da invisibilização da infância e adolescência como uma marca característica da história da saúde mental das crianças e adolescentes brasileiros, como também já apontaram diversos autores (BRASIL, 2005a; PAULA et al, 2012; SANTOS, 2013; COUTO; DELGADO, 2015) e que se repete nas ações de apoio matricial nas quais havia a quase ausência de casos de crianças discutidos entre equipe de ESF e equipe de Capsi (a qual era responsável pelo apoio matricial).

Acerca do não aparecimento de casos de criança no matriciamento, Cavalcante, Jorge e Santos (2012) elencam alguns motivos, dos quais iremos destacar a questão da dificuldade que os profissionais de saúde experimentam ao se depararem com situações de crianças com sofrimento psíquico. Ainda em nosso primeiro grupo focal, emergiram manifestações dos profissionais que expressavam insegurança para estabelecer ações de cuidado à saúde mental das crianças, sentimento de impotência e mesmo sofrimento frente a essas situações. Da mesma forma, Cavalcante, Jorge e Santos (2012) apresentam as dificuldades emocionais e o sentimento de impotência dos profissionais da equipe de ESF (naquela pesquisa, especificamente os profissionais de medicina) como uma das razões para que não houvesse a discussão de casos de crianças no matriciamento. Estas dificuldades parecem estar associadas à outra bastante referida por diversos autores (TANAKA; RIBEIRO, 2009; CAVALCANTE; JORGE; SANTOS,

⁸Não podemos generalizar tal arranjo de matriciamento para toda o município de Porto Alegre, embora saibamos que este se dá do mesmo modo em alguns dos distritos sanitários da cidade, tal rede não é estabelecida de maneira padronizada e organizada devido a diversos fatores intervenientes.

2012; DELFINI; REIS, 2012; PAULA et al, 2012; GOMES et al, 2015) e pelos próprios participantes da pesquisa, que é a ausência de formação dos profissionais da atenção básica, mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família, para o cuidado a crianças com sofrimento psíquico.

A ausência de formação para o cuidado à saúde mental das crianças parece se configurar como um obstáculo de grande relevância para os participantes da pesquisa. Exploramos na Linha da Saúde Mental o papel central do diagnóstico para a efetivação desse cuidado e as manifestações e sentimentos ambíguos referentes a este, por parte dos profissionais. Mesmo que apresentando uma visão crítica referente à prática do diagnóstico, esta desponta como quase unanimidade, entre os participantes, a falta de capacitação e formação para que seja possível comunicar-se com a criança, assim como para o estabelecimento de estratégias de cuidado para sua saúde mental.

Após a leitura do Cartão 6⁹, que discorre acerca da posição privilegiada dos profissionais da Atenção Básica, para identificar, acolher e instituir práticas de assistência para crianças e adolescentes (BRASIL, 2013a), temos os seguintes posicionamentos,

“Mas eu acho que a gente pode tá numa posição privilegiada, mas não tá capacitado. Não adianta de nada. Não adianta ser informado e desinformado”

“É, a gente é a porta de entrada, mas infelizmente nem todos têm esse suporte aí de capacitações”

A ausência e, portanto, a necessidade de formação se constitui como um tema central, no âmbito dos profissionais de saúde da atenção básica, para a efetivação de uma atenção voltada para a saúde mental da criança. Assim como os profissionais participantes de nossa pesquisa-intervenção, os profissionais das ESF pesquisadas por Cavalcante, Jorge e Santos (2012) preferem deixar para que profissionais mais qualificados, isto é, especializados, realizem esse cuidado. Tanaka e Ribeiro (2009) apontam a baixa sensibilidade dos médicos atuantes na atenção básica em reconhecer os problemas de saúde mental das crianças, dados dessa mesma pesquisa sugerem que os pais dessas mesmas crianças possuem uma boa sensibilidade para perceber e reconhecer esses problemas de saúde mental. Desse modo, os autores indicam que a barreira se

⁹O conteúdo completo do cartão encontra-se no Apêndice A.

encontra na abordagem dessa dimensão no momento da consulta/atendimento (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Explorando ainda a produção de Tanaka e Ribeiro (2009), o desconhecimento de instrumentos de intervenção em saúde mental associado às deficiências ainda na formação básica do curso de medicina, que valoriza e privilegia aspectos biológicos, imobiliza esses profissionais ao se depararem com situações de saúde mental na prática clínica. Paula e outros (2012), ao avaliarem como aprimorar o cuidado à saúde mental das crianças e adolescentes no SUS, apontam como sugestão o investimento na formação dos profissionais que já atuam no SUS (inclusive psicólogos e psiquiatras) – enfatizando a importância da formação de profissionais da atenção básica pelo fato de se constituírem como a porta de entrada e para que haja um uso eficiente dos recursos já existentes na rede.

O grupo participante indicou uma possibilidade alternativa para a formação, evocando a capacidade do apoio matricial de se constituir como um espaço, como uma ação para a formação da equipe de referência (BRASIL, 2004). Diferentemente da configuração atual do matriciamento infantil, o apoio matricial para o adulto era organizado de forma a acontecer no espaço das reuniões de equipe da ESF, nas quais os profissionais responsáveis por este se deslocavam para comparecer a essas reuniões. Então todos os profissionais da equipe da ESF participavam da atividade do matriciamento, de modo que esses avaliam que tal atividade se constituía como um momento que contemplava a discussão de casos, assim como contemplava o compartilhamento de saberes por parte da equipe de matriciamento.

9.3 O que mais podemos fazer?

Conforme citado, o matriciamento surge como a primeira resposta à questão do que seria possível instituir como ações de cuidado para a saúde mental da criança por parte de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, essa equipe de ESF já implementou algumas ações tendo as crianças como seu público alvo. Em princípio, tais ações não são entendidas como ações para o cuidado à saúde mental da criança, retomaremos essa discussão posteriormente. Com exceção de uma ação, as demais atividades já foram encerradas por motivos diversos.

O Grupo das Crianças foi uma atividade proposta por uma Agente Comunitária de Saúde, auxiliada por uma técnica de enfermagem, ambas já não compõem mais a equipe e por essa razão, as informações a respeito dessa atividade são escassas. A orientação para a equipe era para que cada ACS estivesse envolvida com uma atividade de grupo, estas propunham atividades que convergissem com seus interesses. Infelizmente, o Grupo de Crianças não foi uma atividade compartilhada e discutida com os demais membros da equipe, aparentemente as atividades do grupo eram variadas incluindo desenhos e brincadeiras. As profissionais responsáveis pela atividade buscavam as crianças em suas casas, para a realização do grupo. Apesar da escassez de informações acerca do funcionamento da atividade, parece haver a certeza do quanto as crianças gostavam daquele grupo e sentem a falta desse, a atividade é descrita e referida pelos participantes de maneira afetuosa e empolgada.

O projeto Agente Comunitário Mirim destaca-se por sua potência de novidade e de construção e fortalecimento de vínculos e saúde. Essa ação foi proposta a partir do olhar atento e do vínculo dos profissionais da equipe de ESF com as crianças do território. Havia uma preocupação com o contexto de ociosidade e de uso de substâncias psicoativas que advinha das observações das ACS em sua inserção no território da comunidade. Esse projeto visava ensinar às crianças sobre a profissão de agente comunitário de saúde, promovendo a possibilidade de elas vivenciarem o agir do ACS. As crianças participantes tinham entre oito e dez anos de idade, a equipe relata a assiduidade e compromisso com os quais as crianças encaravam e participavam dessa ação. A atividade se iniciava no espaço da ESF com a orientação das crianças referente às atividades do ACS, para que em seguida elas pudessem sair para o território acompanhando as agentes comunitárias de saúde em suas atividades de visita domiciliar. Propunha-se também atividades educativas acerca de determinados temas como, por exemplo, o uso responsável da água. Após um debate sobre o tema, o grupo realizava uma visita à Estação de Tratamento de Água e Esgoto da região, acompanhados de alunos da creche ou da escola do território que, apesar de não comporem o projeto Agente Comunitário Mirim, participavam dessas atividades educativas que se estendiam para além do espaço da ESF e de seu território. Tais atividades de campo contavam com a parceria de uma empresa local de ônibus.

