

LÍVIA BOTELHO FÉLIX

**(IN)VISIBILIDADES NO CAMPO DA SAÚDE
MENTAL INFANTOJUVENIL:
Tessituras e desenlaces na construção da
atenção psicossocial e do cuidado em rede**

Recife, 2016

LÍVIA BOTELHO FÉLIX

**(IN)VISIBILIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL:
Tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de
Pernambuco, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Doutora em Psicologia.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Souza
Santos

RECIFE
2016

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**(IN)VISIBILIDADES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL:
Tessituras e desenlaces na construção da atenção psicossocial e do cuidado em rede**

Aprovada em 20/12/2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima de Souza Santos
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Angela Maria de Oliveira Almeida
(Examinadora Externa)
Universidade de Brasília - UnB

Prof.^a Dr.^a Clarissa Maria Dubeux Lopes Barros
(Examinadora Externa)
Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Patrício de Carvalho Pedrosa
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Renata Lira dos Santos Aléssio
(Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico esta tese à minha família...

De onde vem minha loucura e minha sanidade.

Minha inquietação e meu descanso.

Meu choro e riso fáceis.

Minha fraqueza e minha força.

Entre a estrutura e a liberdade, o ódio e o amor,
a confusão e a calma, a dor e o acalento...

Vocês são tudo e tudo é por vocês.

Em especial, dedico às minhas avós paterna e materna: Ana e Benta (*in memoriam*). Durante este doutorado, “vovó” Benta (abençoada) teve o seu descanso após uma vida de luta e sofrimento. Partiu, mas me deixou muitas histórias e exemplos sobre os desafios de cuidar, ser mulher e ser mãe neste mundo. “Vovó” Ana (cheia de graça), mãe de 8 filhos e avó de não sei quantos netos e bisnetos, ainda me mostra que esses mesmos sacrifícios podem ser enfrentados com leveza, suavidade e paz de espírito. A elas ainda sou grata pelas mais doces lembranças da minha infância.

À minha sobrinha, Julia, que nasceu há quase 6 anos e, desde então, é meu exemplo vívido de que crianças são seres falantes e sujeitos de desejo.

AGRADECIMENTOS

Minha ciranda não é minha só
Ela é de todos nós
A melodia principal quem
Guia é a primeira voz
Pra se dançar ciranda
Juntamos mão com mão
Formando uma roda
Cantando uma canção

(Lia de Itamaracá)

Na minha compreensão, a conclusão de uma tese e de um doutorado representam simultaneamente, fechamento e abertura de ciclo. Por isso, os agradecimentos são muitos...

Primeiramente, agradeço à Universidade Federal de Pernambuco, lugar onde fui construindo a minha identidade profissional como psicóloga, pesquisadora e professora, dia após dia, nos últimos 10 anos. Lembro como se fosse hoje da primeira vez que pisei os pés nessa instituição para prestar o vestibular para o curso de Psicologia. Foram 24 horas de ônibus e 1.200 km percorridos do sertão baiano (Vitória da Conquista) ao litoral pernambucano (Recife). Tendo vivido 17 anos numa cidade do interior, confesso que me deparar com a grandeza e imponência da UFPE foi um pouco (muito) assustador. Indubitavelmente, a inserção nesse “submundo” foi o processo de socialização mais difícil e arrebatador que vivenciei até o momento. Uma experiência que rendeu muitas lágrimas, muitas saudades, mas também muitos momentos de risos, alegrias, aprendizados e conquistas. Agradeço à UFPE por configurar esse cenário de belos encontros com professores, alunos e colegas/amigos.

Agradeço especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e à CAPES por possibilitarem e fomentarem, institucional e financeiramente, a minha formação como mestre e doutoranda. A João, secretário do programa, minha gratidão pela constante disponibilidade e resolutividade diante dos meus “aperreios”.

Agradeço aos tantos *professores* que tive por servirem como referência para a minha formação, da graduação ao doutorado. Por me ensinarem, cada um do seu “jeitinho”, sobre o saber-fazer dessa profissão. Refletindo sobre essas experiências, destaco alguns encontros mais marcantes: Com Luciane de Conti e Eniel Sabino aprendi sobre e me encantei pela clínica da psicanálise. Com toda a sua doçura, a professora “Rosinha” me ensinou que a psicologia também é política e que, enquanto estudantes de psicologia e futuros psicólogos, também deveríamos cuidar da nossa saúde mental. Com Karla Galvão e Benedito Medrado reconheci a potência dos encontros entre psicologia, linguagem e gênero, na graduação e pós-graduação respectivamente. Com Isabel Pedrosa (Bel), minha professora na graduação e pós-graduação,

aprendi quase tudo o que sei sobre infância e desenvolvimento. Acho que, acima de tudo, aprendi que pesquisar e ensinar sobre a infância pode ser um caminho para preservar, em nós, a energia e o brilho nos olhos característicos das crianças. Com Fátima Santos, aprendi tanta coisa que os agradecimentos virão mais adiante.

Agradeço às professoras Ângela Almeida, Clarissa Barros, Isabel Pedrosa e Renata Aléssio por aceitarem o convite de compor minha banca de defesa de tese e pela generosidade em ler, avaliar e contribuir (mais uma vez) para com este trabalho. Cada uma dessas professoras, de alguma forma, marcou a minha formação e, por isso, representam referências na minha trajetória pessoal e acadêmico-profissional. Sou grata por mais este momento significativo. Também agradeço ao Prof. João Wachelke pelas contribuições tecidas no processo de qualificação do projeto de tese.

Agradeço aos encontros possibilitados pelo meu vínculo como professora substituta da UFPE. Conciliar o doutorado e a realização deste trabalho com a responsabilidade de ministrar 17 disciplinas foi um desafio imenso. Por isso, sou grata à Telma Avelar, chefe do departamento de Psicologia, pela compreensão e esforço nos arranjos frente às minhas limitações. À frente das disciplinas de Introdução à Psicologia e Psicologia Social, tive a felicidade de dividir a sala de aula, um espaço dinâmico para construção de conhecimento potencialmente transformador, com muitas/os alunas/os. Esta tese guarda algumas leituras e discussões tecidas e resultantes dessa experiência. A essas/esses alunas/os sou grata pelas tantas trocas, reciprocidades e demonstrações de carinho. Aprendi muito com elas/eles, sobretudo, a me apaixonar pela docência.

Ao longo desta trajetória, também aprendi que escrever é uma prática por vezes solitária. Demanda reflexão, introspecção e certo isolamento. Porém, considerando que o conhecimento é socialmente construído, pesquisar, ao meu ver, é uma prática fundamentalmente coletiva. Envolve um diálogo constante com “múltiplas vozes”, como diz Bakhtin. “Vozes” dos professores, dos colegas, dos autores, dos sujeitos de pesquisa, além da nossa própria história.

Há um ano que as “vozes” dos sujeitos desta pesquisa começaram a “ecoar” em mim, despertando uma série de emoções: indignação, admiração, respeito, compaixão. Gratidão a vocês, psicólogas/os da rede de saúde do Recife, pela generosidade com a qual se dispuseram a participar desta e contribuir com esta pesquisa. O meu desejo é de reciprocidade, é de poder contribuir, de alguma forma, para a melhoria das condições de trabalho de vocês.

Agradeço às/aos *colegas/amigas/os* da graduação, da pós-graduação e do LABINT, por também comporem essas vozes.

Sou grata às várias pessoas iluminadas que encontrei no curso de graduação, dentre elas, Natália, Rapha e Cibelle, com quem compartilhei e aprendi e por quem ainda hoje guardo grande afeto. Às/aos colegas do mestrado e doutorado: Nathalia, Rebeca, Vanessa, Rose, Michael, Tulio, Juliana e muitos outros, pelas partilhas e energias positivas. Agradeço especialmente a Élide, amiga querida, sorriso inesquecível. Com ela tenho muito em comum. Por ela e Marcel tenho sentimento de absoluto bem querer.

Aos tantos colegas do LABINT, entre esses Cecília, Clarissa, Fernanda, Karina, Renata e Yuri, por mostrarem a potência do grupo de pesquisa. No tocante à elaboração desta tese agradeço especialmente à Fernanda Vasconcelos, Marina Cursino e Lassana Danfá. À Fernanda sou extremamente grata pela parceria na realização do campo do estudo 2. À Marina, sou pela ajuda nas transcrições e, acima de tudo, por compartilhar comigo a empolgação e interesse na temática da saúde mental infantil. A Lassana, minha gratidão por formatar e “rodar” os dados do estudo 1 no Iramuteq.

Para mim, o Labint também foi o cenário de outros enlaces que se estenderam para além dos muros da universidade.

Nesse sentido, sou grata a Manoel por ter sido/ser a minha família durante tanto tempo. A ele agradeço imensamente pelo início e pela finalização desta tese. Manoel foi a primeira pessoa a conhecer o que viria a ser este trabalho, quando ainda construíamos nossos pré-projetos para a seleção do doutorado, assim como a última a lê-lo antes de encaminhá-lo para a apreciação da banca. Agradeço, então, pelo apoio emocional e intelectual e pelas discussões que contribuíram para a concretização deste projeto de tese e de vida.

Agradeço também a Edclécia, que entre a graduação, o doutorado e o Labint, passou de colega a amiga e “eterna” vizinha. Das vizinhas que te convidam para tomar um café com bolo e “tricotar” no final da tarde. Agradeço a ela pela ajuda em tantos momentos e pela companhia que me proporcionou importantes aprendizados.

Gratidão à Dany, pela colaboração logística e criativa na conclusão desta etapa, desde a montagem das pastas que guardaram a tese encaminhada à banca à ajuda na formatação das figuras, quadros e referências. Acima de tudo agradeço pelos abraços repletos de energia positiva. Vi Dany pela primeira vez na aula inaugural do mestrado e, naquele momento, senti que ela seria minha amiga. E assim o foi. De colega passou a amiga, de companheira de apartamento a confidente. Agradeço a ela por me ajudar em momentos difíceis, se importar e cuidar de mim tantas vezes. Ela trouxe plantinhas, flores e cores para a minha vida.

Nesse sentido, também sou imensamente grata à Mirela (Mi), minha outra *roomie*, quem fez o favor imenso de formatar, de maneira tão cuidadosa, referências e a tabela de siglas e

abreviações da tese. Sou grata pelas nossas conversas de horas despercebidas, embaladas por trocas de distintas ordens: ideais, experiências, conselhos e desabafos. Sou grata pela oportunidade de conhecê-la melhor.

Dany e Mi são daquelas pessoas lindas, fortes, generosas e cheias de e luz. Dividir uma casa/lar com elas por um tempo foi uma benção. Uma das boas surpresas de 2016, ano de tantas turbulências e reviravoltas.

Neste ano ainda conheci Candy, a quem agradeço pela amizade, companhia, conselhos e, sobretudo, por me contagiar com sua juventude, energia e alegria de viver. Candy é a lembrança da minha identificação com a França, ao mesmo tempo em que, com ela, compartilho o amor pela Bahia e por Iemanjá. À minha amiga poliglota, ainda agradeço pela tradução do resumo para o inglês.

Também sou grata à Rita Cássia, minha terapeuta. Um anjo que encontrei recentemente e que me ajudou de formas inacreditáveis.

Essas (e outras) pessoas foram compondo a minha rede de apoio em Recife e cuidaram de mim de diversas formas. Espero que essas amizades e parcerias se fortaleçam.

Por fim, agradeço à minha família. Especialmente a “painho” e “mainha”, Valter e Tecla, meus protetores, meu porto seguro. Aos meus irmãos, Karina, João e Iana, por sempre possibilitarem meus encontros com a alteridade. À Karina, especificamente, sou grata pelas tantas brincadeiras (e brigas) de criança e por, apesar dos pesares, ser minha melhor-amiga-irmã. Agradeço ainda às minhas primas, Liuba, por me acolher em sua breve passagem por Recife, e Rebeca, uma das principais responsáveis por toda essa história. Rebeca morava nessa cidade, me convidou e incentivou a fazer o vestibular da UFPE. Quando passei, me recebeu e foi a minha única família aqui por um tempo. Gratidão por tudo. Agradeço ainda à Ana Paula (Paulinha), pelos 17 anos de amizade, e pelos outros encontros e amizades que a adolescência “conquistense” trouxe para a vida. Em especial, Vinícius (Purki), Milena (Mi), Mônada (Mondi) e Éder (Dé), aos quais sempre ia ao encontro em todas as férias e oportunidades possíveis.

Finalmente, eu que sempre fui reservada em relação à minha fé e crenças, neste momento considero inevitável finalizar esses agradecimentos referenciando Àquele que na nossa cultura se convencionou chamar por Deus. A Ele minha gratidão por me oferecer a força necessária para superar os desafios que foram se apresentando em minha vida, incluindo o de concluir esta tese. A Ele minha gratidão pelas pessoas que foram surgindo em meu caminho e que contribuíram/contribuem, cada uma a sua maneira e momento, nessa trajetória que segue.

À minha orientadora, Fátima Santos...

Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de *aprender*. Por isso, somos os únicos em que *aprender* é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito. Creio poder afirmar [...] que toda a prática educativa demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende, outro que, aprendendo, ensina (FREIRE, 2015, p. 68, grifos do autor).

Difícil colocar uma gratidão tão grande em palavras. O sentimento é de que algo sempre escapa. Mas vou me propor a mais esse desafio...

Quando conheci Fátima, estava cursando o 3º período do curso de Psicologia da UFPE. Na época ainda não sabia disso, mas, ao ministrar a disciplina Psicologia Social 3, ela seria a principal responsável pela construção do meu lugar na Psicologia. Ao tratar da construção social da realidade e das representações sociais, apresentou-me uma nova forma de enxergar o mundo: *“A sociedade é um produto humano. A sociedade é uma realidade objetiva. O homem é um produto social”* (BERGER, LUCKMANN, 1973, p. 87). Anos mais tarde iniciei meus primeiros passos na pesquisa, tomando os conteúdos dessa disciplina como referencial teórico. Esses ensinamentos também me acompanharam nas minhas primeiras experiências na docência.

Após cursar aquela disciplina voltei a procurar Fátima no 6º período do curso. Na ocasião, pedi a ela que orientasse minha prática de pesquisa. Ela aceitou de imediato. Não apenas aceitou, mas me acolheu verdadeiramente. Foi a primeira das várias vezes em que eu me encontrava num momento difícil dessa vida e ela me estendia a mão. A primeira de várias. Desde então, ela tem me dado a oportunidade de aprender ao seu lado. Confesso que brinquei de partir umas duas vezes (risos), mas nunca foi sério. Alguns encontros nos marcam tão positivamente que a vontade é de cultivá-los para sempre.

Então... nesses quase 10 anos tenho aprendido muito com ela e sobre ela, sobretudo que: É possível ser uma boa pesquisadora sem ser arrogante; é possível ser respeitada apenas respeitando ao próximo, seja ele/ela quem for; é possível ministrar uma aula com o frescor, a leveza e a energia de quem o faz há 30 minutos, e não 30 anos; é possível exercer o serviço público com ética e compromisso, dignificando-o; é possível trabalhar com seriedade, mas também saber viver para além dos muros da universidade; é possível orientar sem aprisionar. Orientar não é mandar. Orientar é apontar caminhos e possibilidades. É inquietar. É aquele limite tênue entre a ausência e a presença, que permite construir autonomia com segurança. É

deixar o/a aluno/a crescer, torcer e apoiá-lo/a naquilo que é melhor para ele/a. Fátima faz jus ao significado do seu nome: “mulher que desmama seus filhos”.

Para mim, especialmente, Fátima tem sido um exemplo de tudo o que eu almejo encontrar e construir no universo acadêmico: menos vaidade e mais humildade, menos competição e mais parceria, menos sofrimento e mais alegria.

Sigo aprendendo. Sigo inspirada. Sigo eternamente agradecida.

"It takes a whole village to raise our children/
(É preciso uma aldeia inteira para criar nossas crianças)

It takes a whole village to raise one child/
(É preciso uma aldeia inteira para criar uma criança)

We all everyone must share the burden/
(Todos nós devemos compartilhar a responsabilidade)

We all everyone will share the joy"
(Todos nós devemos compartilhar a alegria)

Joan Szymko

“Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda”.

(Do documentário - “O começo da vida”)

RESUMO

Esta tese teve por objetivo compreender a dimensão da prática profissional na construção dos cuidados em saúde mental infantil em suas imbricações com as representações sociais. Propôs-se a realização de uma pesquisa com ênfase na abordagem qualitativa, desenvolvida em 2 (dois) estudos. O primeiro estudo se refere a uma pesquisa documental que visou perscrutar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo as representações normativas de infância e cuidado. Para tanto, foram analisados 28 (vinte e oito) documentos inseridos na legislação em saúde mental brasileira. Os resultados apontam invisibilidades e fragmentações nas políticas de saúde mental voltadas para a infância, cuja construção é atravessada por consensos e dissensos, processos políticos, sócio-históricos e de influência social. Refletiu-se que a ênfase atribuída por determinados segmentos e as pressões sociais exercidas para que o Estado intervenha sobre problemas específicos, como o uso de drogas e o autismo, escamoteia outras demandas e especificidades da infância enquanto categoria do tipo geracional. O segundo estudo teve a finalidade de analisar a produção de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde. Participaram desta pesquisa uma gestora da rede de saúde mental do estado de Pernambuco e 8 psicólogas/os atuantes em Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Verificou-se uma série de impasses que demonstram a fragilidade da rede disponível nesse município para atender às crianças com demandas em saúde mental, a exemplo da insuficiência de serviços substitutivos. No que concerne ao funcionamento e aos desafios vivenciados pelas/os psicólogas/os em suas atuações no NASF, identificou-se a existência de precárias condições de trabalho, objetivadas na ausência de recursos físicos e humanos, na desqualificação dos profissionais e na existência de conflitos na natureza do vínculo (contrato temporário *versus* concurso público), dentre outras. Ademais, as representações sociais subjacentes às práticas e experiências desses profissionais no cuidado de crianças em sofrimento psíquico apontam conflitos entre tradições e inovações na atuação de psicólogas/os no NASF. Nesse sentido, destacaram-se as dificuldades de manejo de distintos grupos sociais (como profissionais de saúde da atenção básica e professores) frente às demandas da infância no âmbito da atenção básica. Argumenta-se que esse desafio se objetiva na própria anulação da existência de demandas em saúde mental infantil, visto que ora são construídas pela escola em seu discurso patologizante e medicalizante, ora são provocadas pela família percebida como “desestruturada” e “inapta” a cuidar da criança. Verificou-se, assim, que as práticas de cuidado à saúde mental infantil são construídas em meio às negociações de saberes de distintas ordens e da experiência vivida face às demandas e às circunscrições das condições concretas de vida e de trabalho. Conclui-se que a dimensão de (in)visibilidade da criança no campo da saúde mental em distintos níveis de análise (institucional, organizacional e grupal) é balizada pelo atravessamento de 3 (três) marcadores que eminentemente remetem à alteridade: a infância, a loucura e a pobreza.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental infantojuvenil. Rede de Atenção Psicossocial. Cuidado à infância. Práticas profissionais. Representações Sociais.