“E ficou uns dois anos e ninguém faltava e aí a gente conseguia ônibus da empresa [...] pra ir levar as crianças pra ver o espaço que a gente não tinha aqui [...] Então era tudo

educação continuada, 'ah, tu não pode desperdiçar água', 'por que não pode desperdiçar água?', aí ia lá no DMAE pra ver onde surgia o, têm projetos do DMAE pras crianças, a gente fazia, junto com o Agente Mirim ia a creche, as crianças da creche também participavam de algumas atividades fora do posto”

À mesma época do Agente Comunitário Mirim, se constituiu um Grupo de Adolescentes. Embora nossa pesquisa tenha como foco populacional a criança, consideramos necessário explorar esse grupo partindo de sua composição com o projeto Agente Comunitário Mirim. A constituição do Grupo de Adolescentes também se deu a partir do olhar atento e preocupado da equipe de ESF que avaliou existir uma demanda para tanto, considerando as adolescentes gestantes do território. O grupo era realizado no espaço da ESF com a discussão de alguns dos temas comuns em grupos para essa faixa etária, como sexualidade e uso de substâncias psicoativas, mas também eram realizadas atividades fora da ESF, assim como ocorria com o Agente Comunitário Mirim, a partir de parcerias com a rede local. Como exemplo de atividade, destacou-se a ida a uma gravadora de música, com a gravação de uma música e com a posterior apresentação do grupo em uma atividade cultural do bairro. O Grupo de Adolescentes aconteceu por quatro anos. As crianças que participavam do Agente Comunitário Mirim passavam a compor o Grupo de Adolescentes e alguns dos/das jovens solicitavam seguir participando do grupo mesmo após completos dezoito anos, o que era prontamente aceito por todos.

“Mas os próprios agentes comunitários mirins viraram nossos próprios adolescentes que vinham no grupo também”

O Espaço *Kids* é uma ação mais recente que foi implementada pela equipe. Constituíam-se basicamente como uma sala de espera para os pequenos usuários da ESF, construiu-se um espaço de recepção e acolhimento para as crianças. Para tanto, foi aproveitado um cantinho da sala de espera, ao lado da porta de entrada, utilizando-se almofadas, materiais de desenho e sucata e brinquedos. O Espaço *Kids* era mantido limpo e organizado pelos membros da própria equipe – o que acabou por ocasionar seu encerramento, em função da necessidade de sua manutenção. Este espaço era utilizado não apenas por crianças que acompanhavam seus familiares em consultas ou aguardavam as suas próprias, mas também por crianças que estavam nas redondezas da ESF e entravam para ali brincar.

“Aqui vinham as crianças, não só as crianças que já estavam aqui, mas às vezes a gente até olhava e tinha criança que tava passando na rua e entrava e na verdade ficavam ali. Claro que tinha aquilo [...] que muitos pais levavam os brinquedos, mas era pra isso mesmo, porque a gente sempre tava repondo [...] o pessoal da equipe mesmo que vinha e trazia urso de pelúcia, brinquedinho. Então era um espaço bem legal”

A única atividade discutida em grupo focal que segue acontecendo é o Grupo Criança Sorridente. Tal atividade é restrita, focando nos cuidados bucais e alimentares do bebê, de forma que as mães são as participantes principais desse grupo, o qual ocorre de três em três meses. Relatou-se também uma atividade pontual realizada em parceria com a escola, compondo a Política de Saúde da População Negra, com a contação de histórias que tinham como protagonistas crianças negras.

Conforme discutido previamente, faz-se presente um sentimento de insegurança que parece associado à necessidade de formação, mas também associado a uma compreensão fragmentária da saúde mental, considerando-a objeto de trabalho de especialismos. Entretanto, enquanto grupo dispositivo operamos movimentos que desestabilizaram essas certezas e possibilitaram a construção de linhas de fuga impulsionando fluxos produtivos de vida. Reiteramos que não negamos a efetiva necessidade de formação dos profissionais da atenção básica, para o cuidado à saúde mental da criança, ainda assim percebemos que os sentimentos de insegurança e impotência que se associam a isso atuam imobilizando estes profissionais de modo que esses se veem impossibilitados de construir soluções criativas que aproveitem seus recursos já existentes. O relato e discussão dessas ações já realizadas pela equipe da ESF, no quarto grupo focal, em conjunto com a leitura da equipe do texto de restituição pareceram produzir esses efeitos de abertura de novas linhas. Ao retomar essas ações no quarto grupo focal, a equipe pareceu tomar-se de uma desesperança e de um sentimento de perda por não estarem mais realizando tais ações. Produzimos o texto da restituição com o intento de provocar uma movimentação nesse mal-estar que havia se instaurado a partir desses relatos, para que pudesse ser valorizada a realização dessas atividades com a compreensão de que, essa equipe possui saberes e conhecimentos adquiridos pela prática de trabalho proporcionada por tais ações.

Analisar essas atividades de uma perspectiva que as compreende como ações de cuidado em saúde mental nos permite ampliar nosso olhar acerca do que consideramos como

cuidado em saúde mental, especialmente no que toca à atenção básica, a questão premente para nossa pesquisa. As ações exploradas, em especial o Agente Comunitário Mirim e o Grupo de Adolescentes, estão carregadas de uma potência de cuidado que se assenta no vínculo com os usuários e com o território, no trabalho em rede e na longitudinalidade. Demonstrando, assim, que para a constituição de ações de cuidado à saúde mental da criança na atenção básica, em situações de sofrimento psíquico que não se caracterizam como graves, não necessitamos acessar apenas conhecimentos específicos ou especializados.

Observamos que a proposição do projeto Agente Comunitário Mirim e do Grupo de Adolescentes se deu pelo olhar atento das ACS para os usuários de seu território, olhar cuidadoso às necessidades de saúde da população adscrita. Menciona-se, inclusive, que uma das pessoas a propor a ação do Agente Comunitário Mirim possuía uma relação afetuosa com as crianças que atendia em atividade de acolhimento. Por isso estava atenta e preocupada ao observar as movimentações que essas crianças vinham fazendo no território, entendendo que essas estavam em situações de risco de uso de substâncias psicoativas pela presença das redes de tráfico no território. A responsabilização pela demanda é referida em relação à noção de território por Souza (2015) que avalia que essa deve acontecer nos espaços de vida dos sujeitos usuários da rede de saúde. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade e no território facilita que essa tomada de responsabilidade pela demanda aconteça nos espaços de vida da comunidade. Entretanto, consideramos que não existindo uma disposição e abertura dos trabalhadores de saúde da ESF para afetarem-se pela vida que pulsa no território, não haveria a possibilidade de responsabilização. A própria logística do Grupinho de Crianças em que as profissionais buscavam as crianças participantes em suas casas demonstra um cuidado que busca garantir o acesso da população e está atento para as particularidades da vida no território – no caso, a dificuldade da participação das crianças na atividade de grupo, se sua ida dependesse da família. Franco et al (2009) afirmam que são os afetos que possibilitam a construção de significados para o cuidado em saúde e para a relação entre trabalhadores e usuários, considerando que o processo de trabalho em saúde é sempre relacional. Ao tratar da falsa polarização entre vigilância e clínica, Franco et al (2009) discorrem sobre a produção de uma subjetividade – advinda dos processos de formação do SUS – que opera produzindo serviços e sujeitos implicados com “a promoção e prevenção de saúde, e por outro lado pouco

comprometidos com uma prática clínica cuidadora” (FRANCO et al, 2009 p. 30). Compreendemos, no entanto, que com as práticas de cuidados propostas por essa equipe se constituiu um espaço entre trabalhadores de saúde e usuários que abrangia tanto a promoção de saúde quanto o estabelecimento de um espaço relacional de cuidado marcado pelos afetos. Relembramos aqui que o Grupo de Adolescentes – um grupo que não está instituído como ação programática das Política Nacional de Atenção Básica (2012) – teve a duração de quatro anos. Apostamos ser possível e viável a construção de práticas de cuidado em saúde mental para a criança que partam dos afetos e desejos dos trabalhadores de forma a igualmente cumprirem com os princípios do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica.

O cumprimento das premissas da Estratégia de Saúde da Família parece possibilitar a construção de práticas de cuidado para a saúde mental da criança. Constituem-se como pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, o vínculo com a população, facilitado pela proximidade e pela garantia de maior acesso, e a continuidade e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012). A dinâmica que se estabeleceu entre as atividades do Agente Comunitário Mirim e do Grupo de Adolescentes onde, com o passar da idade, os participantes do primeiro ingressavam para o segundo grupo, criou uma Linha de Cuidado dentro da própria ESF. Podemos considerar que muitos desses sujeitos crianças e adolescentes foram acompanhados de perto por essa equipe durante sua infância e adolescência, cumprindo-se assim um cuidado longitudinal.