ABSTRACT

This thesis aimed to understand the dimension of professional practice in the construction of care in children's mental health in its relations with the social representations. It was proposed to carry out research with emphasis on the qualitative approach, developed in 2 (two) studies. The first study refers to a documentary research that sought to examine the public policies that guide child mental health care, seizing normative representations of childhood and care. Therefore, we analyzed twenty-eight (28) documents inserted in the legislation in Brazilian mental health. The results show invisibility and fragmentation in mental health policies for childhood, whose construction is crossed by consensus and dissent, political processes, socio-historical and social influence. It was conceived that the emphasis given by certain segments and the social pressures exerted for the State to intervene on specific problems, such as drug use and autism, conceal other demands and specificity of childhood as a category of generational type. The second study aimed to analyze the production of formal mental health care child-juvenile in its relation to professional practices in the context of health services. This research had the participation of a manager of the mental health network of the state of Pernambuco and eight psychologists working in Family Health Care Centers (NASF). We verified a series of impasses that demonstrate the fragility of the network available in this municipality to attend to children with mental health demands, such as the absence of substitute services. With regard to the functioning and challenges experienced by the psychologists in their actions in the NASF, the existence of precarious work conditions was identified, objectified in the absence of physical and human resources, the disqualification of professionals and the existence of conflicts arising from the contract (temporary contract versus public tender), among others. In addition, the social representations underlying the practices and experiences of these professionals in the care of children in psychic suffering point to conflicts between traditions and innovations in the performance of psychologists in NASF. In this sense, the difficulties of managing different social groups (such as primary health care professionals and teachers) were highlighted in relation to the demands of childhood in basic care. It is argued that this challenge is aimed at the annulment of the existence of demands on children's mental health since they are sometimes constructed by the school in its pathologizing and medicalizing discourse, sometimes caused by the family perceived as "unstructured" and "incapable" of caring the child. Thus, it was verified that child mental health care practices are built in the midst of the negotiation of different kinds of knowledge and of the lived experience of the demands and circumscriptions of the concrete conditions of life and work. It is concluded that the dimension of (in) visibility of the child in the field of mental health at different levels of analysis (institutional, organizational and group) is marked by the crossing of three (3) markers eminently referring to otherness: childhood, insanity and poverty.

Keywords: Children's Mental Health. Psychosocial Care Network. Child Care. Professional Practices. Social Representations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de conteúdo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADI	Agente de Desenvolvimento Infantil
AM	Apoio Matricial
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CCS	Centro Cultural da Saúde
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CEMPI	Centro Médico Psicodiagnóstico Infantil
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP- UFPE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CPQAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
DS	Distrito Sanitário
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
FIOCRUZ – PE	Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco
GM	Gabinete do Ministro
LABINT	Laboratório de Interação Social humana
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NAPI	Núcleo de Práticas Integrativas
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

OS	Organização Social
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PPCAAM	Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de atenção Psicossocial
RMR	Região Metropolitana do Recife
RPA	Região político-administrativa
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria de Saúde do Estado
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMCA	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TO	Terapeuta Ocupacional
TRS	Teoria das Representações Sociais
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Unidade de Contexto
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UR	Unidade de Registro
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Antigo modelo assistencial da rede de saúde mental	63
Figura 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	73
Figura 3 – Mapa do Recife - PE	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Panorama geral dos estudos da tese	44
Quadro 2 – Panorama da Legislação em Saúde Mental (1990-2014)	54
Quadro 3 – <i>Corpus</i> do Estudo 1	55
Quadro 4 – Grade utilizada para análise preliminar do Estudo 1	56
Quadro 5 – Principais resultados do Estudo 1	61
Quadro 6 – Divisão dos bairros da cidade do Recife em Distritos Sanitários	100
Quadro 7 – Principais resultados do Estudo 2	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL E DO PROBLEMA DE PESQUISA	23
1.1 O Campo da Saúde Mental Infantojuvenil: definições e tendências	23
1.1.2 O cuidado à infância: histórias e concepções	29
1.2 O aporte teórico das Representações Sociais: circunscrições epistemológicas e conceituais	33
1.3 Pressupostos epistemológicos e delineamento metodológico da tese	41
CAPÍTULO 2 – A CRIANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: Um estudo sobre representações (sociais) normativas	45
2.1 INTRODUÇÃO	45
2.1.1 Políticas públicas, sociais e de saúde: algumas definições necessárias	45
2.1.2 Políticas de saúde no Brasil: da reforma sanitária ao SUS	48
2.1.2.1 A Política de Saúde Mental: Avanços e recuos da Reforma Psiquiátrica	51
2.2 MÉTODO	53
2.2.1 Fontes	53
2.2.2 Instrumentos	56
2.2.3 Procedimentos de produção de dados	56
2.2.4 Procedimentos de análise dos dados	58
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
2.3.1 <i>Onde e como está a criança na legislação em saúde mental brasileira?</i>	62
2.3.1.1 Eixo 1: Nas propostas de construção e expansão de programas e serviços para o cuidado em saúde mental	62
2.3.1.1.1 Primeiros passos após a Lei 10.216: Do CAPS à RAPS	62
2.3.1.1.2 Um ponto de viragem nas políticas de saúde mental: “ <i>Crack: é preciso vencer</i> ”	75
2.3.1.2 Eixo 2: Nas propostas de uma política de saúde mental infantojuvenil	81
2.4 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO	86
CAPÍTULO 3 – A CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Um estudo sobre experiências e práticas profissionais	91
3.1 INTRODUÇÃO	91
3.1.1 A saúde mental infantil e o cuidado em rede: articulações com a atenção básica	92
3.1.2. Psicologia e políticas públicas: Trajetórias e tendências	95
3.2 MÉTODO	97
3.2.1 O contexto da pesquisa: A cidade do Recife	98
3.2.2 Participantes	101
3.2.3 Instrumentos e materiais utilizados	103
3.2.4 Considerações éticas	103
3.2.5 Procedimentos de produção de dados	104
3.2.4 Procedimentos de análise	105

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	106
3.3.1 Avanços e impasses na construção da RAPS infantojuvenil do Recife: “A rede está dodói...”	107
3.3.1.1 <i>Onde está a criança e como a RAPS se des(articula) em prol do seu cuidado?</i>	109
3.3.1.1.1 Nas enfermarias psiquiátricas? Ainda. E nas Unidades de Acolhimento? Ainda não.	109
3.3.1.1.2 Nos CAPSi?	111
3.3.1.1.3 Nos ambulatorios?	117
3.3.1.1.4 Nas clínicas-escola?	123
3.3.2 Experiências e práticas profissionais do psicólogo na Atenção Básica e no NASF: “Cada dia você tem mais um... um desafio. Acho que é essa palavra mesmo, <u>desafio</u>”	125
3.3.2.1 A (des)estrutura física da AB: “A gente não tem absolutamente nada!”	125
3.3.2.2 (Des)composição das equipes NASF: “Tá faltando profissional!”	128
3.3.2.3 Das questões trabalhistas a (não)formação dos profissionais: “Aí você vê realmente que essa gestão não dá prioridade à atenção básica”	132
3.3.2.4 As atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/o no NASF: “É tudo muito novo”	139
 CAPÍTULO 4 – AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: A construção da demanda como objeto e prática social	 154
4.1 INTRODUÇÃO	154
4.2 COMO COMEÇA A HISTÓRIA?	156
4.2.1 Das demandas para a/o psicóloga/o do NASF: “ <i>chega de tudo!</i> ”	159
4.2.2 O caso narrado por Pedro	167
4.2.3 A infância e as demandas em saúde mental: “ <i>porque o menino não para...</i> ”	170
4.2.4 A infância e as demandas em saúde mental: A emergência da microcefalia	184
4.3 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO	185
 CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	 195
 REFERÊNCIAS	 201
 ANEXOS	 221
Anexo A – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde (Prefeitura do Recife)	222
Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE	223
 APÊNDICES	 224
Apêndice A – Roteiro de Entrevistas com Psicólogos/os do NASF	225
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE Profissionais)	226
Apêndice C – Grade utilizada para análise preliminar do Estudo 1	228

INTRODUÇÃO

Esta tese é resultante de uma trajetória iniciada há alguns anos. Minhas inquietações em torno da “saúde mental infantil” surgiram por volta do ano de 2010, quando realizava meu estágio curricular na área de Psicologia Clínica num hospital de referência do Estado de Pernambuco. Um dos meus espaços de atuação nesse serviço foi o ambulatório dirigido ao atendimento especializado de crianças, adolescentes e seus familiares. A partir dessas experiências, passei a observar que algumas práticas de cuidado, incluindo o endereçamento das crianças àquele serviço, eram mediadas pelas concepções e crenças que os pais compartilhavam sobre a infância, especificamente, sobre uma noção de infância “normal”. “Meu filho não é normal” era uma frase que vez por outra escutava. Seguida daquela queixa, a demanda por medicalização da criança era uma constante. Esse cenário me inquietava um pouco e passei a me questionar: *mas o que é mesmo uma criança “normal”?*

Ainda nesse período, tive a oportunidade de trabalhar como assistente de pesquisa no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPQAM) da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (FIOCRUZ – PE). Nesse espaço, estive vinculada a um projeto que analisava o impacto dos diferentes tipos de redes quanto ao acesso aos serviços de saúde e a provisão eficiente do cuidado à saúde. Durante 18 meses minhas principais atividades estavam voltadas para a análise qualitativa de entrevistas realizadas com gestores, profissionais de saúde da atenção básica e especializada e usuários, isto é, distintos atores-chave, acerca do acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS). Considero que esse foi um importante exercício para afirmar meu interesse na pesquisa em saúde pública.

Anterior a essas duas experiências, destaco a minha inserção no Laboratório de Interação Social Humana (LABINT), visto que possibilitou minha identificação com o universo da pesquisa em Psicologia Social. Diante do meu interesse sobre os saberes e práticas do senso comum construídas no intuito de compreender a realidade social, o desenvolvimento de pesquisas qualitativas aliadas com o aporte das representações sociais tem se mostrado pertinente e profícuo.

Assim, a produção da dissertação intitulada “O cuidado à saúde mental na infância: Entre práticas e representações sociais” foi um dos frutos desse percurso. A minha pesquisa foi realizada num Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do Recife-PE, com foco sobre os cuidados exercidos pelos familiares das crianças usuárias desse serviço. A análise desses resultados foi organizada em tópicos derivados das categorias de análise, evidenciando “Quem

cuida?"; "Quem é cuidado?"; "Por que é cuidado?"; e "Como cuidam?". Concomitantemente, foram realçados os objetos e processos psicossociais subjacentes às práticas de cuidado. Nesse contexto, verificou-se o predomínio da figura feminina, mães e avós, no papel de cuidadora principal e responsável pela assistência às necessidades da criança. Ademais, o endereçamento da criança a um serviço de saúde mental parecia ancorado em uma representação social de infância "normal", isto é, de uma noção de curva normal de desenvolvimento socialmente compartilhada, cuja variação de alguma ordem despertava preocupação por parte dos cuidadores, servindo como guia para suas condutas (FÉLIX, 2014).

Os achados dessa pesquisa ainda evidenciaram que o percurso em busca de atenção à saúde mental se iniciava quando as próprias cuidadoras (mulheres em todos os casos analisados) identificava alguma peculiaridade no comportamento das crianças. Diante dessa observação, compartilhavam suas preocupações com outros familiares e conhecidos ou com os pediatras dos postos de saúde, na expectativa de conseguir algum direcionamento ou indicação sobre condutas e serviços especializados.

Desse modo, em consonância com outras pesquisas (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; VECCHIA; MARTINS, 2009; PASSOS, 2012), constatou-se que em muitos casos o acesso da criança ao tratamento no SUS se apresentou como uma tarefa árdua devido a uma série de obstáculos, como por exemplo, barreiras geográficas, insuficiência de especialistas na rede e conduta inadequada de profissionais de saúde atuantes em distintos níveis de complexidade (FÉLIX, 2014; FÉLIX; SANTOS, 2016).

No tocante às percepções de uma conduta inadequada dos profissionais, destacam-se as queixas relativas à avaliação e diagnóstico das demandas de sofrimento psíquico infantil e ao encaminhamento para o tratamento adequado. Outro exemplo contundente se relaciona com as fontes de indicação e encaminhamento das crianças para o CAPSi. Dos 19 (dezenove) sujeitos entrevistados, 8 (oito) relataram que obtiveram informação sobre esse serviço por sugestão de pessoas conhecidas, 2 (dois) pela escola e 9 (nove) através de profissionais de saúde da atenção básica e/ou especializada.

Assim sendo, esses resultados reiteram a articulação da atenção básica a uma rede substitutiva de serviços como fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e a constituição de dispositivos de base comunitária e territorial (FÉLIX, 2014; FÉLIX; SANTOS, 2016). Na "prática", a organização do cuidado em saúde não obedece a uma lógica fluida e hierárquica que centraliza a atenção básica como porta de entrada do SUS. Ao contrário, a rede é caracterizada por descaminhos, desenlaces e verdadeiros "furos".

Esses e muitos outros obstáculos provocam consequências graves não apenas para as crianças, privadas do direito a uma atenção integral em saúde, como também para suas famílias, sobretudo para as mães. Diante da fragilidade das redes de apoio, tanto formais como informais, e sobrecargas e sacrifícios decorrentes da experiência de cuidar de crianças em sofrimento psíquico, muitas mulheres se voltam para as atividades do lar pela necessidade se dedicarem integralmente à maternagem. Nesse sentido, naquele estudo ainda se refletiu brevemente sobre o papel da experiência e da implicação com o objeto sobre os processos representacionais que organizam as práticas de cuidado. Finalmente, constatou-se o apelo desses cuidadores pela emergência de espaços de troca de informação e diálogo com os profissionais de saúde, assim como por momentos de escuta e atenção aos seus desafios, angústias e receios na experiência de cuidar (FÉLIX, 2014).

Assim, esses resultados demonstram a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil nos distintos níveis de atenção. As denúncias dos familiares quanto às fragilidades e lacunas no setor público merecem destaque por comprometerem a construção de redes para o cuidado em saúde mental. Cuidado caracterizado como um processo contínuo envolve dimensões materiais, sociais e emocional (FÉLIX, 2014).

Essas análises suscitaram questões relativas aos desafios inerentes à tessitura de redes de cuidado à saúde mental, bem como à articulação entre os conceitos de representações e práticas sociais, e me impulsionaram a construir um projeto de tese que possibilitasse ampliar o olhar sobre esses aspectos. Tendo em vista que no Mestrado pude conhecer os efeitos da atenção ofertada segundo os prestadores do cuidado informal ao visibilizar as experiências e questionamentos da família das crianças em sofrimento psíquico, no curso de Doutorado o foco se direciona para os responsáveis pelo cuidado formal em saúde, ou seja, os profissionais. Afinal, a inserção de crianças e adolescentes na Rede de Atenção Psicossocial se impõe como um desafio tanto para os usuários e familiares como para os profissionais que nessa atuam.

Diante de todas as informações até aqui apresentadas, são tecidas as seguintes problematizações preliminares: Como se configura o campo da saúde mental infantojuvenil no tocante à construção de políticas públicas e práticas profissionais? E como os significados, crenças e valores dos profissionais de saúde subsidiam práticas e experiências de cuidar de crianças com demandas em saúde mental?

Nesse sentido, o presente estudo implica num duplo interesse, a saber: a) contribuir para o campo da saúde mental infantojuvenil, ao desvelar as problemáticas correntes para o efetivo

cuidado em saúde mental de crianças; b) explorar o conceito de prática social suas possibilidades de articulação no âmbito da Teoria das Representações Sociais.

Para tanto, esta tese foi estruturada em cinco capítulos. No **Capítulo I**, *Construção do marco teórico-conceitual e do problema de pesquisa*, circunscreve-se o campo da Saúde Mental Infantojuvenil, assim como os principais pilares do referencial teórico das representações sociais e os pressupostos epistemológicos que orientam a construção da tese. Seguidamente, são delineados o problema, os objetivos gerais e específicos e a descrição geral dos 2 (dois) estudos realizados para atingi-los.

No **Capítulo II**, *A criança nas políticas públicas de saúde mental: Um estudo sobre representações (sociais) normativas*, apresentam-se a introdução, método, resultados e considerações do estudo 1, cuja finalidade foi analisar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo as representações normativas de infância e cuidado.