Ao operarmos esse movimento de virada, enquanto grupo dispositivo, na compreensão do que se configura como prática de cuidado em saúde mental da criança, retiramos o foco do que poderia ser considerado um cuidado medicalizado baseado na lógica biomédica, tendo o diagnóstico e a medicação como centros. Especificamente a respeito das práticas de profissionais da pediatria e medicina geral que atuam na ESF, Tanaka e Ribeiro (2009) sublinham que as práticas que esses referem utilizar centram-se no encaminhamento para serviços de saúde mental e na orientação. Já Gomes e outros (2015) relatam que os mesmos profissionais pediatras e clínicos gerais, apesar de não concordarem com a forma instituída do encaminhamento, que tem como principal desfecho a prescrição medicamentosa, não propõem outra forma de intervenção, não se envolvem na discussão com o especialista a respeito dessa conduta prescrita e realizam a manutenção da medicação por meio da mera renovação de receitas. Com o movimento de virada referido anteriormente, trazemos à luz as ações que a equipe de ESF já

instituiu, abrindo, assim, espaço para o fluxo de um discurso que privilegia o cuidado baseado nas necessidades dos usuários, no território e na longitudinalidade. Promovemos, da mesma forma, o reconhecimento das potencialidades desses profissionais de saúde e dos saberes que constituíram em suas práticas de trabalho em saúde.

Para a superação de um cuidado à saúde mental da criança no âmbito da atenção básica que não seja medicalizado, entendemos a prevenção quaternária como uma aliada para as nossas práticas. A proposta desta noção parte da prática da medicina de família (NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2012; JAMOULLE, 2014) e busca prevenir a hipermedicalização do cuidado, buscando identificar aqueles que estão em risco devido a tratamentos excessivos oferecendo-lhes alternativas eticamente aceitáveis, com o objetivo de se reduzir danos (NORMAN; TESSER, 2009; TESSER, 2012). Para tanto, se enfatiza a importância da relação médico-paciente e um cuidado contextualizado existencialmente. Tesser (2012) refere como ferramenta a ser utilizada o cuidado centrado na pessoa e na atenção primária à saúde, dando destacada ênfase para o caráter de longitudinalidade proporcionado pelo trabalho neste campo da saúde. O tempo se encontra aliado à longitudinalidade, pelo uso criterioso da chamada demora assistida, uma alternativa ao impulso de medicar/solicitar exames de maneira apressada, o que acarretaria na produção de iatrogenia (NORMAN; TESSER, 2009).

As atividades analisadas caracterizam-se pelo uso criterioso do tempo, o qual se produz em uma configuração ligeiramente diferente da proposta por Norman e Tesser (2009). O Espaço *Kids* pode ser caracterizado como uma ação que considera e respeita o tempo das crianças, essa estava aberta para a participação de todas aquelas que circulavam pelo território. Abriu-se, assim, um lugar para a convivência e acolhimento dentro de um serviço de saúde, sem que fosse necessária uma demanda em saúde ou alguma espécie de contrapartida para os usuários que garantisse sua participação na atividade. O uso do Espaço *Kids* pelas crianças não exigia um compromisso de agenda, dos profissionais, ou de agendamento, dos usuários. Essa ação surpreende pela sua simplicidade na execução, em face da potência de produção de saúde e de vida que ela oferece. O espaço lá estava para acolher as crianças, no momento em que elas desejassem, mesmo que não houvesse um profissional de saúde fixo acompanhando a atividade, sempre havia alguém na ESF que estava disponível a oferecer algum suporte, se necessário, inclusive o próprio profissional da segurança e portaria que também auxiliava na manutenção do

espaço. O criterioso uso do tempo se dava por meio dessa possibilidade de acolhimento permanente, notadamente pela participação de crianças que não estavam frequentando a ESF, no momento, para consultas ou para acompanhar familiares/cuidadores.

O acompanhamento e cuidado longitudinal que se estabeleceu a partir da dinâmica estabelecida entre o projeto Agente Comunitário Mirim e o Grupo de Adolescentes demonstra igualmente um uso criterioso do tempo justamente na criação dessa continuidade entre ambas ações - caracterizando-se, assim, em abertura de um lugar para a figura da criança e também do adolescente na saúde e na ESF. As políticas de saúde voltadas para a criança estabelecidas no Brasil partem da consideração da infância apenas em sua dimensão de adoecimento e fragilidade, como sujeito que necessita de proteção; entretanto, essas ações e a referida dinâmica entre essas proporcionam um lugar diferente para esses sujeitos. Abriremos aqui um intervalo para desfiar a Linha Criança, a fim de, em seguida, fazer a costura entre essa e a Linha Saúde Mental da Criança.

10. ATRAVESSAMENTOS E ENTRELAÇAMENTOS COM A LINHA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA

10.1 Linha Criança

A Linha Criança permeia todas as discussões levantadas durante os grupos focais, atravessando as demais linhas e se entrelaçando com essas, uma vez que ao propormos práticas de cuidado para a saúde mental da criança, assumimos determinada concepção de criança e também de infância¹⁰ para tanto. Nota-se que a figura da criança ainda está imersa em contradições, provocando sentimentos e pensamentos ambíguos nos adultos, enquanto sujeitos cuidadores dessas. Ora oscila-se entre a figura do sujeito que necessita de proteção e cuidado e está colocado como uma vítima em potencial, ora pende-se para a figura do sujeito que precisa ser vigiado e controlado por seu potencial de

¹⁰Embora seja impossível considerar a criança desconectada da noção de infância, optamos por tratar mais especificamente da noção de criança em nossa escrita e pesquisa. Ainda assim, estaremos trabalhando com uma noção de infância, focando na ideia de criança que sustenta essa.

delinquência, constituindo-se como ameaça ao futuro das demais pessoas (ARANTES; VAZ, 2012). Ressaltamos que a oscilação que se inclina para essa segunda figura opera principalmente por meio de um recorte de raça e classe que se materializa em nossa pesquisa por essa explicitar-se em um território habitado por uma população vulnerável socialmente, historicamente construída para abrigar a população negra da cidade de Porto Alegre que anteriormente residia na região do Centro. Tal oscilação sustenta-se no par dicotômico dependente-independente, em que a dependência da criança se daria por completo, não existindo espaço para a capacidade de autonomia devido, principalmente, a sua falta de maturação biológica e emocional – baseando-se na ideia de sujeito em desenvolvimento. Já a metade da independência desse par, conforme o também dicotômico par vítima-agressor, parece basear-se em uma noção determinista de construção e desenvolvimento de sujeito, a criança já está fadada desde cedo, de acordo com seu meio ambiente e de acordo com as características de personalidade que apresenta, a ser uma agressora. Seu futuro passa a ser traçado de forma independente de todas as intervenções e práticas de cuidado em saúde e saúde mental que poderíamos ofertar a elas.

Para a noção da criança como um sujeito totalmente dependente, localizamos em Corazza (2004) algumas das raízes desse entendimento. Corazza (2004) desvela a construção histórica da figura da criança compreendida como um ser irracional e animalesco, para o qual se dedicava um tratamento semelhante ao adestramento para que tivesse postura, como as tiras que os enfaixavam, à título de ilustração. Como um sujeito que necessitava de cuidados de vigilância e disciplinarização constantes, pela sua desumanidade, era também comum a compreensão da criança como um estorvo (CORAZZA, 2004). Vale lembrar também, da comum prática do infanticídio de modo a ser realizado abertamente – havendo a posterior transformação dessa prática, com a introdução do dispositivo da Roda dos Expostos, conforme tratado anteriormente no texto (DONZELOT, 1980; CORAZZA, 2004). Observamos traços dessa compreensão de dependência absoluta da criança no estranhamento dos participantes da equipe de

ESF com a autonomia que esses percebem nas crianças atendidas. Esta autonomia é vista negativamente, em alguns momentos, ao ser relacionada com o descaso ou a inépcia dos cuidadores promovendo assim uma culpabilização das famílias e inclusive uma patologização dessas crianças. Situa-se em um dos grupos que o momento em que surgem as demandas em saúde mental para as crianças é no início da vida escolar, quando essas passam a conhecer seus direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e começam a questionar os adultos cuidadores, ao exigir seus direitos. O comportamento de exigir seus direitos é lido como um comportamento de confronto que ocasiona perturbações nos relacionamentos familiares e, portanto, esse comportamento é patologizado. Configura-se, dessa forma, um cenário de medicalização dos confrontos que decorrem dos arranjos sociais no qual a criança é tida como alguém que não possui a capacidade de movimentar-se com certa autonomia das prescrições dos adultos.

Outro comportamento que captura a atenção dos participantes da equipe da ESF é a autonomia das crianças em se responsabilizar por suas demandas de saúde, isto é, por buscarem ativamente a ESF quando necessário e por apresentarem, com sua própria voz, suas necessidades e demandas quando em consulta/atendimento. A questão da comunicação com as crianças também emerge nesse contexto da dependência e da noção de uma criança desumanizada. Considera-se, por alguns dos profissionais da ESF, que é necessário haver uma especialização para que seja possível comunicar-se com as crianças, de modo a compreender suas demandas em saúde mental. Então, nos momentos em que essas usam sua própria voz para comunicar-se instaura-se um espanto e estranhamento. Entretanto, retomando nossa construção da Política de Saúde Mental Infanto-juvenil (BRASIL, 2005a), temos consolidados os princípios que consideram a criança como um sujeito que é responsável por seu sofrimento psíquico e, como princípio fundante, “a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito” (BRASIL, 2005a).

Podemos atuar no campo da atenção básica, em seu encontro com o campo da saúde mental, a partir de uma noção de criança que supera a dicotomia dependência absoluta-independência determinista. Para tanto, lançaremos mão da reflexão que Ferreira Neto (2015) empreende acerca da imanência entre micropolítica e macropolítica. Ferreira Neto (2015) explora, de fato, alguns dos dualismos elaborados por Deleuze e Guattari compreendendo-os como dualismos estratégicos que não reforçariam uma compreensão cindida e dicotômica de mundo e de vida. A ênfase está colocada nos processos

imanes desses dualismos. Kinoshita (1996) trabalha com a ideia de que a autonomia não se iguala à independência ou autossuficiência, ressaltando que somos todos dependentes, percebendo como problemático e potencialmente adoecedor quando nossa dependência é restrita a poucas relações ou coisas.

Propomos que na atuação na atenção básica, para o cuidado em saúde mental das crianças, tenhamos como ponto de partida a criança como um sujeito que se situa nessa imanência entre dependência e independência, ela necessita de nosso cuidado e atenção, mas concomitantemente a criança também pode e deve exercitar sua autonomia, sem que seja necessária a tutela constante dos adultos. Consoante já apontado, o projeto Agente Comunitário Mirim, o Grupo de Adolescentes e a dinâmica que se estabeleceu entre esses possibilitou a construção de um lugar diferenciado para a criança. Reconhece-se a necessidade de um olhar e atenção para aquelas crianças em risco de sofrimento psíquico severo, conforme avaliação das profissionais da ESF, e se constitui um espaço de cuidado que se consolida sobre a aposta na capacidade de agenciamento dessas crianças. A tônica não está colocada no treinamento das crianças para o trabalho, como poderia ser compreendida esta atividade, mas está na capacidade de aprendizado e de ação das crianças. Ao adquirir conhecimentos acerca da saúde pública e da ação dos Agentes Comunitários de Saúde, essas crianças se transformariam em agentes produtores de mudança não apenas de sua própria condição de saúde, mas de sua comunidade. O cuidado longitudinal proporcionado pelo seguimento com o Grupo de Adolescentes consolida o lugar daqueles sujeitos na ESF, com o reconhecimento de suas necessidades de serem cuidados e de suas necessidades de experimentarem sua autonomia e protagonismo, por meio das atividades que o grupo realizava.

10.2 Linha Rede

Embora não tenhamos explorado especificamente a Linha Rede, ela tornou-se presente nas demais já analisadas. Para a construção e efetivação de uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil faz-se imprescindível a construção de rede intersetorial e intrasetorial articulada, na qual a noção de rede se constitui como orientadora para o cuidado (BRASIL, 2005a; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; PAULA et al, 2012; BRASIL, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; COUTO; DELGADO, 2016). É

perceptível, porém, a dificuldade enfrentada por essa ESF em sua inserção em uma rede tal qual preconiza-se. Ainda assim, é a articulação em rede que proporciona a sustentação de algumas das atividades referidas, em especial a rede fora dos eixos das políticas públicas - a companhia de ônibus local, a gravadora de música do bairro, os locais visitados pelas crianças e adolescentes nas saídas de campo dessas ações e também a escola e a creche. No que se refere aos pontos da rede de saúde e de saúde mental, a equipe de ESF refere um sentimento de isolamento e abandono, pela escassez dos próprios serviços e de profissionais da rede em seu território e pelo afastamento do território, relativo ao centro da cidade, provocando um distanciamento da própria gestão da Secretaria de Saúde, no apoio que esta poderia oferecer à ESF. O Capsi que atende ao território da Restinga está localizado no centro da cidade e atende a uma área de abrangência desproporcional em relação a sua capacidade de atendimento. Além disso, parte dos usuários da rede tem dificuldade de acesso ao serviço, pela distância e condições socioeconômicas, não tendo como pagar pelas passagens de ônibus para tanto.

A equipe de ESF parece elaborar uma alternativa para sua frágil inserção na rede intra e intersetorial com a criação de uma rede interna baseada na própria equipe e em sua comunidade. Construindo, assim, uma rede menos técnica, conforme sugere Souza (2015). Na discussão a respeito das ações implantadas, emergem dificuldades, desconfortos e ruídos entre os participantes, acerca das razões que motivaram a descontinuidade das referidas atividades. Aponta-se com veemência a necessidade de suporte da própria equipe para a manutenção das ações, entendendo-se essas como trabalho em equipe.

“Eu ajudava, mas não era meu”

“Só que todo mundo ajudava todo mundo. Era só a referência, mas o grupo era de todos”

“Só que, tipo assim, quem tem afinidade, ninguém quer participar, mas às vezes eu contribuo com alguma coisa, eu contribuo com outra, ah, mas eu gosto de fazer tal coisa, mesmo que não era referência, todo mundo participava, porque era da equipe”

Tais falas expressam de um compromisso da equipe multiprofissional em manter e sustentar as atividades, assumindo a responsabilidade por todas as demandas acolhidas pela ESF e por todas as práticas de saúde ali implementadas. O próprio estabelecimento do que entendemos como uma Linha de Cuidado para a criança e o adolescente, nas ações especificadas, se constituiria como uma rede interna a fim de acolher e cuidar dessa população. A Terapia Comunitária insere-se igualmente nessa rede interna e nos arranjos possíveis para se manejar a demanda reprimida que se forma com o acúmulo de casos que necessitam do apoio matricial. Cita-se que algumas crianças foram encaminhadas, por prescrição da/o profissional de medicina da equipe, para participar das reuniões de Terapia Comunitária. Esta atividade é voltada para o público adulto e mesmo os profissionais da ESF, enxergam com ressalvas a participação de crianças nessa, ainda assim avaliam que tais encaminhamentos tiveram efeitos positivos para os usuários. Discutimos em conjunto com a equipe o possível benefício da participação das crianças na Terapia Comunitária como um recurso para evitar o agravamento de situações de sofrimentos psíquicos potencialmente severos, enquanto se aguarda o atendimento pelo apoio matricial e pela EESCA.

Entretanto, entende-se como necessário o investimento da equipe de ESF no fortalecimento da articulação em rede, percebemos que já existem conexões com as escolas e creches e com o serviço da rede especializada da região, mas a equipe se fecha em si e nas redes locais com a comunidade para compensar as deficiências dessas conexões. A ausência do setor da Assistência Social é bastante curiosa, considerando que historicamente sempre foi atuante nas políticas voltadas para a criança e inclusive pelo prédio do CRAS situar-se no mesmo terreno da ESF. O movimento da constituição de uma rede interna, como a estamos nomeando, também é relevante, uma vez que fortalece a ESF enquanto um dos pontos de ancoragem de uma rede pública ampliada para a criança e o adolescente (COUTO; DELGADO, 2016). Ainda assim, para que a ESF possa cumprir com seu papel como ordenadora e centro de comunicação da RAPS (BRASIL, 2013b), garantindo a ampliação do acesso da população em geral à atenção psicossocial (BRASIL, 2013b), é imprescindível que as relações com os demais pontos

da rede intersetorial seja uma prioridade para a equipe de Estratégia de Saúde da Família.

10.3 Linha Estratégia de Saúde da Família

Analisar separadamente nosso emaranhado de linhas é tarefa complexa, uma vez que essas linhas se cruzam e entrelaçam de modo a sustentarem umas às outras, muitas vezes estando indiferenciadas. A Linha Estratégia de Saúde da Família destaca-se como uma linha transversal às demais, se fazendo presente de forma constante. Desse modo, acreditamos que não conseguiremos esgotar todos os pontos e linhas de fuga que poderiam advir da referida linha. Destacaremos um aspecto dessa linha que atua para a manutenção da Linha Rede.

A equipe refere que houve uma época em que se realizava um planejamento e programação anual. Todo mês tinha sua programação específica, contemplando ações de promoção e de prevenção de saúde, assim como atividades comemorativas e festivas.