O segundo estudo da tese foi desenvolvido nos **Capítulos III** (*A criança na rede de atenção psicossocial: Um estudo sobre práticas profissionais*) e **IV** (*As experiências de cuidado à saúde mental infantojuvenil: A construção da demanda como objeto e prática social*), orientado pelo objetivo de analisar a produção de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde. O capítulo III visa a introduzir e descrever a metodologia empregada no estudo. Como resultados, contextualiza como a RAPS infantojuvenil do Recife está configurada, desde o ponto de vista da gestão às/aos psicólogas/os atuantes no Núcleo de Atenção Psicossocial (NASF). Parte do papel central Atenção Básica como ordenadora da RAPS, refletindo sobre as principais atribuições e desafios encontrados. Já o capítulo IV foi construído visando aprofundar, a partir de outros resultados, a análise das representações sociais subjacentes às práticas de psicólogas/os do NASF no tocante ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico. Neste ainda são apresentadas as considerações do estudo 2.

No **Capítulo V**, *Considerações Finais*, são tecidas reflexões e apontamentos possíveis a partir da retomada dos principais resultados apresentados no decorrer da tese.

CAPÍTULO 1 – CONSTRUÇÃO DO MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL E DO PROBLEMA DE PESQUISA

Esta tese tem por objetivo geral analisar a dimensão da prática profissional na construção dos cuidados em saúde mental infantil em suas imbricações com as representações sociais. Para tanto, são propostas interlocuções entre os campos da Saúde Mental e Psicologia Social, conforme será explicitado adiante.

1.1 O Campo da Saúde Mental Infantojuvenil: definições e tendências

A reforma psiquiátrica brasileira se impulsiona no final da década de 1980, na conjuntura da reforma sanitária e da redemocratização do país (AMARANTE, 2000), visando à desconstrução da cultura manicomial. Para Amarante (2000), a reforma psiquiátrica pode ser considerada como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (p. 87).

Fundamentado no princípio doença-cura, o tradicional modelo asilar concebia o processo saúde-doença de maneira predominantemente orgânica. Por conseguinte, as estratégias de cuidado eram focadas na remissão dos sintomas através de medicamentos e na reclusão em hospitais psiquiátricos (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Pressupunha-se que a loucura se confinava nos saberes e instituições psiquiátricas e “em função disso, as inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade são reduzidas a um único significado: doença mental”. Consequentemente, ao “louco”, “doente mental” eram reservadas práticas de controle, tutela, normatização e medicalização (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p. 01).

Assim, no bojo da Reforma Psiquiátrica se produz uma complexa discussão sobre práticas terapêuticas pautadas por uma nova ética relacionada ao cuidado de pessoas com transtornos mentais (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004). Segundo Dimenstein e Liberato (2009) articula-se à produção de subjetividades que pressupõem a construção de práticas de cuidado em detrimento das práticas de controle predominantes no modelo asilar.

Nesse âmbito, considerando que “poucos campos de conhecimento e atuação em saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes” (AMARANTE, 2007, p.15), questiona-se a hegemonia da psiquiatria e do hospital

psiquiátrico no campo da saúde mental. Em oposição ao paradigma¹ hospitalocêntrico nasce o *paradigma psicossocial*, cuja proposta é construir abordagens interdisciplinares e intersetoriais e dispositivos territorializados de atenção que deem conta do processo saúde-doença enquanto fenômeno social complexo (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Nessa perspectiva, além da psiquiatria, que toma as doenças mentais como objeto de estudo e intervenção, a neurologia, as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a história, a sociologia, a antropologia, dentre tantas outras, inter cruzam-se na complexa rede de saberes que compõe a saúde mental (AMARANTE, 2007). Essa abrangência possibilita a participação de profissionais oriundos de distantes áreas atuando de forma conjunta e integrada, a fim de propiciar atenção acessível e útil a uma ampla faixa da população. Trata-se de uma concepção de Saúde Mental que une disciplinas, saberes e profissões compondo um **campo** de saber mais amplo com vistas a abordagens interdisciplinares (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2000).

Em suma, a Saúde Mental pode ser definida como um campo (ou área) de conhecimento e atuação no âmbito das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 2007). Nesse sentido, Luz (2009) destaca que a adoção do conceito de campo como guia analítico torna menos árdua a compreensão da multiplicidade e coexistência (muitas vezes conflituosa) de saberes e práticas na saúde coletiva (LUZ, 2009), como também na saúde mental. Tomando o conceito de campo de Bourdieu (1989) o autor argumenta que essa categoria possibilita analisar um domínio de saberes e práticas específicos, no qual atores e discursos se distribuem hierarquicamente na busca pelo poder simbólico. A distribuição desse poder simbólico se imbrica com as forças sociais atuantes em dado momento sócio-histórico, assim como dos imperativos éticos que esse contexto impõe para suas instituições, saberes e práticas normativas (BOURDIEU, 1989).

Campos (2000), por sua vez, elucida que a “institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos” (p. 220). O núcleo diz respeito a uma aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e prática profissional, ao passo que o campo se refere a um espaço caracterizado por limites imprecisos onde disciplinas e profissões se apoiam no cumprimento de tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000). A psiquiatria ou a psicologia, por exemplo, aproximam-se na noção de núcleo (AMARANTE, 2007; CAMPOS, 2000), pois se baseiam em um tipo de conhecimento e são exercidas por um tipo de profissional, no caso, o psiquiatra e o psicólogo, respectivamente. Por outro lado, tratar da saúde mental implica em ampliar o espectro dos

¹ Segundo Kuhn (1962/2006) a evolução da ciência acontece mediante a alternância de períodos de ciência normal, em que determinado paradigma guia a pesquisa, e revoluções científicas, que provocam o aparecimento de um novo paradigma.

conhecimentos envolvidos. O campo da saúde mental é tão rico e polissêmico que a delimitação de fronteiras se impõe como um desafio constante (AMARANTE, 2007).

A construção do atual campo da Saúde Mental brasileiro é orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, concebida como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em torno da “loucura” e seus modos de cuidado. Sendo assim, “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que este processo avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005a, p. 06). No atual contexto da organização de serviços e práticas voltadas à atenção em saúde, deve-se almejar o diálogo entre os saberes científicos e práticos que reflita sobre os cuidadores e cuidados, promovendo novas sínteses e modos de atuar em saúde (FAVORETO, 2008).

Diante disso, Couto (2000) reconhece que

a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem constituindo nesses 20 anos um movimento pendular caracterizado por um lado, pelo reconhecimento de avanços significativos e, por outro, pela imposição permanente de novos desafios como se cada conquista festejada fosse acompanhada da evidência de que ainda há muito a ser feito em direção à construção efetiva de um novo modo de cuidar e tratar sujeitos atravessados pela radicalidade de certos sofrimentos psíquicos (p. 61).

Nesse âmbito, considerando a estimativa de que a taxa de prevalência de transtornos mentais em crianças varie de 10% a 20%, das quais 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo, a construção de uma política dirigida para a população infantojuvenil em suas especificidades e necessidades e segundo os princípios estabelecidos pelo SUS², apresenta-se como um dos maiores desafios para a área da Saúde Mental (BRASIL, 2005b).

Nessa perspectiva, a literatura reconhece que a saúde mental infantil tem sido negligenciada no contexto nacional, tanto pelas políticas públicas quanto pelos pesquisadores da área, sendo escassa a discussão sobre a promoção e prevenção de transtornos mentais em crianças (ASSIS et al., 2009; BOARINI; BORGES, 1998; RIBEIRO, et al., 2010). Desse modo, tanto os estudos em saúde mental quanto o planejamento da assistência têm abordado mais frequentemente as situações relacionadas ao sujeito adulto, principalmente em condições de cronicidade (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012; RIBEIRO et al., 2010).

² O SUS se organiza pelos seguintes princípios: Universalidade (garantia de atenção à saúde para todos os cidadãos); Equidade (igual acesso de acordo com igual necessidade); Integralidade (considera a pessoa como um todo, cujas necessidades em saúde devem ser supridas através de um sistema integrado, articulado e contínuo das ações); Descentralização (redistribuição de responsabilidades em toda a rede de serviços); Hierarquização e regionalização (serviços de saúde devem ser divididos de acordo com sua complexidade, de modo que, possuir determinada área de atuação e público-alvo específico); Participação da comunidade (garantia de que a população, por meio de suas ações entidades representativas e de classe, pode participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de execução)

Essas informações foram constatadas também em publicações mais atuais localizadas a partir de revisão de literatura realizada sobre o tema. Gauy e Rocha (2014), por exemplo, afirmam que desde o início do século XXI, a atenção à saúde mental infantojuvenil tem se elevado. Contudo, considera-se que os trabalhos na área ainda são incipientes, existindo menor proporção de publicações abordando intervenções em saúde mental dirigidas a essa população do que àquelas realizadas com adultos. Couto e Delgado (2015) são ainda mais categóricos em relação ao assunto. Para os autores, até o final do século passado, uma política de saúde mental para crianças e adolescentes era inexistente no contexto brasileiro. Sendo assim, as ações assistenciais, quando existentes, estavam circunscritas à agenda pública dos setores da educação e assistência social, que propunham ações reparadoras e disciplinares, e não clínicas ou psicossociais. Do mesmo modo, Sinibaldi (2013) reitera que a ausência de diretrizes políticas para instituir o cuidado de crianças na área da saúde mental foi preenchida por instituições privadas e/ou filantrópicas, gerando, assim, um quadro de desassistência, abandono e exclusão.

Nesse sentido, com o objetivo de circunscrever como o tema da saúde mental na interface com a infância tem se configurado na produção científica, apreendendo as principais tendências e lacunas no campo, realizou-se, em novembro de 2016, um levantamento bibliográfico dos periódicos publicados nos últimos 5 (cinco) anos, indexados na base de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), tendo como descritores de busca as palavras-chave “saúde mental infantil” e “saúde mental infantojuvenil”.

Da primeira expressão como descritor foram encontrados 83 (oitenta e três) artigos, enquanto das palavras chaves “saúde mental infantojuvenil” emergiram 32 (trinta e dois). Desses 115 (cento e quinze) artigos, apenas 2 (dois) se repetiram utilizando ambos os descritores (MUYLAERT; DELFINI; REIS, 2015; CÂMARA et al., 2011). Após análise preliminar foram excluídos os artigos repetidos na base de dados, assim como aqueles que não contemplavam a realidade brasileira e o tema em questão. Ao final, foram selecionados e analisados 74 (setenta e quatro) periódicos publicados entre 2011 e 2016, sobre os quais se observaram 3 (três) tendências principais.

Um conjunto de 19 (dezenove) trabalhos refletiu sobre as influências e implicações de práticas de cuidado e do contexto familiar sobre a saúde infantil, configurando uma primeira tendência, tais como Falceto, Giugliani e Fernandes (2012) e Lamela e Figueiredo (2016). Ainda nessa perspectiva, outros pesquisadores tiveram como foco de análise os maus-tratos, violência e/ou negligência de pais/cuidadores para com as crianças (CRUZ; ALBUQUERQUE, 2016; OLIVEIRA; SIMOES, 2016; PASIAN et al., 2015). Dentre eles, 11 (onze) trabalhos,

mais especificamente, abordaram a temática na interface com a saúde materno-infantil, a exemplo de Hassan, Werneck e Hasselmann (2016) e Menezes et al. (2012). De modo geral, pode-se dizer que a maioria dos trabalhos assim classificados foi resultante de pesquisas interessadas no impacto da saúde mental materna sobre o desenvolvimento infantil, seja nos desfechos perinatais/infantis³ (PEREIRA, et al., 2014), seja no desenvolvimento psicomotor (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

Uma segunda tendência (13 artigos analisados) verificada diz respeito à ênfase em estudos epidemiológicos que visam determinar a prevalência de transtornos mentais ou de fatores de risco para o sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes, como por exemplo, Saur e Loureiro (2012) e Alvim et al. (2012). Desse modo, reflete-se que os artigos analisados até então trataram da saúde mental infantil sobretudo em seus aspectos intraindividual e intrafamiliar.

Do conjunto total de 74 (setenta e quatro) artigos analisados, 42 (quarenta e dois) apresentavam serviços de saúde de distintas modalidades como *lócus* ou objeto de pesquisa, apontando para uma terceira tendência na produção científica da área. Dentre estes, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil ganham destaque, seguido pelos hospitais, clínica-escola e Estratégia de Saúde da Família.

Verificou-se ainda que 19 artigos (ou seja, quase metade das publicações dessa terceira tendência) abordaram questões que envolvem as práticas profissionais. Esses artigos podem ser organizados a partir de 3 eixos principais: 1) as significações relativas ao cuidado em saúde mental entre diferentes atores sociais, a exemplo de Gomes et al. (2015) e Carvalho et al. (2013) que desenvolveram pesquisas visando compreender os sentidos e significados de profissionais de saúde da atenção básica sobre saúde mental infantil; 2) as práticas interventivas desenvolvidas no âmbito da saúde mental infantojuvenil, tais como reflexões sobre o uso de histórias infantis e música como instrumentos terapêuticos (COSTA et al., 2013; FRANZOI et al., 2016); e 3) descrições e análises acerca do funcionamento dos serviços, destacando o papel da psicologia em suas práticas (NUNES et al., 2014; RONCHI; AVELLAR, 2013) e a função imprescindível de ações interdisciplinares e intersetoriais na atenção (ZANIANI; LUZIO, 2014; ARCE, 2014).

³ O baixo peso ao nascer, as malformações fetais e o baixo peso ao nascer são exemplos de desfechos perinatais/infantis destacados por Pereira et al. (2014), constituindo as principais causas de morbi-mortalidade infantil no Brasil. Segundo os autores, as altas prevalências desses desfechos são indicadores de precárias condições de vida e insatisfatório cuidado pré-natal (PEREIRA et al., 2014).

Ainda no tocante aos serviços de saúde mental, um contingente de publicações (dez) teve como foco usuários do CAPSi em suas características nosográficas e sociodemográficas (WEINTRAUB, et al., 2013; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015) e seus familiares. Nesse sentido, alguns objetos e temas relativos aos responsáveis pelos cuidados informais em saúde foram abordados, tais como as significações, o tipo de cuidado vivido e a sobrecarga de familiares de usuários de um CAPSi (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013; MACHINESKI; SCHNEIDER; BASTOS, 2012; FARIAS et al., 2014).

Pode-se dizer que o foco dessas pesquisas guarda relação com a centralidade que a família passou a ocupar no âmbito da reforma psiquiátrica (THIENGO; FONSECA; LOVISI, 2014). Segundo Pegoraro e Caldana (2008), contrapondo-se às práticas asilares de reclusão, a Reforma Psiquiátrica reaproximou a pessoa em sofrimento psíquico de sua família, que passou a se constituir tanto como objeto de intervenção direta da equipe e suporte ao tratamento do usuário (PEGORARO; CALDANA, 2008) como parte integrante do processo de avaliação dos serviços de saúde mental (THIENGO; FONSECA; LOVISI, 2014).

Na revisão realizada, observou-se que 20 (vinte) dos 27 (vinte e sete) artigos localizados a partir do descritor “saúde mental infantojuvenil” tratavam de pesquisas sobre o CAPSi, isto é, um serviço especializado em saúde mental, seja sobre esse dispositivo de modo geral, seja com profissionais ou usuários do mesmo. Assim sendo, nesse âmbito organizacional, ainda identificaram-se 3 (três) artigos que analisam documentos e dados originais de bases administrativas do governo federal com a finalidade de caracterizar a distribuição nacional dos CAPSi (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015; SANTOS; FERNANDEZ, 2014; PAULA et al., 2012). Essas pesquisas denunciam distribuições, estrutura e uso desiguais de serviços entre as macrorregiões brasileiras (SANTOS; FERNANDEZ, 2014; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015).

Dessa forma, um quantitativo muito inferior de pesquisas se volta para o cuidado à saúde mental infantojuvenil desde a articulação com a atenção básica, a exemplo de Delfini e Reis (2012), Sinibaldi (2013) e Tszesniosk et al. (2015). Sinibaldi (2013) problematizou a construção da relação entre os cuidados dispensados à infância no Brasil em sua relação com os serviços da Atenção Primária, visando a contribuir com o paradigma da atenção psicossocial (SINIBALDI, 2013), enquanto que Delfini e Reis (2012) descreveram e analisaram as articulações entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o CAPSi através de entrevistas com gerentes desses serviços. Por fim, Tszesniosk et al. (2015) descreveram a rede de cuidados de crianças em sofrimento psíquico e desenvolveram intervenções no território, as quais tiveram

como mote as diretrizes do NASF e o fortalecimento de vínculos familiares e articulação entre serviços de saúde e escolas/creches.

Diante da revisão realizada, devem ser destacados os distintos resultados obtidos a partir do uso das expressões “infantil” e “infantojuvenil” separadamente. De fato, esses termos apontaram diferenças em termos quantitativos e qualitativos. Argumenta-se que esse aspecto se articula com a noção de campo, visto que esses distintos termos remetem à delimitação de saberes específicos, com práticas e pesquisas circunscritas em um dado viés teórico-metodológico.

Ao se utilizar a expressão “saúde mental infantil” a temática é tratada por maior diversidade de vertentes e entrecruzamento com áreas de conhecimento. Os estudos que abordam a ideia da saúde mental na “infância”, portanto, remetem à lógica biomédica, enquanto que aqueles que se situam pelo conceito da saúde mental “infantojuvenil” demonstram uma tendência de articulação com o campo da Saúde Mental brasileira, em articulação com a Reforma Psiquiátrica. Verificou-se que, em geral, do uso do termo “infantojuvenil” emergiram artigos que, predominantemente, reproduzem pesquisas que possuem serviços de saúde, sobretudo os CAPSi, como lócus ou objeto de estudo. Esses resultados, portanto, reiteram a coexistência de paradigmas e modelos de atenção no campo da saúde mental. Tendo tratado das atualidades do tema, cabe agora nos voltarmos para as histórias.

1.1.1 O cuidado à infância: histórias e concepções

O início do século XX foi marcado pela influência contundente do movimento higienista na psiquiatria infantil brasileira. Nesse contexto, a institucionalização era prática corrente no cuidado à infância. Assim, enquanto as crianças consideradas normais eram institucionalizadas em internatos e escolas, aquelas concebidas como insanas eram institucionalizadas em manicômios junto aos adultos, haja vista a inexistência de estudos ou instituições específicas voltadas para essa população naquele período (SINIBALDI, 2013; RIBEIRO, 2006).