“Aqui já foi uma equipe que, cada mês de programação se fazia uma atividade, todo mundo pegava junto. A gente até tinha a festa das crianças que foi aumentando, a gente começou com 150 e depois foi pra 200 [...] A gente fazia, o único mês que não tinha atividade era janeiro e fevereiro. Março, mês das mulheres. Abril, páscoa. E assim ia indo, todas as comemorações a gente fazia pra comunidade”

Com isso, se possibilitava um estreitamento dos laços entre equipe da ESF e comunidade. Abriam-se oportunidades de os usuários frequentarem um espaço de saúde em ocasiões que não possuíam como único foco a doença, de modo que a ESF se configuraria como uma equipe que trabalha para a produção de vida e não apenas para a cura de moléstias. Conhecer o seu território de abrangência, para que assim se efetive um planejamento local está entre as atribuições da ESF (BRASIL, 2012; JESUS, 2013) e esta se consolidava como uma prática dessa equipe, realizando ao início de cada ano um planejamento. A Linha Rede expressa também acerca da relação com a comunidade, a partir dos vínculos que se estabelecem entre essa e a equipe de ESF. Estas são particularidades e potencialidades da ESF, a valorização do vínculo com os usuários e

com suas famílias (JESUS, 2013) e o fortalecimento da articulação com a comunidade, propiciando um respaldo para a efetivação da participação popular (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Indiretamente relacionado ao nosso tema de pesquisa, a equipe descreve o Grupo de Gestantes que ocorria à mesma época dos demais grupos e ações mencionados, funcionando nos mesmos moldes do estabelecimento de parcerias com redes locais intersetoriais e, nesse caso, também intrasetoriais (hospital no qual se davam os partos), com saídas para o território. Estabeleceu-se entre as mulheres que haviam participado e participavam desse grupo, um laço de solidariedade. A ACS que coordenava a atividade entregava *kits* com roupinhas de bebê para as mães e criou-se o costume de essas mães devolverem para a ACS ou para outro profissional da ESF as roupinhas, quando essas já não eram mais necessárias ou mesmo entregar outras roupinhas que não faziam parte do *kit*, para que as novas mães pudessem utilizar com seus bebês. A produção de saúde e de vida se dá no entremeio desse estabelecimento de redes que lança mão das tecnologias leves.

“tem essa função de solidariedade entre elas tinha muito[...], mesmo não tendo mais o grupo ainda tem, elas me têm como referência pra receber as roupas e passar pra quem precisa”

11 LINHA PESQUISA – OS DESLOCAMENTOS

Este capítulo é uma extensão do capítulo “Os grupos”, pois aqui trataremos de alguns dos movimentos que a pesquisa-intervenção foi operando nos participantes e alguns desses movimentos de desterritorialização e reterritorialização já estão descritos naquele grupo. Buscaremos aprofundar o que esses deslocamentos produziram. Percebemos como principal efeito desencadeado pela intervenção trazer à tona a própria figura da criança. Em um encontro com a Linha Criança, temos as manifestações iniciais de que não existe o hábito dos profissionais de conversarem ou se dirigirem diretamente para às crianças, em consonância com o entendimento de que para se comunicar com as crianças seria necessário um saber especializado, como já tratado anteriormente.

“Muito raramente a gente conversa com as crianças, né, a gente conversa mais com os pais”.

“Não se tem muito o hábito de escutar a criança, a não ser que seja um adolescente [...] eu faço com que eles [adolescentes] falem, mas quando a criança é menor, tem

menos de doze anos a gente, eu pelo menos, sempre escuto a mãe e daí não pergunto. A não ser que a criança fale, porque às vezes a criança se manifesta, né”

Porém, essas certezas e inseguranças se desterritorializam rapidamente, criando fraturas que se abrem para questionamentos e construções inéditas de saberes, ao se trazer para a luz a figura da criança como um sujeito com potencial autonomia e voz própria.

“eu acho que trouxe à luz mesmo, sabe? Porque eu pude perceber as gurias comentando, fora de horário, sobre alguma coisa que foi falada nesse momento”

Os territórios antes construídos sobre a incerteza e insegurança que as certezas dos especialismos criam para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família passam a se assentar em novas bases. Isto é, produziram-se reflexões que permitiram o reconhecimento dos saberes já estabelecidos pela equipe, tanto saberes construídos com a experiência das práticas desenvolvidas, quanto saberes referentes à Política de Atenção Básica e demais legislações e políticas públicas que sustentam a prática de uma ESF. O texto de restituição parece haver provocado efeitos produtivos nesse sentido, ao dar ênfase às atividades realizadas e ao potencial de cuidado e de produção de saúde dessas, instigando os profissionais a retomarem o projeto Agente Comunitário Mirim, também se cogitou a possibilidade da criação de uma Rodinha de Terapia Comunitária, voltada apenas para as crianças.

Além da efetiva proposição de ações, percebemos por meio dos próprios relatos dos participantes, assim como através das discussões realizadas nos grupos focais, uma nova disposição e posicionamento na escuta e cuidado à criança. Passa a compor o repertório de práticas de cuidado um olhar afinado, voltado para a criança e seu contexto de vida, que busca ouvi-la e se preocupa em acolher suas demandas. No encontro de restituição, um profissional expressa sua dúvida em como atender da maneira mais adequada, em um procedimento odontológico, uma menina que havia sido vítima de violência sexual, contando como se deu o atendimento e como esse procedeu, com a ajuda de outro profissional da ESF. Pontuamos o quanto isso já aponta uma mudança necessária e positiva, uma vez que se faz imprescindível a prática da reflexão, do olhar diferenciado para aquele sujeito e do trabalho em equipe, a fim de ofertar um cuidado que respeite a singularidade daquela situação. Contamos também com um relato de uma ACS que, em uma visita domiciliar, conversa com uma criança componente da família, a qual solicita para a profissional escovas e pasta de dentes para a família. Desenrolando, assim, um

vínculo entre usuária e profissional, envolvendo o restante da família e estimulando práticas de cuidado que não se encontravam na rotina familiar.

“A gente já passa a ter um olhar diferente porque ela comentou muito sobre o guri depois eu atendi, daí depois tu atende de uma outra forma [...] porque tu entende um pouco mais as necessidades da pessoa e não só o exame clínico que apresenta, porque talvez tenha um componente clínico, mas também tem o componente da saúde, de como ele vive, de qual é a história dele, que é uma coisa bem subjetiva, né”

“fez com que a gente tivesse um outro olhar pra criança, como a gente disse no início, quando a gente fazia a visita [domiciliar], a gente não ia perguntar pra criança, como a criança estava, a gente sempre ia na mãe [...] Eu acho que foi bem legal, pra mim pelo menos, abriu meus olhos, eu não fazia isso. Agora eu já consigo conversar com as crianças”

Investimos na aposta da pesquisa-intervenção de transformar a realidade para assim conhecê-la (ROCHA; AGUIAR, 2007; BARROS; CÉSAR, 2015), mesmo que nossa proposta de intervenção em campo apresentasse suas limitações de tempo e de enquadre, em função da proposição da metodologia de grupo focal. Estamos de acordo com Jesus (2013) quando esse afirma que a pesquisa-intervenção, em seus dispositivos que se materializam nos campos de intervenção, afirma “o ato político que toda investigação constitui” (JESUS, 2013, p. 517). A transformação do modo com que os profissionais se relacionam com seus usuários crianças no decorrer da pesquisa-intervenção nos aponta para o caminho de que não é apenas necessária uma prática de escuta das crianças na Estratégia de Saúde da Família, como também é possível de se inserir tal prática nas atividades cotidianas, nesse equipamento da Atenção Básica. Essa escuta consolida-se como uma ação de saúde mental que a Atenção Básica tem potencial para desenvolver (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Durante o decorrer dos grupos, o foco de nossa pesquisa parece ter se transformado ligeiramente. Da saúde mental da criança, passamos a olhar com maior atenção para as práticas dos profissionais de saúde para com as crianças, de forma que a figura da criança se tornasse visível para esses trabalhadores enquanto sujeito a ser respeitado e escutado em suas singularidades e demandas. Esse aparente desvio de foco foi o que proporcionou que pudéssemos iniciar uma reflexão acerca de ações e atividades que se constituíssem como cuidado para a saúde mental das crianças, dentro das responsabilidades da atenção básica, em parceria com a rede especializada.

“não só algumas mudanças de conceitos, mas elaborar alguns conceitos. Como que eu vou dizer se uma criança saudável? Como a gente vai considerar se ela é saudável ou não? A gente tá considerando os aspectos mentais e psicológicos? O que a gente considera e não considera? Acho que isso que eu vi as gurias comentando entre si, achei bem legal. Realmente trouxe à luz essa preocupação, uma sementinha”

Cabe ressaltar que essa pesquisa-intervenção atuou igualmente para a emergência de um potencial que já estava instalado na equipe de ESF. Retomando rapidamente o dispositivo de Deleuze (1990), as linhas que fomos compondo e desfiando em seus regimes de visibilidade e enunciação carregavam as experiências e saberes desses profissionais que se encontravam à sombra ou emudecidas. Isso se ilustra em aparentes pequenos gestos, como avisar para um bebê de poucos meses que irá vaciná-lo ou na elaboração de uma intervenção odontológica.

“É, eu sempre digo, quando eu to vacinando os bebês, eu falo pros bebês ‘Oh, Fulana, a tia vai fazer uma picada’. O bebê pode ter dois meses, três meses, eu falo, aviso que eu vou picar”

“Mas a gente [odontologistas] tem muito a questão de a partir de certa idade tu tem que considerar o empoderamento da criança pra adquirir o hábito saudável, sabe? Então a gente tem que fazer um manejo direcionado pra criança pra criança se responsabilizar pelo auto cuidado, então geralmente ali a partir de sete, oito anos tu acaba tendo que fazer uma abordagem com a criança”

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão de como podemos cuidar da saúde mental da criança nos espaços da Atenção Básica surgiu a partir da constatação da centralidade e quase exclusividade que o CAPSi ocupa para tanto. Ao ocupar essa função do cuidado da saúde mental da criança de forma centralizadora (e não apenas central), não há a aposta de que esse cuidado possa ser compartilhado em suas responsabilidades e manutenção com outros serviços da rede de saúde. Ressaltamos que essas reflexões estão circunscritas a uma experiência de trabalho, em uma região específica da cidade de Porto Alegre, não obstante acreditamos que experiências semelhantes devem se dar em diferentes localidades do país. Percebemos que a atenção básica, Unidade Básica de Saúde e equipe de Estratégia de

Saúde da Família, em seu limitado e esparso contato com o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil não se entende como um ponto de cuidado a compor a Rede de Atenção Psicossocial e, assim, não compõe um cuidado compartilhado. Nesse entremeio em que o CAPSi não possui a capacidade de atender a toda a população infantil que está em sofrimento psíquico, tais crianças permanecem sem assistência e cuidado, inseridas em seu território.

Com isso, partimos com o objetivo de investigar qual o cuidado que poderíamos construir, em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, para a saúde mental das crianças. Nossa aposta estava colocada na Atenção Básica por considerarmos que essa se configura como um lugar propício para esse cuidado, por sua função de promover o acesso da população à saúde e sua inserção no território, o que possibilita a construção de um vínculo mais duradouro com os usuários. Para cumprir com nosso objetivo, realizamos uma pesquisa-intervenção, por meio do dispositivo do grupo focal com trabalhadores de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. A proposição de uma pesquisa-intervenção no cenário dos serviços e políticas públicas de saúde se alinha ao nosso compromisso como pesquisadoras que acreditam na consolidação do Sistema Único de Saúde, buscando contribuir para a construção de diretrizes para tanto (JESUS, 2013).

A princípio, consideramos que nos debruçaríamos sobre o limbo que se forma para as crianças que permanecem sem cuidado em saúde mental, por não se caracterizarem como quadros de sofrimento psíquico severo e persistente, entretanto nos deparamos com um espaço de limbo mais generalizado. Isto é, limbo pois se constitui com um não lugar, a criança em si parece ocupar um não lugar e isso se repete no setor da saúde. Como usuária de um serviço de saúde, como sujeito com necessidades e demandas de saúde, a criança, em realidade, não é considerada como esse sujeito usuário do SUS. A escuta das demandas e necessidades dessa se dá predominantemente por meio da palavra de seus pais e cuidadores. A histórica lacuna de políticas públicas voltadas para a saúde mental da criança e o seu lugar predominantemente objetual na constituição histórico-social brasileira parecem coerentes com esse não lugar da criança na Atenção Básica com o qual nos deparamos inicialmente.

A pesquisa-intervenção, tomando o grupo como um dispositivo, nos permitiu produzir em conjunto com os participantes da pesquisa análises que ilustram os dinâmicos saberes e práticas que circulam no espaço de uma Estratégia de Saúde da Família. A

saúde mental não parece, por momentos, encontrar lugar na Atenção Básica, pela compartimentalização dos saberes e consequente fragmentação do cuidado. Enfatiza-se a falta de formação dos profissionais da ESF para o cuidado à saúde mental da criança, como um impeditivo paralisante e gerador de angústia. O diagnóstico ocupa lugar excessivamente central para esse cuidado, pautando-o em conjunto com o encaminhamento medicalizado operado pelas professoras da escola, em sua relação com a ESF. A inserção da equipe na rede intersetorial e na RAPS é incipiente por vezes, as conexões entre os profissionais dos diferentes serviços não possibilitam a prática do diálogo e do compartilhamento de responsabilidades conforme seriam necessárias para a efetivação do cuidado e para o cumprimento das diretrizes das Políticas Públicas de Saúde Mental. O Apoio Matricial não se constitui como um espaço de formação que contemple a equipe, uma vez que a sua configuração personaliza a participação nessa atividade.

Entretanto, deu-se a produção de desterritorializações que operaram na elucidação de novas linhas de visibilidade e de enunciação. A figura da criança passa a ser percebida pelos profissionais de saúde participantes como um sujeito que possui a capacidade de se responsabilizar por seu sofrimento e por sua demanda. Dito de modo bastante simples: a equipe passa a perceber a criança como um sujeito que é usuário de saúde e que pode falar de sua própria dor. O espanto inicial com a possibilidade de estabelecer um cuidado à saúde mental da criança, pela compreensão de que não seria possível se comunicar com uma criança sem uma formação profissional para tanto, cede lugar para uma postura aberta e um ouvido atento. Passou a ser possível se dirigir a palavra para as crianças durante uma Visita Domiciliar, por exemplo, ouvir sua demanda, de modo contextualizado ao cenário daquela família, e se atender essa. À revelia dos nossos objetivos com essa pesquisa, levamos para essa equipe de Estratégia de Saúde da Família a pergunta, “E a criança?”. Para que pudéssemos elaborar um debate em torno das práticas de cuidado para a saúde mental dessa, foi necessário primeiramente enxergar a criança como um sujeito de direitos que também se constitui como um sujeito com direito a ser cuidado. As reverberações desses deslocamentos se seguiram em momentos para além dos grupos em si, com a inserção de um olhar e ouvido apurado para a criança e suas demandas de saúde mental nas práticas de cuidado em saúde já estabelecidas na rotina de trabalho.

Partindo desses deslocamentos, abriu-se a oportunidade para a discussão acerca de ações que poderiam ser implementadas por meio do resgate da história dessa equipe de ESF. As atividades analisadas colocam em cena importantes preceitos da Atenção Básica e da prevenção quaternária que são constituidores imprescindíveis de práticas de cuidado em saúde mental. O vínculo a abertura afetiva para com os usuários foi condição primordial para que se desse a proposição das ações de cuidado. Por meio da responsabilização da equipe pela demanda de seus usuários crianças, deu-se a efetivação de um cuidado baseado nas necessidades desses usuários. Consideramos que essas práticas puderam superar um cuidado em saúde mental medicalizado ao se proporem comprometidas com a longitudinalidade e com o criterioso uso do tempo. Estabeleceram-se espaços que proporcionavam o acolhimento e a convivência para as crianças. As ações analisadas e que haviam sido implementadas pela equipe abriram lugares para a criança a considerando como um sujeito dependente que necessita de cuidado e olhar atento, mas que também possui a sua capacidade de agência e de autonomia. Essa constatação é deveras importante, pois demonstra que mesmo com a dificuldade inicial de se enxergar a criança enquanto um sujeito, já se encontrava circulando na equipe o potencial para o reconhecimento da criança como sujeito.

Como relevante contraponto à paralisante angústia advinda da escassa formação para o cuidado em saúde mental da criança, pontuamos que a equipe se encontra equipada com os saberes construídos em sua experiência de trabalho das atividades já implementadas. Realizamos tal apontamento com o intento de promover a valorização do saber da experiência, reconhecendo que os saberes constituídos na Atenção Básica concorrem para o estabelecimento de práticas de cuidado em saúde mental da criança. Distinguimos, ainda assim, a necessidade de formações voltadas para esse tema, para os profissionais da Atenção Básica, e compreendemos que o Apoio Matricial poderia trabalhar nesse sentido, favorecendo igualmente momentos de formação para as equipes, além das atividades de discussões de caso e atendimento conjunto. Sugerimos que se realizem pesquisas e estudos que atentem para essa deficiência de nosso Sistema Única de Saúde, com a proposição de formações em saúde mental da criança, e investiguem as formações já existentes com o intuito do compartilhamento dessas informações. Percebe-se igualmente a necessidade de outros estudos e pesquisas que abordem a questão da ESF como um ponto da rede que se estabeleça como atuante e propositivo, compartilhando responsabilidades. Esse é um dos nós em que a equipe de

ESF pesquisada se encontra enredada, construindo como saída para isso o investimento em redes locais, com a comunidade e usuários, e em uma rede interna, circunscrita ao leque de ações do serviço e à própria equipe.