Dessa maneira, os primeiros estudiosos dos problemas infantis focaram suas investigações nas desordens evidentes buscando remediá-las, investindo-se no aperfeiçoamento da assistência pública em ambientes fechados, visando aos delinquentes, aos retardados e às crianças abandonadas e maltratadas (SINIBALDI, 2013, p. 66).

Desse modo, se nos dias de hoje é reconhecido o movimento de construção de uma rede de assistência de base comunitária conformada às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, historicamente os cuidados em saúde mental estiveram voltados para o controle da infância e

adolescência internada ou abrigada, principalmente através da prescrição medicamentosa ou da institucionalização (BRASIL, 2005b; ASSIS et al., 2009).

Historicamente, o vazio no campo da atenção pública para crianças e jovens portadores de transtornos mentais e a falta de uma diretriz política para instituir o cuidado nesta área foram preenchidos por instituições, na sua maioria de natureza privada e/ou filantrópica, que, durante muitos anos, foram as únicas opções de acompanhamento, orientação e/ou atenção dirigidas às crianças, aos jovens e aos seus familiares (BRASIL, 2005b, p.10).

Nesse processo, argumenta-se que o percurso da construção do campo da saúde mental infantojuvenil se associa aos valores socioculturais e aos principais referenciais teóricos de cada período da história. A institucionalização dos saberes médicos e psicológicos aplicados à infância aparece associada à propagação dos ideais higienistas, preocupados com a questão da mortalidade infantil, quando se passou a compreender a criança como um indivíduo distinto do adulto e merecedor de métodos peculiares de estudo e tratamento (RIBEIRO, 2006).

Atualmente, pode-se afirmar que as demandas por garantias legais no direito à saúde e à educação das crianças também se relacionam à forma como esta etapa da vida vem sendo concebida na modernidade: como uma fase caracterizada pelo intenso crescimento físico e desenvolvimento psíquico (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005). Por isso, aposta-se na sociedade, representada pelo Estado, como meio para assegurar direitos a crianças, adolescentes e suas famílias, entre os quais educação, saúde, proteção e inclusão social, a fim de “promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades” (BRASIL, 2005b, p. 10).

Reconhece-se, assim, que a construção simbólica de etapas de vida orienta práticas sociais específicas, sejam em esferas públicas ou privadas (SANTOS; ALESSIO; ALBUQUERQUE, 2007). Desse modo, quando se pensa em determinadas práticas, tais como aquelas desenvolvidas no âmbito da saúde mental, faz-se necessário compreender o processo de construção social da infância.

Segundo Boarini e Borges (1998), a infância pode ser concebida enquanto um fenômeno eminentemente social e dialético construído em consequência de uma prática social e em um tempo configurado. Em consonância, Sarmiento (2005) explica que a infância é historicamente construída a partir de um longo processo, “que lhe atribuiu um estatuto social e que elaborou as bases ideológicas, normativas e referenciais do seu lugar na sociedade” (p.366).

Nesse contexto, a própria Psicologia colaborou na definição e legitimação de concepções sobre a infância e a juventude ao estabelecer padrões de normalidade e anormalidade e etapas evolutivas do desenvolvimento que consolidavam práticas de classificação, ordenação e cuidado às crianças a partir de seus desempenhos (CRUZ;

HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005). A Psicologia, durante muito tempo, buscou compreender e explicar as etapas do desenvolvimento, definindo estágios e centralizando o indivíduo em relação às transformações que compartilhava com os outros membros da espécie, tais como a capacidade de andar, a aquisição da linguagem, o amadurecimento do organismo, entre outros. Dessa forma, os períodos do desenvolvimento eram apresentados como universais, sem considerar os aspectos histórico-culturais e individuais dos sujeitos, e, portanto, as múltiplas possibilidades de constituição e transformação do desenvolvimento humano (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2002; OLIVEIRA; REGO; AQUINO, 2006).

Todavia, embora as teorias psicológicas tradicionais tenham fornecido modelos de desenvolvimento baseados, sobretudo, nos processos de maturação biológica, as perspectivas contemporâneas ressaltam que as circunstâncias histórico-culturais e as singularidades biográficas e das experiências vividas por cada indivíduo apresentam maior relevância para a constituição do desenvolvimento tipicamente humano (OLIVEIRA; REGO; AQUINO, 2006; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2002). Nessa perspectiva, entende-se por desenvolvimento o processo de transformação contínua que ocorre ao longo da vida dos indivíduos:

processo que inclui, simultaneamente, avanços e retrocessos, ganhos e perdas e, principalmente, ambiguidades, rupturas e descontinuidades [...] Os marcadores são idiossincráticos, mas, ao mesmo tempo, dialogam com os pontos de viragem culturalmente estabelecidos e com os significados compartilhados sobre a passagem pelos distintos ciclos de vida (OLIVEIRA; REGO; AQUINO, 2006, p. 121).

Partindo-se dessa compreensão de desenvolvimento humano, concebe-se que são múltiplas as possibilidades de constituição, vivência e transição entre as fases da vida, oscilantes conforme as culturas e grupos sociais. Nesse sentido, Lordelo (2002) afirma que os contextos⁴ de desenvolvimento brasileiro se caracterizam pela diversidade de condições de vida, e estão relacionados aos modos de sobrevivência, recursos disponíveis e crenças peculiares a cada grupo social. Dessa forma, as dimensões de gênero, classe, raça, etnia, geração, moradia constituem eixos fundantes da vida e estruturam as condições de existência, os valores e os comportamentos dos atores e grupos sociais (CASTRO et al., 2012).

Em suma, o desenvolvimento humano não deve ser compreendido como a passagem natural e universal por estágios predefinidos, mas como as múltiplas formas dos indivíduos se inserirem e se apropriarem de suas condições de vida históricas e concretas (OLIVEIRA;

⁴ Nessa perspectiva, o contexto é definido como as diferentes condições de vida em que as crianças nascem e se desenvolvem. O estudo das relações entre contexto e desenvolvimento precisa incluir “as facetas dos sistemas sociais, dos ambientes físicos e das pessoas como participantes ativos, todos interagindo e influenciando-se mutuamente no tempo” (COHEN; SIEGEL, 1991 apud LORDELO, 2002, p.09).

REGO; AQUINO, 2006). Considerando essa multiplicidade constitutiva, um aspecto merece ser salientado: as atribuições sociais a respeito de um desenvolvimento normal e/ou patológico. Faz-se necessário refletir sobre as construções sociais em torno dessa “dicotomia”, ponderando que são diversas as possibilidades de constituição e vivência da infância, assim como dos modos de cuidado e intervenção.

Nesse sentido, embora o ato de cuidar seja considerado como uma necessidade básica universal, a forma de cuidar é eminentemente cultural (CARVALHO et al., 2012). Os modos dos adultos cuidarem das crianças não ocorrem ao acaso, ao contrário, são fundamentados por ideias e crenças organizadas em torno de concepções diversas sobre o desenvolvimento infantil, o comportamento da criança, a parentalidade, a família, etc. (MACARINI; VIEIRA, 2011; KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006). Os significados e sentidos presentes na ação de significar o mundo, o outro e a si mesmo estruturam um universo semiótico extremamente complexo, na medida em que se relacionam às várias pessoas em interação em contextos específicos (ROSSETTI-FERREIRA; AMORIM; SILVA, 2004). Esses elementos não podem ser compreendidos de forma isolada, pois são aspectos inseparáveis e extremamente relacionados à cultura e ao contexto de desenvolvimento da criança (MACARINI; VIEIRA, 2011; KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006).

Ademais, compreende-se que os comportamentos cuidador – criança não são isolados, mas produtos da interação, afetando e afetado pelo comportamento do(s) outro(s). Afinal, as relações sociais, consideradas fundantes ao longo de toda a vida, mantêm-se como arena e motor do processo de desenvolvimento e se co-constroem por meio das *inter-ações*, de ações compartilhadas e interdependentes (CARVALHO, 1988). A partir dessas ações, cada pessoa tem seu repertório comportamental continuamente delimitado, recortado e interpretado pelos outros e por si próprio, através da coordenação de papéis ou posições, dentro de contextos específicos (ROSSETTI-FERREIRA; AMORIM; SILVA, 2004).

Reflete-se, assim, que cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar que abarca diversos aspectos: relacional, afetivo, ético, sociocultural, terapêutico e técnico. Está relacionado com a tarefa de manter a vida satisfazendo um conjunto de necessidades indispensáveis a essa. É um processo interativo entre o cuidador e a pessoa cuidada, no qual alguém apoia ou presta um serviço a um outro (RICARTE, 2009).

Nesse âmbito, estabelece-se que o papel de cuidador pode ser tanto formal como informal (RAFACHO; OLIVER, 2010; RICARTE, 2009). Denomina-se de cuidado informal quando é assumido por algum membro da família ou da comunidade (RAFACHO; OLIVER,

2010), como amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que prestam apoio a quem se vê com dificuldades ou inviabilidades de se autocuidar, sem pretensões de qualquer retribuição econômica (RICARTE, 2009). Já o cuidado do tipo formal é assumido por um profissional contratado ou com formação específica (RAFACHO; OLIVER, 2010). Desse modo, remete-se aos apoios facultados pelos serviços do sistema formal de saúde aos cidadãos que deles precisam (RICARTE, 2009). Nesta pesquisa, o foco se dá sobre os prestadores dos cuidados formais em saúde, isto é, os profissionais atuantes em serviços de saúde.

Em uma definição clássica, Ayres (2004) compreende o *cuidado* como “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (p. 74). Nessa linha, tomando o conceito de práticas sociais como sistemas de ação socialmente estruturados, tal como proposto por Abric (1994), entende-se o cuidado e a prática profissional como práticas sociais, na medida em que são resultantes de um processo interativo orientado por saberes e valores socialmente construídos e compartilhados.

Dentre as diversas perspectivas que abordam as práticas sociais, destacam-se as potenciais contribuições do aporte teórico das representações sociais, visto tratar dos universos simbólicos⁵ socialmente partilhados. Por sua diversidade de orientações e métodos, esta abordagem aplicada ao campo da saúde se converte num meio de acesso privilegiado ao estudo dos processos de formação e difusão do pensamento social, cujos comportamentos e práticas relativas ao campo da saúde-doença se apoiam (MORIN; APOSTOLIDIS, 2002).

1.2 O aporte teórico das Representações Sociais: circunscrições epistemológicas e conceituais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) tem Serge Moscovici como fundador e se apresenta como tendência na Europa a partir da década de 1960 (ÁLVARO; GARRIDO, 2006). O objeto de estudo da TRS são as representações sociais, isto é, os conjuntos de conhecimentos construídos pelos indivíduos e grupos no curso de suas interações e práticas sociais (SANTOS, 2005).

Ao se voltar para o estudo do conhecimento do senso comum, anuncia mudanças no posicionamento quanto ao estatuto da objetividade e da busca da verdade, e rupturas com vertentes clássicas das teorias do conhecimento. Nessa perspectiva, o conhecimento de senso

⁵ Berger e Luckman (1996/1966) definem universo simbólico como a matriz dos significados socialmente objetivados e subjetivamente reais.

comum constitui um objeto de estudo epistemológico legítimo distinto da ciência em termos de processos de construção, funções e finalidades (JODELET, 2001).

A TRS foi apresentada por Moscovici como uma alternativa à Psicologia Social cognitiva tradicional, da qual critica seu caráter individualista. Ao fundamentar essa teoria, Moscovici se opõe explicitamente à hegemonia behaviorista e ao dogmatismo do paradigma científico dominante, e, por conseguinte, ao individualismo, ao a-historicismo, à visão dicotômica entre sujeito/objeto, estímulo/resposta, etc. (BANCHS, 2011). Desta maneira, a TRS almeja recuperar a dimensão social e simbólica do conhecimento como objeto de estudo da Psicologia Social. O conceito de representação social coloca-se, então, no centro do eixo individual-social, ligando os dois extremos (GUARESCHI, 2000). Apesar do termo ‘representação’ possuir uma tradição e uso que remete ao sentido de reprodução ou duplicação da realidade, na TRS esse conceito significa (re) construção daquilo que observamos como objetos por meio da linguagem em interação com outros (BANCHS, 2011).

Nessa perspectiva, Moscovici (2012/1961) teorizou que as representações sociais são construídas a partir dos processos de objetivação e ancoragem, nos quais as pessoas se apropriam e materializam as ideias sobre um determinado objeto social através de naturalizações, classificações e construções de um núcleo figurativo. Nas palavras do autor, objetivar é fazer “tornar real um esquema conceitual e substituir uma imagem por sua contrapartida material” (p. 100). Ao mesmo tempo, no processo de ancoragem, assimilamos novos elementos, novos conteúdos cognoscitivos, afetivos e valorativos, inserindo-os num sistema já conhecido, familiar. Importante ressaltar que esse processo é dialético, visto que implica em mútuas modificações entre os novos elementos e o sistema de pensamento existente (MOSCOVICI, 2012/1961).

Esses processos podem ser exemplificados a partir do fenômeno do sofrimento psíquico infantil. De acordo com Salles (2005), algumas teorias psicológicas estabeleceram e continuam estabelecendo que o desenvolvimento humano é ordenado por uma crescente complexidade da infância à vida adulta. Nesse sentido, ao delimitar normas de conduta previstas para uma determinada faixa etária, acabam propondo certos padrões do que é normal e do que não é. Esses saberes produzidos pela ciência são apropriados pelos grupos sociais, e reconstruídos com base em valores, crenças e normas próprias, de modo inventivo, que favoreça a adaptação dos indivíduos a contextos concretos.

Dessa forma, a compreensão de um desenvolvimento normal ou patológico possui ancoragens delimitadas pelo contexto no qual os indivíduos se situam. Essa compreensão

ocorre, como descrevem Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva (2004), por meio dos significados partilhados e construídos a respeito da infância e possuem a capacidade de canalizar ações/emoções/concepções em determinadas direções e delimitar certas zonas de possibilidades de atuação dos parceiros em interação. Por isso, age como propulsora em certas direções e aquisições, mas também como modo de distanciamento ou interdição em outras, estabelecendo um conjunto de possibilidades e limites à situação, aos comportamentos e ao desenvolvimento das pessoas.

A partir dos postulados de Moscovici sobre a TRS, desenvolveram-se três abordagens teórico-metodológicas distintas para estudar o fenômeno das representações sociais. A abordagem estrutural de Jean-Claude Abric se debruça sobre os conteúdos das representações e a forma como eles se organizam, considerando pontos como a estabilidade e a mudança, e sua relação com as práticas sociais (JODELET, 2001).

A abordagem processual (ou culturalista), fomentada por Denise Jodelet, compreende as representações sociais como o estudo dos processos e dos produtos através dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo, integrando as dimensões sociais e culturais com a história. Para Jodelet, um estudo em Representações Sociais deve abarcar diversos âmbitos, tais como: os discursos dos grupos que constroem um dado objeto; os comportamentos e práticas sociais que se expressam nas representações sociais; os documentos e registros que institucionalizam os discursos e práticas do grupo; e meios de comunicação que influenciam na manutenção e transformação das representações sociais (ALMEIDA, 2005).

A terceira abordagem foi fundada na Escola de Genebra, liderada por Willem Doise e é denominada de societal. Conforme Almeida (2009), esse teórico se debruçou sobre o aporte das representações sociais por considerar este um quadro profícuo para a construção de uma psicologia societal que imbricasse o estudo dos sistemas cognitivos aos sistemas relacionais e societais. Doise propôs a articulação de explicações de ordem individual e societal, de modo a evidenciar que os processos subjacentes ao funcionamento dos indivíduos em sociedade são orientados por dinâmicas sociais de diferentes ordens (interacionais, posicionais e/ou crenças e valores) (ALMEIDA, 2009).

Sendo assim, destaca-se que uma das principais contribuições da abordagem societal é a proposição de investigações que visem à integração de distintos níveis de análise no estudo dos fenômenos e das representações sociais. Tal como afirma Doise (2002a), a proposta dos níveis de análise não guarda a função de classificar a realidade, mas sim de facilitar a realização de articulação de análises baseadas em modelos ternários, que levem em consideração as

relações entre o individual e o social. Considera-se, portanto, as modulações recíprocas entre os distintos níveis. Possibilita ainda evidenciar o campo comum das representações sociais, ou seja, as crenças partilhadas sobre um dado objeto, bem como as diferenças e ancoragens das tomadas de posição, visto que conforme o autor: “as inserções sociais partilhadas dão lugar a interações e experiências específicas, as quais, eventualmente, através da intervenção diferenciada de valores, crenças e percepções sociais, modulam as tomadas de posição de natureza simbólica” (DOISE, 2002a, p. 69).

Outra característica fundamental da abordagem psicossociológica fundada por este autor diz respeito ao entendimento dos Direitos Humanos como *representações sociais normativas*, visto que são cognitivamente organizadas segundo princípios que servem à orientação de comportamentos sociais. As representações sociais que sustentam essa organização possuem múltiplas origens (políticas, filosóficas e religiosas) denominadas de “ideias-força” que podem contribuir, contraditoriamente, para intensificar uma visão restritiva e etnocêntrica dos direitos humanos (DOISE, 2002b). Em suma, as representações normativas se constituem como padrões de contratos explícitos (como no caso das leis) ou implícitos que atuam na organização das interações sociais (SPINI; DOISE, 2005).

Nesse âmbito, Doise (2002a) denominou de *societal* o nível de análise que abarca sistemas de crenças, representações e normas sociais. Para o autor, “as produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, não somente dão significados aos indivíduos como criam ou dão suporte às diferenciações sociais em nome de princípios gerais” (DOISE, 2002a, p. 28).

Argumenta-se que esse nível de análise se aproxima do conceito de institucionalização proposto por Berger e Luckmann (1996/1966). De acordo com os autores, no curso das interações sociais, os indivíduos, por meio da linguagem, constroem a realidade social através da formação de hábitos, ou “tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores” (p. 79), de modo que, no processo de transmissão geracional, determinadas trocas simbólicas adquirem objetividade e força de tradição. Por isso, apesar de um produto humano, muitas vezes “o mundo institucional é experimentado como realidade objetiva” (BERGER; LUCKMANN, 1996/1966, p. 86).

Conforme Spadoni (2015) “as normas informais dos costumes organizam as interações sociais, mas as normas oficiais da legislação organizam, sobretudo, as interações marcadas pelas relações de poder” (p. 221). Assim sendo, na dialética da sociedade, algumas instituições adquirem não apenas força de tradição, mas de lei, como é o caso das políticas públicas e,

enquanto lei, ao serem objetivadas e partilhadas, também criam mecanismos de acessibilidade subjetiva (SPINK, 2013). Traçando um diálogo entre esses autores, concebe-se que as políticas públicas se configuram como *representações normativas*, na medida em que funcionam como princípios organizadores das relações simbólicas entre indivíduos e grupos (DOISE, 2002a; 2002b).

Em outras palavras, a instituição pode ser compreendida como sistema de normas, valores e regras que atravessam e regulam a vida e o funcionamento dos grupos sociais (LAPASSADE, 1983). Cotidianamente, contudo, a palavra instituição também pode indicar um estabelecimento ou associação criado para concretizar determinado objetivo, referindo-se, de forma simultânea, às normas que sobredeterminam as relações e ao local em si, tal como um serviço de saúde (hospital, ambulatório, etc.), onde as práticas e relações sociais se desenvolvem. É o que Lapassade (1983) chama de organização, a base concreta da sociedade, o aparato material que reproduz as instituições. Nesse âmbito, o grupo social complementa a dinâmica da construção social da realidade, na medida em que reproduz e/ou reformula as regras e valores institucionalizados.

Ao tentar compreender e refletir sobre a atuação da/o psicóloga/o em instituições de saúde, por exemplo, buscam-se subsídios para sua inserção em uma organização. Organização esta que é sobredeterminada por normas mais amplas, intimamente relacionadas às representações sociais que, com o passar do tempo, adquirem o estatuto de normas universais ou leis. Sendo assim, é imprescindível compreender o processo de institucionalização dessas normas e, conseqüentemente, o pano de fundo que significa esse cenário em que se desenvolvem as práticas profissionais (SPINK, 2013).

Tal como afirmam Berger e Luckmann (1996/1966), é por meio dos papéis que a ordem institucional se incorpora às experiências dos indivíduos, e em virtude dos quais esses são introduzidos em áreas específicas do conhecimento objetivado socialmente. Ordem institucional e papéis, portanto, imbricam-se em suas origens, na medida em que se referem à tipificação de ações entre indivíduos. Ou seja, são os indivíduos que, inseridos em grupos e organizações, dão vida às instituições, seja reproduzindo as regras e normas objetivadas, seja transformando-as no curso das interações cotidianas.

Logo, os subsídios do contexto têm implicações à realidade institucional em que se inserem essas práticas profissionais. Essa instituição tem uma história própria e é habitada por atores diversos, sendo, portanto, cenário de complexas relações intra e intergrupo (SPINK, 2013). No processo interativo entre sujeito, objeto e grupo social (ABRIC, 1994), as práticas se

consolidam, adquirem significados, e impregnadas por valores e afetos, contribuem para a construção e transformação das representações sociais que permeiam o imaginário de um grupo social (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000).

Ademais, o senso comum pode ser concebido como um corpo de conhecimentos oriundos das experiências e vivências que orientam os indivíduos nas várias situações da vida cotidiana, sendo constituído de opiniões, crenças, valores, modos de pensar, sentir e agir (MINAYO, 2012). Segundo Jodelet (2005), as noções de experiência e vivido⁶ possuem imbricações e articulações diversas com o fenômeno das representações sociais, de modo que são suscetíveis de contribuir substancialmente para essa abordagem. Primeiramente, ambos os fenômenos se situam no campo de estudo do conhecimento do senso comum, o que engloba, além dos aspectos cognoscitivos, as dimensões de afeto, linguagem e discurso. Ademais, demandam a consideração das práticas e dos contextos. Por fim, permitem refletir sobre a emergência dos aspectos subjetivos em negociação com o social. De um lado, as representações sociais dão sentido às experiências e de outro as experiências são mediadoras na construção de conhecimentos.

Em seu movimento dialético, a relação representação social/ experiência põe em jogo diferentes instâncias de cada uma. A noção de experiência e de vivido nos permite passar do coletivo ao singular, do social ao individual, sem perder de vista o lugar que cabe às representações sociais nem as diferentes formas de seu funcionamento (JODELET, 2005, p. 48).

Tendo em vista a relação dialética e interdependente entre representações e práticas sociais (ABRIC, 1994), e considerando a pertinência da realização de pesquisas que se voltem para essa questão (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2000), em Félix (2014) optou-se pela utilização de outra estratégia teórico-metodológica daquelas comumente utilizadas pelos pesquisadores da área. Isto é, ao invés de investigar as representações sociais de um objeto específico, partiu-se do estudo das práticas sociais (de cuidado) para analisar as representações sociais a estas relacionadas.

Naquele estudo, ratificou-se que enquanto prática social, os cuidados em saúde mental que os familiares dirigiam às crianças eram construídos por meio da experiência cotidiana e do

⁶ Minayo (2012) diferencia experiência de vivência, sendo esta o produto da reflexão pessoal sobre aquela. Ou seja, embora uma experiência possa ser compartilhada por vários indivíduos (por exemplo, membros de uma família, pessoas que testemunharam um acontecimento), a vivência de cada um sobre o mesmo evento é única e relacionada à sua subjetividade, biografia e implicação na história. “Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre” (MINAYO, 2012, p. 622).

acesso às informações, bens e serviços, as quais variavam de acordo com suas inserções sociais. Tais condutas também eram interpeladas pelos outros indivíduos que compunham as redes sociais desses cuidadores, através da partilha de saberes formais ou informais (FÉLIX, 2014). Tal como proposto por Marková (2006), verificou-se que as práticas sociais abarcam uma diversidade de fenômenos heterogêneos, que envolvem as representações sociais, como também refletem questões políticas, econômicas e institucionais.

É nesse amplo e complexo cenário social da inter-relação entre fenômeno social, objeto e sujeito, que se insere a proposição teórica e metodológica da TRS. Desta forma, a teoria tem um amplo alcance sobre os fenômenos na sociedade, o que suscita tentativas de sentidos baseadas no conhecimento construído pelos grupos aos quais pertencemos, a partir da teia das relações sociais, comunicacionais, cognitivas e afetivas (ARRUDA, 2009).

A TRS ganha espaço no Brasil a partir do final da década de 1980, no bojo do processo de crise da Psicologia Social, que clamava por referenciais que superassem a dicotomia indivíduo-sociedade e considerassem em seus fundamentos os problemas sociais e a realidade concreta dos indivíduos (GONÇALVES; BOCK, 2003). Em consonância Jodelet (2011) afirma que esta perspectiva teórica tem sido utilizada como um instrumento para conhecer a realidade social brasileira e intervir sobre ela, contribuindo para o manejo dos problemas relacionados aos domínios de sua aplicação.

Os estudos feitos em Brasil, que levam em conta suas realidades sociais concretas, trazem uma grande potencialidade para o avanço teórico. Desta forma, o movimento brasileiro de representações sociais, em vista da sua história e da diversidade dos seus desenvolvimentos, é chamado a desempenhar um importante papel no progresso do pensamento científico relativo às representações sociais (JODELET, 2011, p. 25).

As representações sociais, portanto, precisam ser consideradas em sua relação com as bases materiais que as engendram (MINAYO, 1994). Estão ligadas a sistemas de pensamento ideológicos ou culturais mais amplos, a conhecimentos científicos, à condição social e à esfera da experiência privada dos indivíduos. Apoiam-se em valores variáveis segundo os grupos sociais de onde tiram suas significações, e em saberes anteriores, os quais são lembrados por uma situação social específica (JODELET, 2001).

No clássico estudo “Loucura e Representações Sociais”, Jodelet (2005/1989) averiguou que as formas de conceber e lidar com a “loucura” não são imediatamente modificadas a partir da implantação de novas políticas públicas e da criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de modo que muitos aspectos não verbalizados das representações eram demonstrados nas práticas cotidianas. Para Severo et al. (2007) aos saberes e práticas

relacionadas à loucura estão enraizados aspectos de ordem histórica e cultural, que variam de acordo com grupos específicos (SEVERO et al., 2007).

Desse modo, compreende-se que todos os sistemas terapêuticos são providos de um valor intrínseco, uma vez que todas as formas de conhecimento têm uma racionalidade. Por isso, é necessário problematizar “o papel das técnicas de diagnóstico e de tratamento ante as razões objetivas e subjetivas de todos os sujeitos envolvidos na produção e reprodução dos cuidados”, revelando o valor do conhecimento que emerge como fruto da experiência (MINAYO, 2007, p. 193).

No bojo da Reforma Psiquiátrica brasileira, políticas e serviços de saúde são criados no intuito de revolucionar práticas sociais forjadas há muito tempo e colocar em evidência novas formas de cuidar do sujeito “louco”, relegado às margens da sociedade. Contudo, ainda persiste o questionamento: e os preconceitos que justificavam essa segregação? O desenvolvimento de novas práticas extingue por si só as barreiras simbólicas e materiais? (JODELET, 2005).

De acordo com Santos (2016), as transformações no campo político e social implicam na reorganização de várias áreas de atuação profissional exigindo dos profissionais a modificarem suas práticas e questionarem concepções culturalmente arraigadas. Tal como evidenciado pela autora, este tem sido um campo profícuo para os pesquisadores brasileiros que trabalham com a TRS, o que se verifica pelo “conjunto grande de pesquisas que têm sido realizadas visando compreender a relação entre representações e práticas profissionais, de modo a oferecer subsídios que pudessem provocar uma transformação social no país” (SANTOS, 2016, p. 17).

Diante de todo o exposto, apresenta-se o seguinte problema desta proposta de estudo: de que forma as definições institucionais (pertencentes aos níveis ideológico e normativo) servem de referência para os membros de diferentes grupos sociais? Mais especificamente, como as referidas políticas públicas que compõem o campo normativo da saúde mental são operacionalizadas no nível das práticas profissionais no tocante à atenção à infância? E de que forma os significados, crenças e valores de diferentes grupos sociais (como profissionais de saúde) subsidiam práticas de cuidado a crianças com demandas em saúde mental?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar as dimensões da prática profissional na construção dos cuidados em saúde mental infantil em suas imbricações com as representações sociais. Como objetivos específicos propõe-se: a) perscrutar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo as representações normativas de infância e

cuidado; b) analisar as práticas profissionais em sua relação com a produção de cuidados em saúde mental infantil.

Para alcançá-los foram realizados 2 (dois) estudos apresentados na sessão seguinte. Através desses, pretende-se defender empiricamente o argumento de que as práticas de cuidado à saúde mental infantil são construídas em meio às negociações de saberes de distintas ordens e da experiência vivida face às demandas e às circunscrições das condições concretas sociais e de trabalho.

1.3 Pressupostos epistemológicos e delineamento metodológico da tese

Propõe-se a realização de uma pesquisa plurimetodológica, com ênfase na abordagem qualitativa, que será desenvolvida a partir de 2 (dois) estudos, dos quais serão expostos os participantes, instrumentos e procedimentos de coleta e análise nos capítulos seguintes. Conforme Minayo (2012), a triangulação metodológica permite olhar o objeto sob seus diversos ângulos, a partir do contraste de resultados decorrentes, por exemplo, de duas ou mais técnicas de coleta de dados e fontes de informação.

Segundo Falcão e Régnier (2002), seja nas pesquisas com abordagens quantitativas, seja naquelas ditas qualitativas, há sempre aspectos a serem negociados em cada situação de análise. Isto é, faz-se necessário considerar cautelosamente o objeto de estudo, os referenciais teóricos que balizam a pesquisa, as categorias decorrentes da análise daquele objeto de acordo com esse referencial, os recursos e as ferramentas disponíveis para analisar as informações obtidas.

Em consonância, Minayo (2012, p. 622) afirma que:

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta dos dados.

Nesse sentido, Dilthey (2002) argumenta que o método das ciências sociais deve visar à compreensão interpretativa das experiências dos indivíduos dentro do contexto em que foram vivenciadas. Assim sendo, Minayo (2012) reconhece que os estudos qualitativos tomam o senso comum por base e são meio de expressão das vivências e experiências. Executada através de um percurso analítico e sistemático, a pesquisa qualitativa possibilita “a objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade” (MINAYO, 2012, p. 626). Trata-se de uma abordagem coerente com o uso da Teoria das

Representações Sociais como modelo teórico principal desta tese, pois evidencia o interesse nas teorias de senso comum construídas no intuito de compreender a realidade social.

No bojo das abordagens qualitativas, considera-se que a perspectiva metodológica hermenêutico-dialética proposta por Minayo (1994) se apresenta como pertinente para a construção desta pesquisa por possibilitar uma interpretação mais próxima da realidade, inserindo e compreendendo a fala “no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida” (p. 231). As condições da vida cotidiana e suas estruturas profundas emergem como figura no tratamento dos dados na metodologia hermenêutico-dialética, sendo fundamental que o pesquisador elucide para si próprio o contexto dos documentos analisados ou dos entrevistados, tendo em vista que “o discurso expressa um saber compartilhado com outros, do ponto de vista moral, cultural e cognitivo” (MINAYO, 1994, p. 222).

Do ponto de vista histórico, a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, **toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores, mas também como práxis.** Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas (MINAYO, 1994, p. 232, grifos nossos).

Segundo Minayo (1994), a análise hermenêutico-dialética evidencia a compreensão das políticas de saúde como construções históricas vivenciadas através do sistema de saúde, assim como do campo das determinações fundamentais, isto é, do contexto sócio-histórico de seus distintos grupos sociais. Para tanto, faz-se necessário ponderar acerca da participação de determinado grupo enquanto ator social e sua inserção em dada conjuntura política e socioeconômica, assim como a história desse grupo, seu engajamento na produção enquanto classe e as condições de reprodução do trabalho, incluindo questões salariais, de acesso a bens e serviços, etc. (MINAYO, 1994).

Nesse sentido, o método dialético visa à captação das contradições e dinamismos compreendendo os fenômenos como inacabados e em constante movimento e projeção. No que tange ao campo da saúde, Jodelet (2006) e Minayo (1994) afirmam que as concepções de saúde/doença precisam ser entendidas como produtos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos, inter-relacionadas com o acesso aos serviços, aos sentidos hegemônicos e às tradições culturais. Nas palavras de Minayo (1994): “saúde/doença são um fenômeno social não apenas porque elas expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo” (p. 233).

Ademais, coaduna-se com a metodologia hermenêutico-dialética quando se reflete sobre a natureza do “dado”. Isto é, “não é o campo que traz o dado, na medida em que o dado não é “dado”, é “construído”. É fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador” (MINAYO, 1994, p. 233).

Em concordância com Bastos e Biar (2015) considera-se que “os dados não falam por si, nem descrevem uma realidade” (p. 101). O conhecimento científico é sempre produzido por um ator social, o pesquisador, que com suas lentes e condições contextuais e identitárias olham o fenômeno de certa perspectiva e constrói uma narrativa singular sobre o campo (BASTOS; BIAR, 2015). Para Lane (1985) “a pesquisa em si é uma prática social onde o pesquisador e pesquisado se apresentam enquanto subjetividades que se materializem nas relações desenvolvidas” (p. 19).

Circunscritas essas matrizes epistemológicas e teóricas, na página seguinte o Quadro 1 contém um esquema que ilustra o desenho metodológico desta tese. Retoma-se o problema de pesquisa e objetivo geral, assim como uma descrição geral de cada estudo desenvolvido para alcançá-los. Dessa maneira, introduz os capítulos subsequentes, nos quais serão trabalhados de maneira pormenorizada.

Quadro 1 – Panorama geral dos estudos da tese

PROBLEMA DE PESQUISA			
Como as políticas públicas que compõem o campo normativo da saúde mental são operacionalizadas no nível das práticas profissionais no tocante à atenção à infância? De que forma os significados, crenças e valores de profissionais de saúde subsidiam práticas de cuidado a crianças com demandas em saúde mental?			
OBJETIVO GERAL			
Analisar as dimensões da prática profissional na construção dos cuidados em saúde mental infantil em suas imbricações com as representações sociais.			
	OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÃO DE PESQUISA
ESTUDO I	Investigar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo as representações normativas de infância e cuidado.	a) Identificar os lugares da criança na legislação brasileira em saúde mental. b) Perscrutar os principais conteúdos e processos articulados e subjacentes às representações normativas.	- Pesquisa documental: a) Fontes: 28 (vinte e oito) documentos selecionados da legislação de saúde mental brasileira. b) Técnicas de coleta e análise: levantamento online e análise temática de conteúdo das informações obtidas
ESTUDO II	Analisar a produção de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde.	a) Contextualizar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial infantojuvenil (RAPS) do Recife, investigando a função e o funcionamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em sua inserção na Atenção Básica (AB); b) Analisar o contexto de atuação dos psicólogos do NASF, abarcando as práticas e desafios cotidianos; c) Perscrutar as representações sociais subjacentes às práticas e de psicólogos do NASF no tocante ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico.	- Pesquisa qualitativa com atores-chave: a) Participantes: 1 gestora da rede de saúde mental do estado de Pernambuco; 8 psicólogas/os atuantes em equipes NASF do Recife. b) Técnicas de coleta e análise: entrevistas, análise de conteúdo e análise narrativa.