O investimento na construção de práticas de cuidado em saúde mental para as crianças na Atenção Básica não se configura como um encargo a mais e diferenciado para as equipes atuantes nesse nível de atenção do SUS. Os saberes e práticas necessários para tanto já fazem parte do repertório dessas equipes. O acolhimento, a escuta qualificada, o acompanhamento longitudinal e o estabelecimento de vínculo com os usuários já se constituem como componentes da caixa de ferramentas daqueles que operam na Atenção Básica. Dessa forma, faz-se possível a construção de práticas de cuidado para a saúde mental das crianças por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, mais especificamente, de modo que se consolida a integralidade como um meio de concretizar a saúde (PINHEIRO, 2008). Concomitantemente, tal construção possibilita a constituição da criança como um sujeito que não apenas carece de atenção e educação dos adultos e sim como alguém que está se formando como pessoa e, desse modo, possui competência para dar voz e corpo para suas dores e seus projetos de vida.

13 APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos você a participar da pesquisa sobre o cuidado à saúde mental da criança na atenção básica. O nome deste Projeto de Pesquisa é “Práticas de cuidado da saúde mental infantil: das possibilidades da atenção básica” e tem como objetivo analisar qual o cuidado possível que pode ser construído para a saúde mental da criança, no espaço da atenção básica. Essa é uma pesquisa de mestrado, do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os procedimentos desta pesquisa consistirão em quatro encontros de grupo-focal, com duração aproximada de 1 hora, a serem agendados de acordo com a disponibilidade dos participantes da pesquisa, em local a ser combinado também de acordo com a disponibilidade dos participantes; contaremos ainda com uma reunião anterior aos encontros do grupo-focal para o convite e apresentação da pesquisa, assim como para a organização e agendamento dos quatro encontros do grupo-focal. Busca-se nestes encontros a realização da discussão de situações de trabalho cotidianas a respeito do cuidado em saúde mental da criança, com vistas a construir uma análise das possibilidades deste cuidado no espaço da atenção básica. Os encontros serão gravados pela equipe de pesquisadoras e serão realizadas anotações durante estes encontros. Os dados produzidos serão utilizados somente para os fins desta pesquisa e ficará sob a guarda da pesquisadora, em armário chaveado, na UFRGS, durante cinco anos. O sigilo e a privacidade dos participantes serão garantidos durante todas as fases da pesquisa. Os resultados gerais obtidos somente serão divulgados em aulas, congressos, palestras ou periódicos, sem finalidade comercial ou publicitária.

Os riscos previstos para os participantes da pesquisa são mínimos, podendo ocorrer situações desconfortáveis ao se discutirem questões relacionadas à rotina de trabalho e/ou relações de trabalho – neste caso as pesquisadoras se dispõem a acolher e conversar com os participantes que sentirem algum desconforto. Os benefícios previstos consistem na ampliação e qualificação do cuidado da saúde mental da criança. Garantimos ao participante da pesquisa a plena liberdade a recusar-se participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

Você poderá esclarecer as dúvidas sobre a participação no projeto com a pesquisadora responsável, Rosemarie Gartner Tschiedel pelo e-mail: rosetchiedel@gmail.com ou com a mestranda Dafni de Melo pelo e-mail: dafni.melo@gmail.com e pelos respectivos telefones: 51 33085066 ou 51 993048161; ou com o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600; Fone 33085698. E-mail: cep-sico@ufrgs.br; ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde/PMPA, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar; Fone 32895517; E-mail cep-sms@sms.prefpoa.com.br.

Nome Completo do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Data: ___/___/_____

APÊNDICE B

Cartões Segundo Grupo Focal

CARTÃO 1

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura das doenças. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 23)

“Hoje se fala muito, ‘Tudo é saúde mental’, tudo são problemas psiquiátricos. Eu não sei, mas eu vejo que muita coisa não é saúde mental”

CARTÃO 2

As crianças e adolescentes frequentam com assiduidade as UBS por vários motivos e estes momentos de contato representa, oportunidades importantes para acolhimento, observação e aconselhamento das famílias mesmo quando a queixa não é explicitamente relacionada com saúde mental. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 106)

“Então a gente tem que fazer um manejo direcionado para a criança, pra criança se responsabilizar pelo autocuidado, então geralmente ali a partir de sete, oito anos, tu acaba tendo que fazer uma abordagem com a criança”

CARTÃO 3

Crianças não são adultos em miniatura. São sujeitos ativos [...] pessoas em desenvolvimento, o que implica no conhecimento de suas formas de ser, sua história, dinâmica familiar. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 108)

“[...] geralmente se fala com os pais, nunca se pergunta pras crianças ‘O que tu tá sentindo?’, ou ‘Como tu te sente?’, ‘Como é o tratamento com o teu pai, como é o tratamento com a tua mãe?’. Eu acho que é isso que precisa ser avaliado, de como que a criança tá se sentindo dentro daquele ambiente familiar”

CARTÃO 4

Antes e primeiro de tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. (Caminhos Para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, página 11)

“[...] quando eu to vacinando os bebês, eu falo pros bebês ‘Oh, Fulana, a tia vai fazer uma picada’. O bebê pode ter dois meses, três meses, eu falo, aviso que eu vou picar”

CARTÃO 5

Uma avaliação ampliada deve compreender a criança e o adolescente de forma integral e ressaltar as áreas de resistência (força) e a capacidade de recuperação (resiliência) e não apenas a patologia. É a identificação desses pontos fortes que vai possibilitar a construção de forma significativa do vínculo com o profissional de saúde, e ser o método mais útil para delinear o projeto terapêutico. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 111)

“Tem uma hora que tu precisa te afastar um pouco e reavaliar [...] às vezes tu tá tão focado na área da saúde que tu quer achar uma patologia, tu quer achar uma doença ali. Bom, se afasta, vamos olhar mais de longe e ver o que tá acontecendo. De repente não tem nenhuma doença mesmo”

CARTÃO 6

Os profissionais da Atenção Básica estão em posição privilegiada para identificar e acolher questões relativas ao sofrimento psíquico e instituir ações de assistência para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 112)

CARTÃO 7

Não deve ser menosprezada a importância de conversar diretamente com a criança, por menor que ela seja, pois ela sempre tem o que dizer. Essa atitude de escuta por parte de um adulto interessado pode ser determinante para sua possibilidade de superar impasses. (Caderno 34 – Saúde Mental na Atenção Básica, página 109)

“Não se tem muito o hábito de escutar a criança [...] Mas é difícil no acolhimento, tu pode ver uma criança mais introvertida que nem te olha, mas, de um modo geral, elas chegam ali com a mãe e quem fala é a mãe ou o acompanhante ou o pai”

CARTÃO 8

O poeta nos ensina que promover saúde mental é abrir espaços familiares e comunitários de perda de tempo, de estar à toa. É o que gera poesia ou saúde. Promover saúde também é esquecer-se dela no bom sentido, brincar com ela em todos os sentidos. (Caderno 33 – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, página 234)

APÊNDICE C

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional

Restituição

Nosso objetivo com a reunião do dia 26/09 é restituir, isto é, compartilhar com a equipe participante da pesquisa o que produzimos em termos de análise de material de dados. A restituição propõe que os participantes tomem conhecimento das análises produzidas e que possam contribuir com suas impressões e avaliações sobre estas, de modo a seguir sua contribuição na produção de conhecimento desta pesquisa. Este texto visa adiantar os pontos principais da discussão, considerando que nosso tempo de reunião será limitado.

Como esperado e inevitável, a figura da própria criança surge como questão provocadora de dúvidas e de anseios. Fez-se presente nas discussões e reflexões da equipe uma ambivalência a respeito da figura da criança. A criança não parecia ser considerada a figura central no momento da ação de saúde, admite-se que não se costuma conversar muito diretamente com esta, o olhar do profissional que presta o cuidado se volta para a criança partindo do que tem a dizer o adulto/cuidador que a traz para atendimento. Do mesmo modo, causa um estranhamento esta atual postura das crianças que agem com maior autonomia e que buscam criar com os adultos uma relação em um quase pé de igualdade. No decorrer dos grupos, os próprios participantes da pesquisa percebem e enunciam que este estranhamento com esse agir das crianças da atualidade tem origem no fato de que eles próprios cresceram e viveram sendo crianças que viviam e se comportavam de outro modo, existe, entre a equipe, o entendimento de que é preciso transformar as práticas de cuidado e de escuta das crianças, criando novos jeitos de se relacionar. Isto acaba criando um impasse na maneira de se relacionar com as crianças atendidas e cuidadas pela equipe, uma vez que se tem o referencial de uma infância que já não corresponde com a infância que é vivida hoje e possivelmente, em alguns casos, em uma condição muito diferente. Esta dificuldade que a equipe apresenta

enquanto profissionais da saúde também é percebida nos cuidadores e familiares destas crianças – que, além disso, apresentam os mais variados sofrimentos psíquicos que se somam aos sofrimentos advindos das desigualdades sociais vividas por elas. A pergunta que fica para aprofundar em busca de possíveis respostas é: como podemos cuidar dessas crianças as considerando como sujeitos ativos e autônomos, de maneira a também não negligenciar os necessários limites e bordas que precisamos construir para esses pequenos sujeitos?