CAPÍTULO 2 – A CRIANÇA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL: Um estudo sobre representações (sociais) normativas

2.1 INTRODUÇÃO

2.1.1 Políticas públicas, sociais e de saúde: algumas definições necessárias

Nos últimos anos, observa-se no Brasil o crescimento de estudos na área das políticas públicas. Essa temática vem se configurando como alvo de investigações e discussões no âmbito acadêmico sob diversos ângulos de análise (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008; YAMAMOTO, 2007; ARRETCHÉ, 2003). Segundo Arretche (2003), foram criadas disciplinas de políticas públicas nos cursos de graduação e programas de pós-graduação, assim como linhas de pesquisa e incentivo de agências de fomento a pesquisas nessa área. Por conseguinte, multiplicou-se a produção de teses, dissertações e artigos científicos que tomam as políticas como objeto ou fonte de estudo. Nesse sentido, considera-se que uma breve contextualização se faz necessária para fundamentar o estudo e dimensionar a importância do debate. Afinal, o que são políticas públicas?

Para Couto e Delgado (2015) políticas são consideradas como respostas a alguma demanda formulada por atores sociais ou políticos, que alcança o *status* de política pública quando incluída na agenda pública. O “Estado em ação” traduz a definição clássica de *políticas públicas* (GOBERT; MULLER, 1987 apud HÖFLING, 2001, p. 31). Isto é, trata-se do Estado implantando um projeto de governo por meio de programas e ações voltadas para esferas específicas da sociedade (HÖFLING, 2001), denotando um conjunto articulado de decisões do governo com fins a serem alcançados por meio de práticas programadas e encadeadas de forma coerente (AUGUSTO, 1989).

Tomando de empréstimo as concepções adotadas por Höfling (2001), define-se Estado como o conjunto de instituições que permitem a ação do *governo*, como por exemplo, órgãos legislativos, jurídicos e militares. O Governo, por sua vez, pode ser compreendido pelo conjunto de projetos e programas que uma parcela da sociedade propõe para a sociedade como um todo. Ou seja, durante certo período, um grupo formado por políticos, técnicos e demais representantes da sociedade civil assume e desempenha as funções do Estado, configurando determinada orientação política. Nesse sentido, Höfling (2001) salienta que as políticas públicas são:

formas de interferência do Estado, visando a manutenção das relações sociais de determinada formação social. Portanto, assumem “feições” diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado. É impossível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo (p. 31).

É necessário, portanto, compreender as relações que se estabelecem entre a concepção de Estado e a (s) política (s) que este implementa em uma determinada sociedade, em determinado período histórico” (HÖFLING, 2001, p. 30), isto é, as “questões de fundo”, (HÖFLING, 2001; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Nesse contexto, contextualiza-se que a expressão *política social* passou a ter uso generalizado no Brasil a partir da década de 1970, de modo que, desde então tem sido constatado nos distintos planos de governo um aumento do interesse oficial no desenvolvimento de políticas sociais (AUGUSTO, 1989). As políticas sociais, entretanto, têm origem no século XIX, nos movimentos populares decorrentes das primeiras revoluções industriais, relacionadas aos conflitos emergentes entre capital e trabalho (HÖFLING, 2001).

Por isso, nos moldes de uma sociedade capitalista, tratar de políticas sociais implica em realçar a “questão social” (HÖFLING, 2001; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). Segundo Yamamoto (2000), a questão social pode ser

apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (p. 27).

Em suma, o termo política social se refere a uma categoria descritiva dos fenômenos abarcados pelo governo, podendo ser concebidas como respostas às necessidades do trabalho e do capital (AUGUSTO, 1989). Consistem em ações de responsabilidade do Estado (mas não necessariamente pensada apenas por seus organismos), que visam à redistribuição dos benefícios sociais e diminuição das desigualdades estruturais provocadas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001). De modo geral, Höfling (2001) e Yamamoto e Oliveira (2010) definem políticas sociais como estratégias estatais criadas para a resolução de problemas sociais (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010). Assim sendo, como estas são criadas/construídas?

Diante do reconhecimento da existência de um problema social e, por conseguinte, da necessidade de algo ser feito a respeito deste, os formuladores de política necessitam decidir (ou não) sobre um curso de ação, explorando, para tanto, as opções disponíveis. Pode-se afirmar que o primeiro momento na formulação de uma política é o processo decisório, quando os atores políticos influenciam a escolha das alternativas e a estrutura da política pública, baseados em fatores diversos, tais como, valores políticos, pessoais e ideológicos, níveis de conflito, recursos materiais e humanos envolvidos, projeção de resultados, etc. Posteriormente, segue-se o

processo formal, no qual a decisão tomada se formaliza e se legitima, através das medidas administrativas necessárias, no legislativo, executivo e/ou judiciário. O processo de implementação da política pública pode ser compreendido como o conjunto de ações que visam transformar as propostas em resultados observáveis. Por fim, é necessário avaliar a política implantada. Trata-se de um instrumento técnico e uma ferramenta política que possibilita o “desenvolvimento de processos para a revisão e medição sistemática do estado do problema”. Os resultados da avaliação podem ser utilizados para melhorar ou finalizar a política existente auxiliando sua continuação, ou ainda, desenvolver uma nova política (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130).

Em complemento, Augusto (1989) explica que a centralização das decisões políticas e financeiras no âmbito do governo brasileiro se alia a uma “espetacular fragmentação institucional” (p. 109), expressa na multiplicidade de fundações, autarquias e empresas públicas responsáveis pela execução das políticas. De modo que, cada uma dessas “políticas” parece dizer respeito a um “pedaço” de amplitude abrangida pelo Estado brasileiro (AUGUSTO, 1989, p. 109). Trata-se, assim, dos “submundos” institucionais aos quais Berger e Luckmann (1996/1966) se referem.

No campo das políticas sociais, especificamente, saúde, alimentação, educação, habitação, previdência, mobilidade urbana, saneamento básico emergem como áreas de intervenção. No governo brasileiro, o financiamento, a produção e a distribuição de serviços públicos relativos a esses setores (AUGUSTO, 1989) se concretiza por meio de organizações (LAPASSADE, 1983), como os Ministérios da Saúde, Educação, do Trabalho, da Previdência e da Assistência Social. Assim, os Ministérios circunscrevem áreas específicas da atuação estatal que se distinguem pelos objetivos, funcionamento e importância em relação ao todo (AUGUSTO, 1989).

De maneira pormenorizada, Yamamoto e Oliveira (2010) descrevem os avanços e recuos dos últimos governos no tocante ao desenvolvimento das políticas públicas sociais, caracterizando este como um “campo de oposição e contradição de interesses” (p.10). Pode-se dizer que, desde a ditadura militar (1965-1985) o interesse do Estado brasileiro pela área social tem se elevado, associado com as pressões da sociedade civil que vivenciava um cenário de privação de direitos e profundas desigualdades sociais (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Assim, a intensificação do processo de concentração de renda, o desenvolvimento excludente e a urbanização acelerada potencializaram a pauperização da população, demandando responsabilização e intervenção estatal sobre os problemas sociais. Com o

processo de redemocratização do país, o “social”, mais especificamente, o setor *saúde*, jamais tomado como prioridade nas definições de políticas econômicas ou sociais passa a sofrer uma série de transformações (AUGUSTO, 1989).

2.1.2 Políticas de saúde no Brasil: da reforma sanitária ao SUS

O sistema de saúde brasileiro, desde o início do século passado, caracterizava-se pela centralização na esfera federal, cisão entre práticas curativas e preventivas e, principalmente, desigualdade de acesso. As políticas públicas de saúde expressavam um “projeto excludente”, que não contemplava as reivindicações dos movimentos populares por melhorias nesse setor (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 10).

Yamamoto e Oliveira (2010), Tenório (2002) e Dimenstein (1998) retomam as décadas de 1970 e 1980 para situar as origens das transformações nas políticas públicas de saúde no Brasil. Num contexto de luta contra o Estado autoritário, surgem críticas profundas ao caráter privatista e à ineficácia da assistência pública em saúde. As denúncias da violência sofrida pelos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do país, das fraudes no financiamento dos serviços (TENÓRIO, 2002) e dos cortes nos programas sociais e de saúde também começam a ganhar peso. Apesar dos avanços tecnológicos e, diante de toda uma conjuntura socioeconômica e política, a assistência ofertada e as condições de saúde da população se deterioravam de maneira progressiva (DIMENSTEIN, 1998). A classe média brasileira, diante da inacessibilidade e baixa qualidade da atenção, passou a buscar assistência médica nos seguros e planos de saúde, evadindo para o setor privado (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Ainda nesse período, mais da metade das famílias brasileiras viviam abaixo da linha da pobreza. Diante de um crescimento populacional ascendente, observa-se a formação de um processo migratório interno que impulsionou uma expansão desordenada dos centros urbanos. Somado a isso, delineou-se um quadro de recessão e inflação ocasionado pela queda do crescimento econômico, elevação dos juros e da dívida externa (DIMENSTEIN, 1998). Amplas camadas da sociedade brasileira sofriam com a baixa expectativa de vida, as altas taxas de mortalidade infantil, a desnutrição alimentar, a exclusão escolar (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010), dentre outras expressões da questão social.

Essa conjuntura impulsionou a sociedade civil a se organizar em favor do estabelecimento do Estado democrático de direito, após 21 anos de ditadura militar, e de mudanças efetivas no campo do bem-estar social, cuja dívida era profunda. Dentre estes movimentos, podemos destacar as Diretas Já, a maior mobilização civil da história do Brasil, e

o movimento da reforma sanitária, que surge em resposta às referidas mazelas no campo da saúde.

Concebido como um movimento em prol da reformulação do sistema nacional de saúde, o foco da reforma sanitária é atribuído à administração e ao planejamento dos serviços (TENORIO, 2002), “com ênfase nos princípios democráticos e na responsabilidade do Estado na garantia do direito, do acesso e da qualidade” (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 14). Foi um movimento formado por profissionais de saúde de diversas categorias em articulação com partidos políticos, sindicatos e setores populares que politizaram o debate sobre saúde no cenário nacional, questionando a estrutura liberal e privatizante desse setor (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Considerada um emblema do movimento sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, apresenta em relatório final a proposta de implantação de um sistema único de saúde para todos os brasileiros (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010), partindo dos seguintes fundamentos: 1) a ampliação do conceito de saúde em articulação com as políticas sociais e econômicas. Nesse âmbito, a saúde é resultante das condições materiais de existência (alimentação, renda, trabalho, lazer, acesso aos serviços de saúde, etc.), em oposição ao saber clínico-biológico hegemônico; 2) a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado; 3) a instituição de um sistema de saúde orientado pelos princípios de universalidade de acesso, integralidade das ações, descentralização político-administrativo e hierarquização dos serviços em níveis de assistência, e envolvimento de seus usuários por meio de participação popular e controle social (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010; DIMENSTEIN, 1998).

Assim, num cenário de intensas disputas políticas e perspectivas de mudanças para a sociedade brasileira é elaborada e aprovada uma nova carta constitucional em 1988, a qual, por sua vez, “mescla avanços significativos no campo social com a manutenção de traços conservadores” (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 11). Dentre as conquistas adquiridas, destaca-se: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (BRASIL, 1988, Artigo 196, grifos nossos).

A partir de então, movimentos sociais e demais setores da sociedade civil puderam exigir das esferas governamentais direitos previstos na recém-aprovada Constituição. Apesar

da crise político-econômica e de governos orientados pela lógica neoliberal⁷ predominantes nos anos subsequentes, pôde-se observar o delineamento de alguns marcos legais fundamentais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados 1990, e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, que representaram conquistas expressivas na proteção dos direitos das crianças e adolescentes, e nos direitos à saúde e seguridade social, respectivamente.

O ECA, mais especificamente, foi sancionado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, pelo presidente Fernando Collor de Melo, revogando o vigente Código de Menores. De acordo com Almeida, Cunha e Santos (2004), o primeiro Código de Menores foi promulgado em 1927, estabelecendo o Estado como responsável legal pela tutela das crianças e adolescentes pobres, órfãos, abandonados e/ou em conflito com a lei, denominados “menores em situação irregular”. O ECA extingue o termo “menor” e determina que todos os indivíduos entre zero e dezoito anos são “crianças” e “adolescentes” aos quais devem ser garantidos o direito ao desenvolvimento e amadurecimento plenos. Portanto, desde então, “a cidadania torna-se o princípio norteador das políticas públicas brasileiras para a infância e a adolescência” (ALMEIDA; CUNHA; SANTOS, 2004, p.637).

Embora não tenha sido implantado em sentido pleno neste país, o ECA é uma referência mundial como legislação dirigida à proteção da juventude. Para efeitos dessa lei, é considerada criança e adolescente, respectivamente, a pessoa de até 12 (doze) anos incompletos e entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos. Na “condição peculiar de pessoas em desenvolvimento”, crianças e adolescentes “gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”. A lei assegura que todas as oportunidades e facilidades devem ser garantidas a essa população, “a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”. Em seu artigo 4º, os direitos “à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” são estabelecidos como deveres da família, da sociedade e do poder público (BRASIL, 1990/2012, p. 11).

Alguns meses após a promulgação do ECA, o SUS foi sancionado pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como fruto da referida reforma sanitária e pautado pelos

⁷ Conjunto de ideias políticas e econômicas baseado em princípios capitalistas. Defende a mínima intervenção do Estado e incentiva o livre mercado para garantir o crescimento econômico e, por conseguinte, o desenvolvimento social de um país.

princípios e diretrizes inovadores e democráticos propostos na VIII CNS (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado, Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da *Reforma Psiquiátrica*. Diferente das anteriores, essa lei só seria finalmente aprovada 12 (doze) anos depois de sua proposição inicial, na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (TENÓRIO, 2002).

2.1.2.1 A Política de Saúde Mental: Avanços e recuos da Reforma Psiquiátrica

A política de Saúde Mental foi construída e pactuada por diversos atores sociais que buscavam profundas transformações nos cuidados ao sofrimento psíquico (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Um dos diversos marcos desse processo foi a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, que liderou a luta antimanicomial, aliando reivindicações trabalhistas e discurso humanitário (TENÓRIO, 2002).

Como referido anteriormente, a reforma psiquiátrica no Brasil emerge num momento de intensa movimentação político-social (AMARANTE, 2000), configurando-se como um campo heterogêneo que envolve a clínica, a política, o judiciário, e as questões socioculturais e que implica em transformações político-administrativas, técnicas e teóricas inovadoras. Importante destacar, todavia, o argumento principal, a saber: o resgate da cidadania do “louco” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, expressa esse objetivo ao dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e, finalmente, redirecionar o modelo assistencial em saúde mental:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

A aprovação da Lei 10.216 foi um marco e produz(iu) impacto substancial na reforma psiquiátrica brasileira, salvo algumas críticas. Por exemplo, considera-se que o caráter universalizante da expressão “pessoa com transtorno mental” invisibiliza eixos fundantes da vida e dos processos de subjetivação, como geração, gênero e raça, e acabar por ferir os princípios de equidade e integralidade do SUS. Além disso, segundo Brasil (2005a), diferentemente da proposta inicial do deputado Paulo Delgado, a lei sancionada não institui claramente os mecanismos que seriam implementados para a reconfiguração do modelo

assistencial em saúde mental. De todo modo, “é no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005a, p. 8-9).

Em seu esforço teórico, a política de saúde mental no Brasil atravessou significativas transformações do modelo hospitalocêntrico ao de base territorial comunitária. Atualmente, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica foram inseridas no cenário brasileiro através da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005a). Pondera-se, contudo, que “é dever de honestidade conceitual e política reconhecer que esse consenso político ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece dispendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar” (BRASIL, 2004, p.7).

Sabe-se que o modelo SUS é outra referência internacional no campo da saúde. Contudo, ainda hoje muitas propostas continuam sem “sair do papel” ou foram desvirtuadas por (des)interesses político-econômico em todos os campos, inclusive na Saúde Mental Infantojuvenil, historicamente negligenciado pelo poder público, conforme situado no capítulo 1.

Assim, conforme exposto, uma série de eventos ocorridos na história do Brasil foi determinante para a retomada da discussão sobre a saúde mental infantil e o mais recente engajamento público na construção de uma política de saúde voltada para essa população específica. Tendo o ECA, o SUS e a Reforma Psiquiátrica sendo promulgados por lei e, entendendo esses marcos como o início e não o fim de um processo de transformações nos cuidados em saúde mental na infância, interessa saber:

Como a criança tem sido concebida, priorizada e tratada no âmbito das políticas públicas de saúde mental desde a criação desses marcos normativos? Em quais lugares ela tem (ou não tem) sido colocada na legislação que estabelece a assistência em saúde mental no Brasil? Orientado por essas questões, o primeiro estudo desta tese foi realizado com o objetivo geral de analisar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo as representações normativas de infância e cuidado. Para atingi-lo, buscou-se perscrutar o lugar da criança na legislação em saúde mental proposta desde a criação do SUS aos dias atuais, analisando os principais conteúdos e processos subjacentes à construção desses marcos legais.

2.2 MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa do tipo documental, a qual teve a legislação brasileira em saúde mental como fonte primária de análise. Aposta-se no potencial da pesquisa documental em favorecer a produção de conhecimento contextualizado histórica e socioculturalmente e dirigido à compreensão de objetos e fenômenos sociais e seus processos de construção e transformação.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) caracterizam a pesquisa documental como um procedimento que faz uso de métodos e técnicas para fins de apreensão e análise de variados tipos de documentos, cabendo ao pesquisador sintetizar as informações neles contidas, interpretá-las e determinar tendências e inferências. Embora se assemelhe em alguns aspectos à pesquisa bibliográfica, diferencia-se sobretudo no que tange à natureza das fontes: enquanto a pesquisa bibliográfica trabalha com fontes secundárias, remetendo às contribuições de distintos autores sobre determinado tema, a pesquisa documental se utiliza de fontes primárias, isto é, materiais que não obtiveram um tratamento analítico.