O impasse mencionado acima tem origem também em outra problemática levantada pela equipe participante que é o entendimento de que a equipe não é capacitada para realizar o cuidado em saúde mental das crianças. Uma vez que se acredita não possuir um conhecimento teórico e técnico para tanto, acaba por se recorrer aos conhecimentos que adquirimos em nossas experiências de vida. Nessa situação, em específico, a equipe acaba por recorrer às suas experiências enquanto cuidadores primários em suas próprias famílias e em suas experiências em suas próprias infâncias. É fato concreto e reconhecido pela equipe pesquisadora que esta equipe de ESF (e acreditamos que a experiência de outras ESFs não seja muito diferente) acaba estando solitária na sua tarefa de cuidado com a saúde mental da criança. O matriciamento acaba sendo uma atividade muito focada em poucos casos, acessível a apenas um profissional da equipe que já não consegue compartilhar os conhecimentos que acaba por construir, pois as demandas por quantidade de atendimentos e atividades e as reuniões de equipe de tempo limitado deixam pouco espaço e tempo para esse compartilhamento. O suporte das equipes especializadas da rede de saúde mental é bastante frágil – para não dizermos inexistente -, em especial neste território da cidade que não é assistido em termos de equipamentos de saúde mental. Em última instância, a equipe acaba contando apenas com sua própria rede interna e com a rede do próprio território. Este cenário de escasso suporte da rede e pouco (ou nenhum) investimento em formações para o cuidado da saúde mental infantil não é exclusivo da cidade de Porto Alegre ou desta região em específico, mas é observado também em outros municípios do país.

Considerando essa necessidade de uma rede interna para que a equipe possa se apoiar e possa implementar um cuidado à saúde mental da criança, a própria equipe participante nos apresenta saídas possíveis. Apesar de se entenderem como não capacitados e não treinados para a tarefa em específico que buscamos investigar nessa pesquisa, vislumbramos, em diversos momentos dos quatro encontros de grupo focal,

que a equipe participante possui um conhecimento acumulado de sua própria experiência de trabalho, assim como um conhecimento das políticas públicas que orientam o trabalho de saúde na atenção básica. São diversos os momentos em que os participantes relatam ações realizadas nos atendimentos aos pequenos usuários que nos mostram que são profissionais capacitados para escutar e acolher os sofrimentos das crianças. O sinal mais evidente disso foi a própria transformação da equipe pelo processo da pesquisa que afirma ter passado a poder olhar de forma mais atenta para a criança e para todo o contexto que a envolve. Percebemos também a capacidade da equipe de construir uma rede interna ao estabelecer algo tão complexo como uma linha de cuidado da infância e da adolescência própria dessa ESF ao implementar grupos de cuidado para as gestantes, para o cuidado bucal e alimentar do bebê, grupos e projetos para as crianças e grupos para os adolescentes. Mesmo que algumas dessas ações sejam de um momento anterior, a equipe segue capaz de implementar ações que objetivam a promoção da saúde e, portanto, a promoção da saúde mental, tais como a Terapia Comunitária, Cabide Solidário, Espaço Kids e ações conjuntas com a escola e o PSE. O reconhecimento vem, até mesmo, através de premiações de algumas dessas ações. Obrigamo-nos a informar, à equipe participante, que encontramos poucos registros de ações similares a estas em artigos científicos de nosso país e inclusive encorajamos a equipe a poder escrever sobre estas suas experiências para poder compartilhar com equipes de saúde da atenção básica de outras localidades.

14 REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? E outros ensaios**. Chapecó, SC: Argos. 2007.
- ALTOÉ, Sonia. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec. 2004.
- AMADOR, Fernanda Spanier; LAZZAROTTO, Gislei Domingas Romanzini; SANTOS, Nair Iracema dos. Pesquisar-Agir, Pesquisar-Intervir, Pesquisar-Interferir. **Revista Polis e Psique**. v. 5 n. 2. 2015.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998.
- ARANTES, Esther Maria Magalhães; VAZ, Paulo. Entre a delinquência e o risco. Notas sobre a infância no contemporâneo. In: BATISTA, Vera Malaguti (org). **Loïc Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal**. Rio de Janeiro: Revan.
- BAREMBLITT, Gregorio. **Compendio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. 2002.
- BARROS, Regina Benevides de. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina / Editora da UFRGS. 2013.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; CÉSAR, Janaína Mariano. Pesquisa-intervenção em dispositivos participativos: ensejando outras relações entre produção de conhecimento e educação. **Revista Polis e Psique**. v. 5 n. 2. 2015.
- BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond. 2005.
- BRASIL. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad**. 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentos de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005c.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010a.

_____. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010b.

_____. 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 (SUS)**. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, v.34. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Diário Oficial da União: Brasília. 2013b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. 12, Ano 10, nº12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

CAVALCANTE, Cinthia Mendonça; JORGE, Maria Salete Bessa; SANTOS, Danielle Christine Moura dos. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.22, n. 1. 2012.

CORAZZA, Sandra Maria. **História da infância sem fim**. Ijuí: Editora Unijuí, 2004.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tania (org.). **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política**. BH: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30 n. 4. 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, v. 27 n. 1. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; & LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice (orgs). **O Caps e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC. 2016.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos-focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. **Encontro Nacional de Estudos Populacionais: transformações na população brasileira: complexidades, incertezas e perspectivas**, 2002.

DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo. In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa. 1990.

DELEUZE, Gilles. GUATTARI, Felix. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia, volume 1**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1995.

DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2. 2012.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1. 2007.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v.3, n.5, 2005.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FERREIRA NETO, João Leite. Micropolítica em Mil Platôs: uma leitura. **Psicologia USP**, v.26, n.3. 2015.

FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da Estratégia de Saúde da Família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia de saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 2009.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES. 2012.

GOÉS, José Roberto de; FLORENTINO, Manolo. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.

GOMES, Fernanda Márcia Azevedo et al. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1. 2015.

- GUATTARI, Felix. **Caosmose: um paradigma estético**. Rio de Janeiro: Editora 34. 1992.
- HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5. 1995.
- JAMOUELLE, Marc. Prevenção quaternária e limites da medicina. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. v. 9, n. 31. 2014.
- JESUS, Aideivaldo Fernandes. A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: L'ABBATE, Solange (org). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 2013.
- JOBIM E SOUZA, Solange; CARVALHO, Cíntia de Sousa. Ética e pesquisa: o compromisso com o discurso do outro. **Polis e Psique**, v. 6, n. 1. 2016.
- KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n.1. 2007.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1996.
- L'ABBATE, Solange. 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. 2012.
- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPO, Gastão Wagner de Souza (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- LOBO, Lilia Ferreira. O nascimento da criança anormal e a expansão da psiquiatria no Brasil. In: RESENDE, Haroldo (org). **Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. P. 199-217.
- LOURAU, Rene. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.
- MONCEAU, Gilles. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3. 2005.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9. 2012.

PASSETI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.

PAULA, Cristiane Silvestre et al. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, n. 3. 2012.

PAULON, Simone Mainieri. ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1. 2010.

PINHEIRO, Roseni et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO. 2007.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs.). Rio de Janeiro: EPSJV. 2008.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz. 2005.

RIBEIRO, Diana Montenegro et al. Pesquisando com professores: a centralidade do diário de campo e da restituição em uma pesquisa-intervenção. **Revista de Psicologia**, v. 7, n.1, 2016.

ROCHA, Marisa Lopes da. Psicologia e as práticas institucionais: a pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, v. 37, n. 2. 2006.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27 n.4. 2007.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio, Fernanda (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC. 1990.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: Nicácio, Fernanda (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC. 1990.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da Pré-Conferência Infância e Adolescência - III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 03 a 04 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, Andrea Cardoso. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec. 2015.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para a ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2. 2009.

TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**. V. 36, n. 3. 2012.

TRAD, Leny Alves Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, 2009.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia et al.. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais, volume 2: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares.** São Paulo: Hucitec. 2008.