Bardin (1977/2009), por sua vez, também distingue a análise documental da análise de conteúdo em relação às suas fontes e funções. Enquanto a primeira trabalha com documentos e tem por objetivo a representação condensada de informações para consulta e armazenamento, a segunda visa à manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) com o intuito de realçar “indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem”. Ainda segundo a autora, a análise documental tem a finalidade de facilitar o acesso e armazenar o máximo de informação com o máximo de pertinência, englobando aspectos quantitativos e qualitativos respectivamente (BARDIN, 1977/2009, p. 52).

Segundo Bauer (2007),

assim como as pessoas expressam seus pontos de vista falando, elas também escrevem – para fazer relatórios, para planejar, jogar ou se divertir, para estabelecer normas e regras, e para discutir sobre temas controvertidos. Deste modo, os textos, do mesmo modo que as falas, referem-se aos pensamentos, sentimentos, memórias, planos e discussão das pessoas e, algumas vezes nos dizem mais do que seus autores imaginam (p. 189).

2.2.1 Fontes

Um dos primeiros passos para a realização de uma pesquisa documental é localizar os textos pertinentes, avaliando sua credibilidade e representatividade (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Segue abaixo um quadro que aponta o quantitativo de toda a legislação

brasileira em saúde mental identificada no período de 1990 a 2014, classificada por período, natureza (lei, portaria, resolução, etc.) e quantitativo.

Quadro 2 – Panorama da Legislação em Saúde Mental (1990-2014)

Período	Natureza	Quantidade	
Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004	Legislação Federal	3	(leis)
		1	(decreto)
	Legislação Estadual	9	(leis)
		1	(decreto)
	Portarias do MS	39	
	Resoluções	2	
	Recomendação do CNS	1	
	Deliberações	2	
Total parcial		58	
Legislação em Saúde Mental 2004 – 2010	Legislação Federal	2	(leis)
		3	(decretos)
	Portarias do MS	48	
	Portarias interministeriais	4	
	Resoluções	4	
	Recomendações	4	
Total parcial		65	
Legislação 2010 – 2014	Lei	1	
	Decreto	1	
	Portarias	16	
	Notas técnicas	2	
Total parcial		20	
Total		143	

Fonte: Dados trabalhados pela autora

Para fins de esclarecimento sobre a natureza das fontes, é necessário informar que a formulação de Leis é responsabilidade do Poder Legislativo, entretanto, são sancionadas pelo Poder Executivo, enquanto os Decretos cabem exclusivamente ao chefe do Executivo, considerados como atos administrativos criados para atender situações previstas em leis. As Portarias (maioria dos documentos analisados) são editadas por ministros, secretários do governo ou demais autoridades e constituem instruções acerca da organização e funcionamento de serviços. Por fim, as deliberações e resoluções se referem a regulamentos ou diretrizes instrumentais pelos quais ministros, secretários de governo ou outras autoridades editam instruções sobre a organização e funcionamento de serviços. Resoluções e deliberações são diretrizes ou regulamentos derivados de órgãos, tais como os Conselhos de saúde (BRASIL, 2010a). Assim, após o procedimento de produção dos dados, descrito a seguir, foram selecionados 28 (vinte e oito) documentos para compor o *corpus* apresentado no Quadro 3. Neste, estão descritos o principal objetivo de cada ato legislativo selecionado e analisado, os quais foram organizados em ordem crescente pelo ano de promulgação de cada documento.

Quadro 3 – Corpus do Estudo 1

Nº	LEGISLAÇÃO	ANO	OBJETIVO PRINCIPAL
1	Portaria GM nº 816	2002	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas
2	Portaria GM nº 336	2002	Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial segundo ordem crescente de complexidade e abrangência populacional
3	Portaria SAS nº189	2002	Institui os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS) no rol de procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental.
4	Portaria SAS nº 305	2002	Aprovar as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com Transtornos Causados pelo Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e outras Drogas
5	Portaria GM nº 457	2003	Institui Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde
6	Portaria GM nº 1.947	2003	Propõe o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência
7	ANEXO - Portaria GM nº 1.947	2003	Propõe o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência
8	Portaria GM nº 1.946.	2003	Cria Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar uma proposta para construção do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
9	Portaria nº 1608/GM	2004	Institui o Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
10	Lei nº 11.343	2006	Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD
11	Portaria interministerial nº 1.055	2006	Institui o Grupo de Trabalho com a finalidade de constituir um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental
12	Portaria interministerial nº 3.347	2006	Cria o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental
13	Portaria nº 3.211	2007	constitui o Grupo de Trabalho (GT) sobre Atenção aos Autistas na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS
14	Portaria nº 154	2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF
15	Portaria nº 1.190	2009	Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009 – 2010)
16	Portaria nº 2.629	2009	Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração.
17	Portaria nº 2.841	2010	Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III
18	Portaria nº 2.842	2010	Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.
19	Portaria nº 2.843	2010	Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Modalidade 3 - NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de crack, álcool e outras drogas.
20	Portaria nº 3.088	2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
21	Portaria nº 121	2012	Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial
22	Portaria nº 130	2012	Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

23	Portaria nº 148	2012	Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência
24	Portaria nº 855	2012	Especifica o Protocolo, quantitativo e equipe profissional da unidade de acolhimento infantojuvenil (UAI)
25	Lei nº 12.764	2012	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
26	Nota técnica nº 41	2013	Esclarecimentos e Orientações a respeito da republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012
27	Portaria nº 3.168	2013	Divulga a 2ª lista do processo de seleção de propostas apresentadas para Construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD III) e Unidades de Acolhimento (UA).
28	Portaria nº 615	2013	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento

Fonte: Dados da pesquisa

Na sequência são descritos os instrumentos e meios para realização da coleta e análise de dados, apontando os percursos e decisões tomadas em relação às técnicas de manejo desses documentos, da organização e classificação do material à elaboração das categorias analíticas, conforme sugerido por Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009).

2.2.2 Instrumentos

Como instrumento principal deste estudo foi construída e utilizada uma grade para viabilizar a organização dos documentos coletadas virtualmente, que será melhor explicitada nos procedimentos de análise. Segue abaixo uma ilustração do instrumento:

Quadro 4 – Grade utilizada para análise preliminar do Estudo 1

ONDE?	QUANDO?	POR QUEM?	QUAL FINALIDADE?	COMO?	QUAL CONTEXTO/ FREQUÊNCIA?
Portaria GM nº 816	30 de abril de 2002	Barjas Negri	Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004, p. 142).	“O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando: - as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001; - o aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre <u>crianças</u> e adolescentes no País, confirmado por estudos e pesquisas; [...]” (BRASIL, 2004, p. 141)	UC_1: 1 UR

Fonte: Dados da pesquisa

2.2.3 Procedimentos de produção de dados

Em setembro de 2016, foi realizada uma busca online a partir da qual se fez o levantamento e seleção das referidas fontes. Orientada pelo objetivo deste estudo (perscrutar as políticas públicas que orientam os cuidados à saúde mental infantil, apreendendo o lugar da criança) optou-se por consultar todo o acervo legislativo brasileiro em Saúde Mental disponível virtualmente. A princípio, as seguintes coletâneas foram identificadas:

- Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004 (BRASIL 2004);
- Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010 (BRASIL, 2010a).

A Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004 (BRASIL 2004) e a Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010 (BRASIL, 2010a) consistem em coletâneas sobre os atos normativos relativos à reestruturação da assistência em saúde mental no país, criadas após reconhecimento da dificuldade de acesso às normas brasileiras vigentes. A primeira reúne o conjunto dos atos legais do período de 1990 a 2004, visando ao acesso do seu conteúdo e à contribuição para a implementação dessas medidas no âmbito do SUS. Foi produzida pelo Centro Cultural da Saúde (CCS), em parceria com o Instituto Franco Basaglia e a Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Esta publicação inicialmente apresenta, devido à relevância histórica, a Declaração de Caracas (1990), considerada um marco dos processos de reforma em Saúde Mental nas Américas. Na sequência, disponibiliza a “Lei Federal sobre a Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal sobre as Cooperativas Sociais, leis estaduais, portarias do MS (Ministério da Saúde), resoluções e deliberações acompanhadas” (BRASIL, 2004, p. 9-10).

A segunda, por sua vez, é apresentada pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e complementa o acervo disponível sobre a legislação do campo, colhendo as normativas produzidas pelo campo da saúde mental entre 2004 e 2010. Em sua apresentação, destaca o conjunto de produções e avanços referentes às questões do uso de álcool e outras drogas, como também:

a mais recente produção legislativa aponta o caminho da intersetorialidade, Economia Solidária, Direitos Humanos, **Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**, Saúde Mental Indígena. [...] O esforço da qualificação e consolidação da rede de atenção à saúde mental também se reflete aqui. Finalmente, o impulsionamento das ações de saúde mental no nível da atenção básica, a nova fronteira da saúde mental no SUS – todas conquistas recentes de um processo de múltiplos atores, que a legislação passa a garantir (BRASIL, 2010a, p. 10, *grifos nossos*).

Além dessas, compilou-se manualmente toda a legislação em Saúde Mental disponível no site do Ministério da Saúde após o ano de 2010. Foram localizados 20 (vinte) documentos

produzidos entre 2011 e 2014⁸. Pondera-se que estes foram os documentos passíveis de localização no momento da coleta e não necessariamente esgotam o universo legislativo em saúde mental do período. Isto é, possivelmente outros atos legislativos foram sancionados entre os anos de 2010 a 2016, embora não tenham sido localizados. Cabe lembrar que as referidas coletâneas foram elaboradas com base na dificuldade de acesso às normas legais nesse campo. Assim, foi realizado o *download* desse material, o qual, posteriormente foi reunido num arquivo único em PDF para fins de análise.

Reunido esse material, deu-se início ao processo de composição do *corpus*. Para tanto, utilizou-se o mecanismo de busca do Adobe Acrobat Reader DC⁹ para localizar a palavra “criança”, escolhida como Unidade de Registro¹⁰ (UR) deste estudo. Segundo Bardin (1977/2009) a UR, geralmente uma palavra ou tema, trata-se da “unidade de significação codificada e corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a categorização e contagem freqüencial” (p. 134).

Com o universo de documentos demarcados, formulou-se o *corpus*, conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos analíticos, a partir de seleções, escolhas e regras e seguindo os princípios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 1977/2009). Assim, o *corpus* foi composto pelos atos legislativos que continham a UR criança, emergente 106 (cento e seis vezes) em apenas vinte e oito (28) dos 143 (cento e quarenta e três) documentos levantados (explicitados no quadro 3).

2.2.4 Procedimentos de análise dos dados

Realizou-se Análise de Conteúdo (AC) das informações obtidas, visto que, como referenciado anteriormente, o objetivo não foi organizar e condensar informações (tal como na pesquisa documental), mas verificar o conteúdo latente sobre saúde mental infantil presente (ou ausente) na legislação. De acordo com Caregnato e Mutti (2006), “a maioria dos autores refere-se à AC como sendo uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social” (p. 682).

⁸ Acessado em 12 de setembro de 2016, disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mental_legislacao.php

⁹ Programa gratuito que permite exibição, leitura e anotações em arquivos em PDF.

¹⁰ No processo de coleta outros termos também foram utilizados, como ‘infância’ e ‘infante’. Verificou-se, entretanto, que os documentos localizados com esses já haviam sido contemplados na primeira busca com o descritor ‘criança’. Por isso, a palavra ‘criança’ foi escolhida como UR por abarcar maior quantitativo de atos legislativos.

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) ressaltam que a análise de conteúdo é uma das possibilidades, dentre as diversas existentes, de interpretar o conteúdo de um texto. É uma abordagem que pressupõe que um texto possui sentidos e significados explícitos e/ou implícitos que podem ser apreendidos por meio de técnicas apropriadas. Relacionando a frequência da citação de algumas palavras, temas ou ideias, a AC permite mensurar o peso relativo atribuído a determinado assunto pelo autor. Em suma, a análise de conteúdo pode ser considerada como “um método de investigação do conteúdo simbólico das mensagens”, as quais podem ser abordadas sob diferentes ângulos (p. 11). Assim, diante dos argumentos expostos, elegeu-se a análise de conteúdo do tipo temática para analisar o *corpus* construído, no intuito de apreender a frequência, os contextos e modos de aparição da criança nas políticas de saúde mental, a fim de identificar seus (não) lugares, objetos e representações associadas a esta.

Segundo Bardin (1977/2009) a análise de conteúdo se organiza a partir de três eixos cronológicos: 1) a pré-análise, fase em que se organiza o material, um “período de intuições” (p. 125), que visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de modo a permitir a construção de um plano de análise; 2) exploração do material – fase exaustiva que consiste nas operações de codificação, decomposição e enumeração segundo critérios previamente escolhidos; e 3) tratamento e interpretação dos resultados, quando os dados brutos são tratados visando a tornarem-se significativos, possibilitando a elaboração de quadros, diagramas e figuras que condensam as informações fornecidas pela análise.

A análise de conteúdo realizada foi orientada pela proposição dos referidos autores. Como mencionado nos procedimentos de coleta, selecionaram-se todos os atos legislativos que apresentavam a palavra “criança”. Para organizar o material, elaborou-se uma tabela para facilitar a coleta de algumas informações relativas aos 28 (vinte e oito) documentos que compunha o *corpus*, a saber: 1) *Onde?*, com intuito de localizar qual a portaria/lei ou resolução apresentava a UR; 2) *Quando?*, registrava a data de sanção da normativa; 3) *Por quem?* Identificava o/a autor/a (presidente, ministro, outros) que assinava a normativa; 4) *Qual finalidade?* Apreender proposição principal daquele documento; 5) *Como?* Expressava a própria citação seguida de referência bibliográfica quando houvesse; 6) *Qual contexto/frequência?* Objetivava situar a Unidade de Contexto (UC) e Unidade de Registro (UR) da citação. No quadro 4 é apresentado uma tabela, onde essas variáveis são ilustradas.

O item “Como?” compreende o recorte de onde se apreendeu a Unidade de Registro e que, posteriormente, foi codificado. Trata-se da UC, a qual “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões

(superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” (BARDIN, 1977/2009, p. 137). Neste estudo foram selecionadas 28 UC, isto é, 28 segmentos de mensagem, para compreender o contexto de emergência das 106 UR, citações da palavra criança. A coluna “qual contexto/qual frequência?” sintetiza essas informações relacionadas à citação literal apresentada no “Como?”. Ainda nesse processo observou-se a necessidade de criar algumas variáveis para as UC em função do lugar em que a UR aparecia no documento, com vistas a dimensionar a relevância desse na construção dos cuidados em saúde mental infantil.

Nesse sentido, as UR foram classificadas em 4 (quatro) variáveis: 1. UC 1: A palavra criança apenas aparece na justificativa de uma lei ou portaria, mas não é alvo na proposição subsequente (tal como no quadro 2); 2. UC 2: A palavra criança não aparece na justificativa/introdução da normativa, mas emerge na proposição; 3. UC 3: A palavra criança aparece em ambos os contextos (justificativa e proposição); 4. UC 4: A palavra criança aparece apenas em Nota Técnica, Recomendação ou Anexo de uma portaria. No exemplo apontado, a criança, portanto UC 1: 1 UR, a criança foi mencionada apenas uma vez na introdução da justificativa para proposição de alguma normativa.

Seguidamente, realizou-se outro processo de codificação das unidades de contexto, desta vez por temas/conteúdo. Conforme Bardin (1977), a codificação consiste numa transformação dos dados brutos do texto que, por recorte de agregação e enumeração possibilita atingir uma expressão ou representação de seu conteúdo (BARDIN, 1977). Após (re)leituras e exploração do material codificado, o mesmo foi agrupado em categorias temáticas segundo o critério de analogia (CAREGNATO; MUTTI, 2006). Nesse sentido, identifica-se os núcleos de sentido que compõem a comunicação, de modo que sua presença ou frequência de aparição forneça indícios para os objetivos elaborados (BARDIN, 1977). Contudo, é importante ressaltar que,

Construir categorias de análise não é tarefa fácil. Elas surgem, num primeiro momento, da teoria em que se apóia a investigação. Esse conjunto preliminar de categorias pode ser modificado ao longo do estudo, num processo dinâmico de confronto constante entre empiria e teoria, o que dará gênese a novas concepções e, por consequência, novos olhares sobre o objeto e o interesse do investigador. (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.12).

Essa citação expressa a complexidade da análise realizada. Embora haja o esforço de descrição sistemática dos procedimentos numa sequência de passos que favoreça à compreensão do/a leitor/a acerca dos caminhos percorridos, é válido lembrar que a pesquisa, assim como a história, não se processa de maneira linear e progressiva, mas se caracteriza por

dúvidas, conflitos e tensionamentos constantes, um movimento de idas e vindas, avanços, recuos e transformações que paulatinamente vai se delineando, tomando forma e configurando a construção de “algo”, convencionalmente apresentado nos “resultados e discussão”.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após processo de categorização, as informações foram organizadas em 2 (dois) eixos temáticos, que serão apresentados segundo a frequência. Respondendo à questão “onde está a criança na legislação em saúde mental?”, os eixos foram denominados: 1) *Nas propostas de construção e expansão de programas e serviços para o cuidado em saúde mental*, o qual deteve 73 das 106 UR apreendidas; e 2) *Nas propostas de uma política de saúde mental infantojuvenil*, com 21UR. Os principais resultados deste estudo foram organizados e ilustrados no Quadro 5.

Quadro 5 –Principais resultados do Estudo 1

	EIXOS TEMÁTICOS	SUBCATEGORIAS	DOCUMENTOS
Onde e como está a criança na legislação em saúde mental?	1) Nas propostas de construção e expansão de programas e serviços para o cuidado em saúde mental	<i>Primeiros passos após a Lei 10.216: Do CAPS à RAPS</i>	Portaria GM nº 336/2002 Portaria SAS nº189/2002 Portaria GM nº 1.947/2003 ANEXO - Portaria GM nº 1.947/2003 Portaria nº 154/2008 Portaria nº 3.088/2011
		<i>Um ponto de viragem nas políticas de saúde mental: “Crack: é preciso vencer”</i>	Portaria GM nº 816/2002 Portaria SAS nº 305/2002 Portaria GM nº 457/2003 Lei nº 11.343/2006 Portaria nº 1.190/2009 Portaria nº 2.629/2009 Portaria nº 2.841/2010 Portaria nº 2.842/2010 Portaria nº 2.843/2010 Portaria nº 121/2012 Portaria nº 130/2012 Portaria nº 148/2012 Portaria nº 855/2012 Nota técnica nº 41/2013 Portaria nº 615/2013 Portaria nº 3.168/2013
	2) Nas propostas de uma política de saúde mental infantojuvenil	-----	Portaria GM nº 1.946/2003 Portaria GM nº 1608/2004 Portaria interministerial nº 1.055/ 2006 Portaria interministerial nº 3.347/2006 Portaria nº 3.211/2007 Lei nº 12.764/2012

Fonte: Dados da pesquisa

2.3.1 Onde e como está a criança na legislação em saúde mental brasileira?

2.3.1.1 Eixo 1: Nas propostas de construção e expansão de programas e serviços para o cuidado em saúde mental

O primeiro eixo temático foi assim denominado por reunir proposições legislativas referentes à construção de uma rede de dispositivos e serviços para o cuidado em saúde mental no Brasil em convergência com os princípios da Reforma Psiquiátrica. No decorrer da análise de conteúdo, e seguindo os critérios de pertinência, homogeneidade e exclusão mútua (BARDIN, 1977/2009) observou-se a necessidade de dividi-lo em duas subcategorias, a saber: *a) Primeiros passos após a Lei 10.216: Do CAPS à RAPS* e *b) Um ponto de viragem nas políticas de saúde mental: “Crack: é preciso vencer”*. Essa classificação guarda uma estreita relação com a história e a importância que determinados problemas sociais foram adquirindo na sociedade brasileira e, por conseguinte, na agenda política. Por isso, foram classificados em momentos e movimentos distintos para fins de descrição e análise, embora não estejam dissociados, tampouco obedeçam a uma lógica linear e progressiva de acontecimentos.

2.3.1.1.1 Primeiros passos após a Lei 10.216: Do CAPS à RAPS

Nesta subcategoria foram notificadas 34 Unidades de Registro. É onde se localiza a primeira aparição da palavra “criança” na legislação em saúde mental. Este é um dado que chamou a atenção desde a pré-análise, visto que, embora o material analisado reúna a legislação produzida a partir dos anos de 1990, apenas em 19 de fevereiro de 2002, **12 (doze) anos** depois da criação do SUS e do ECA, observamos a evocação dessa palavra através da Portaria GM nº 336/02 (UC 2: 6URs). Reflete-se que esta, evidentemente, constitui um desdobramento da referida Lei 10.216, principal marco legal da reforma psiquiátrica brasileira.

Na Portaria GM nº 336/02, o então Ministro da Saúde, José Serra, estabelece no art. 1º, as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial segundo ordem crescente de complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS possuem valor estratégico no âmbito da Reforma Psiquiátrica, na medida em que são apontados como um dos principais dispositivos de atenção à saúde com potencial para reorganizar uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, a política de saúde mental estabelece que esses serviços são responsáveis por regular a porta de entrada da rede de assistência à saúde mental na sua área de abrangência, prestar atendimento clínico de atenção

tradicionais (consultas ambulatoriais e internações), passam a receber remuneração e incentivos públicos. A regulamentação desses serviços foi aperfeiçoada pela portaria 224, de Janeiro de 1992. Nessa os NAPS e CAPS se definem como unidades de saúde regionais que oferecem atendimento multiprofissional a uma população adscrita a nível local. Configura-se como uma possibilidade intermediária entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, ampliando a intensidade dos cuidados, em regime de atenção diária, e sua diversidade em atividades terapêuticas. Assim, o cuidado em saúde mental foi ampliado oferecendo uma sustentação cotidiana para o paciente. “Busca-se oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar” (TENÓRIO, 2002, p. 40).

Paulatinamente, foi-se reduzindo os leitos psiquiátricos e criando essas modalidades de serviços substitutivos, embora de maneira insuficiente para as necessidades projetadas. Em setembro de 2001 aconteceu a Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em que foi divulgado, pelo então coordenador de Saúde Mental do MS, Paulo Delgado, a existência de 275 serviços dessa natureza no Brasil, enquanto que a estimativa do quantitativo necessário era avaliado, naquela ocasião, em 750 (TENÓRIO, 2002). Este é mais um exemplo que ilustra como as políticas de saúde sempre foram elaboradas e implementadas em descompasso com a realidade social.

Segundo Tenório (2002) e conforme a legislação consultada, antes da aprovação da Lei 10.216, já haviam sido aprovadas leis em 7 (sete) diferentes estados e no Distrito Federal, além de 11 (onze) portarias do Ministério da Saúde, que funcionavam como um arcabouço normativo que previa o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento e sua substituição progressiva por outras modalidades de serviço. Para o referido autor,

isso nos faz ver que a lei é apenas o ponto culminante de um processo de normatização da assistência que vinha sendo feito pelo Executivo através das portarias ministeriais e que representa, em seu conjunto, o estrangulamento do modelo centrado do hospital e a implementação progressiva da rede multiinstitucional de atenção psicossocial que tornará prescindível o manicômio. [...] **A reforma caminhou firme e promissora antes mesmo da aprovação da lei.** A entrada em vigor de uma lei de saúde mental progressista representará um novo impulso, uma mudança qualitativa, à medida que pudermos tirar dela as conseqüências necessárias (TENÓRIO, 2002, p. 53-54, grifos nossos).

Sem desmerecer os inúmeros avanços ocorridos no âmbito da reforma, concretizados por gestores, trabalhadores de saúde, familiares e usuários, é importante problematizar a colocação do autor. Boa parte da década de 1990 se caracterizou pelo clima de instabilidade econômica, política, assim como pela dívida social que se arrastava. Houve o *impeachment* de Fernando Collor de Melo (1990-1992), primeiro presidente eleito por voto direto após 21 (vinte

e um) anos de ditadura militar, e cujo projeto político – assim como dos sucessores Itamar Franco e (1993-1994) Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) –, possuía como foco o desenvolvimento econômico do país orientado por ideais neoliberais. Portanto, o fortalecimento do SUS não era a prioridade da agenda política. Isto se revela claramente nas análises das políticas de saúde mental. Não apenas pela demora na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, como também por sua simplificação e pela diferença quantitativa e qualitativa do avanço da legislação desse setor nos anos subsequentes, nos governos Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011) e Dilma Rousseff (2012-2016).

Pode-se dizer que um dos setores pouco promissores da reforma psiquiátrica desse período diz respeito à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes. Essa população ficou invisibilizada até o ano de 2002, momento em que o Ministério da Saúde instituiu por intermédio da Portaria GM nº 336/02, em seu artigo 4º, a modalidade dos Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência, o CAPSi, “fruto da necessidade da atenção especializada a essa clientela”.

Trata-se de um serviço de atenção psicossocial para atendimento a **crianças e adolescentes** de referência para municípios com população de aproximadamente 200.000 (duzentos mil) habitantes. De modo geral, o CAPSi apresenta as seguintes características:

a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, destinado a **crianças e adolescentes** com transtornos mentais; b) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; c) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de **crianças e adolescentes** no âmbito do seu território; d) coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a **crianças e adolescentes** no âmbito do seu território; e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à **infância e adolescência**; f) realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/MS no 1.077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS no 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; g) funcionar de 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21 horas (BRASIL, 2004, p. 131, grifos nossos¹³).

Na passagem acima fica claro que esse serviço ocupa incontestável centralidade e importância no cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, funcionando como porta de entrada e ordenador da assistência no sistema. A portaria supracitada ainda determina a

¹³ As expressões “crianças e adolescentes” e “infância e adolescência” foram destacadas desde agora para evidenciar um dos aspectos que será analisado mais adiante: na quase totalidade da legislação analisada observa-se a co-ocorrência dessas palavras, o que aponta para um fusionamento dessas categorias geracionais.

equipe técnica mínima para atuação no CAPSiII (recursos humanos), assim como as atividades a serem desenvolvidas por esta: atendimentos individuais e em grupos para crianças, adolescentes e suas famílias, em diferentes modalidades (medicamentoso, de orientação, psicoterápico, etc.), visitas domiciliares e atividades comunitárias “enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social”. Ainda preconiza em curta passagem o “desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça” (BRASIL, 2004, p. 132).

Considera-se que, uma lacuna evidente desta portaria diz respeito à definição da clientela alvo, visto que, “crianças e adolescentes com transtornos mentais” constituem um grupo por demais amplo e heterogêneo, visto que são diversos os tipos e intensidade das morbidades psíquicas que podem acometer crianças e adolescentes.

Enquanto a Portaria GM nº 336 institui a modalidade CAPSiII, as portarias criadas e identificadas posteriormente cumprem o papel de implementação e expansão desse serviço. Na Portaria SAS nº189, de 20 de março de 2002 (UC 2: 4UR), por exemplo, o artigo 8º inclui o CAPSi na tabela de classificação do serviço 14 (Atenção Psicossocial), constante na Tabela de Serviços do SIA/SUS¹⁴ sob o código 129. O art. 9º, por sua vez, inclui na tabela de procedimentos do SIA/SUS, os códigos para o acompanhamento, isto é, o conjunto de atendimentos oferecidos individualmente e/ou em grupos por equipe multiprofissional especializada a crianças e adolescentes com transtornos mentais que demandem cuidados intensivos (máximo de 22 procedimentos/paciente/mês); semi-intensivos (máximo 12 procedimentos/paciente/mês); e não intensivos (máximo 3 procedimentos/paciente/mês) (BRASIL, 2004). Contudo, mais uma vez os critérios para a classificação de atenção nessas modalidades não são apontados.

A portaria GM nº. 1947 (UC 1: 2UR), de 10 de outubro de 2003, aprova o “Plano¹⁵ Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, constante do anexo, a qual prevê a implantação de 70 CAPSi em municípios

¹⁴ O Sistema Informações Ambulatoriais do SUS foi criado em 1992 e implantado a partir de julho de 1994 nas Secretarias Estaduais para financiar os atendimentos ambulatoriais. Acessado em 25/ 09/ 2016, disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>

¹⁵ Um plano possibilita a implantação dos valores, princípios e objetivos definidos numa política, organizando as estratégias a serem desenvolvidas por intermédio de atividades, metas indicadores, orçamentos e cronogramas. Os programas, por sua vez, dirigem-se ao enfrentamento de um quadro mais específico, visando atender a determinado grupo social ou situação de saúde, por exemplo “de atendimento em saúde mental para vítimas da violência”. Em geral, o programa é estabelecido para uma realidade mais local e um período mais curto do que o plano e, por isso, um plano de saúde mental pode articular programas diversos (MATEUS, 2013).

estratégicos, até dezembro de 2004” (BRASIL, 2004, p. 206). Tal necessidade é ponderada com base na elevada prevalência de “transtornos psicossociais”¹⁶ entre a população infantojuvenil e na iniquidade de acesso decorrente das efetivas dificuldades em expandir os CAPSi. Além da Lei nº 10.216, a portaria também se apoia na prioridade ao campo da saúde mental infantojuvenil estabelecida por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e a Federação Mundial para Saúde Mental (BRASIL, 2004, p. 206). No documento seguinte, o anexo dessa portaria (UC 4: 3UR), os desafios para a garantia de equidade e acessibilidade no campo da atenção à saúde mental de crianças e adolescentes é reiterado e reconhecido:

Existe um elevado número de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes, incluídos aqueles com transtornos devidos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, que não conseguem alcançar o sistema de saúde e receber atendimento, seja através da forma tradicional, em hospitais psiquiátricos ou em ambulatórios convencionais, seja pelos novos dispositivos que vêm sendo instituídos no Brasil, os CAPS, desde o início de 1990 (BRASIL, 2004, p. 206).

O documento também resgata a trajetória de criação do CAPSi, apoiado na experiência que comprovou a necessidade de haver diferentes configurações de serviços conforme a população, clientela e características socioeconômicas do território e, informa que até aquele momento apenas 36 CAPSi haviam sido cadastrados junto ao Ministério da Saúde, desigualmente distribuídos.

De fato, a maioria das grandes cidades brasileiras ainda não possui esse equipamento e, embora disponha de outros equipamentos resolutivos, a assistência especializada às crianças e adolescentes com transtornos severos e persistentes permanece precária [...] O Plano Estratégico para a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência procura corrigir essas distorções (BRASIL, 2004, p. 207).

Nesse sentido, o anexo da portaria sugere que até 2004 sejam implantados 70 novos CAPSi em municípios brasileiros estratégicos, isto é, aqueles populosos sem qualquer equipamento CAPSi, assim como os grandes centros urbanos com baixa cobertura. Em Pernambuco, foi notificado o incentivo à implantação de 6 novos CAPSi, 1 (um) em cada uma das seguintes cidades: Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Caruaru, Paulista, Petrolina e Recife.

Apesar dos avanços em termos de atos normativos, a expansão de CAPS voltados para populações específicas como crianças e adolescentes ainda se coloca como um desafio. Para além disso, Félix e Santos (2016) e Dimenstein e Liberato (2009) apontam que a reforma é um processo contínuo que não se esgota quando hospitais psiquiátricos e ambulatórios são reduzidos e substituídos por serviços tipo CAPS. Para que a política se efetive é necessário

¹⁶ Outro termo utilizado sem definição ou problematização.

questionar e combater práticas institucionais que reproduzam a lógica manicomial e firam os direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, uma das diretrizes históricas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira enfatiza a necessidade de articulação entre atenção básica e uma rede substitutiva de cuidados em saúde mental (BRASIL, 2005b; VECCHIA, MARTINS, 2009), visto que ratifica a constituição de dispositivos de base comunitária e territorial, fundamentais à superação da “iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica” (VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 184).

Portanto, argumenta-se que o cuidado em saúde mental não deve se concentrar na rede substitutiva, mas abarcar todos os níveis de complexidade de assistência à saúde, principalmente a Atenção Básica, a qual se caracteriza como uma das portas de entrada ao sistema de saúde brasileiro. Suas ações se pautam na lógica intersetorial e delineiam as estratégias de cuidado com base nas necessidades de uma dada população. Assim sendo, com referência a uma adscrição geográfica, as equipes se organizam de modo a diagnosticar as questões relativas à saúde populacional, direcionando o cuidado em seus diferentes níveis de complexidade (FIGUEIREDO, 2012).

A atenção Básica, que possui na Estratégia de Saúde da Família sua representante principal, ocupa então um lugar privilegiado de atuação dentro do território, com potencial para intervir no espaço social em que a comunidade vive e em seus modos de vida. Em suma, reitera-se que a saúde mental deve ultrapassar as suas especificidades e fazer parte do campo de atuação da atenção básica (DIMENSTEIN et al., 2009).

Assim, com o objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações e a resolutividade da Atenção Básica, foi aprovado em 24 de Janeiro de 2008, a Portaria nº 154 (UC 3: 8URs), que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Esse equipamento se constitui de equipes de profissionais de diferentes áreas, atuantes de forma integrada no apoio às equipes de saúde da família. O NASF, portanto, deve compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios que se encontram sob a responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial¹⁷ (BRASIL, 2011a).

Em outras palavras, sua função é reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Ademais, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos

¹⁷ O apoio matricial pode ser caracterizado como uma tecnologia de gestão, isto é, um arranjo organizacional que propicia um suporte técnico em área específicas, voltado para equipes responsáveis por ações básicas de saúde (BRASIL, 2006).

mentais, recomenda-se que qualquer equipe do NASF seja composta de pelo menos um profissional de saúde mental (BRASIL, 2011a).

Desse modo, a atual proposta de modelo assistencial no campo da saúde mental se ancora numa mudança de paradigma que desloca o foco do sintoma do sujeito para o próprio sujeito em sua história, contexto, demandas e necessidades. Nesse sentido, Amarante (2000) reitera que a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico por si só é insuficiente para fazer avançar o processo de reforma psiquiátrica brasileira. Torna-se fundamental que ocorra uma modificação paradigmática nas ações em saúde mental, o que perpassa inclusive as representações sociais partilhadas sobre a loucura.

Nessa conjuntura, o papel central que a Atenção Básica assume no funcionamento das Redes de Atenção à Saúde é ancorado numa perspectiva que “considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural”, visando a construção de uma atenção integral aos usuários do SUS (BRASIL, 2013a, p. 19). Para a construção dessa integralidade, é papel da Atenção Básica desempenhar algumas funções de modo a contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Um primeiro aspecto é ser o pilar de um elevado grau de descentralização e capilaridade, sendo imprescindível no delineamento do cuidado ofertado. Além disso, deve ser resolutiva, com a identificação dos riscos, necessidades e demandas de saúde, produzindo intervenções clínicas e sanitárias de modo efetivo, com a finalidade de ampliar o grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Também deve coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e criando projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS, assim como as outras estruturas das redes intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Por fim, tem o papel de ordenação das redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

Como é possível observar, a Atenção Básica tem por princípio possibilitar o primeiro acesso dos usuários ao SUS, incluindo as pessoas que demandam cuidados em saúde mental (BRASIL, 2013a). A saúde mental deve ser um campo de intervenção prioritário das equipes de saúde da família, visto sua potencialidade atuar no espaço em que a comunidade vive, sendo norteadas por uma visão abrangente da saúde e dos modos de vida da população (DIMENSTEIN et. al., 2009).

Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Podemos dizer

que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (BRASIL, 2013a, p. 19).

Nesse contexto, além da introdução, “Considerando a Política Nacional de Saúde da **Criança** e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes” (BRASIL, 2010a, p. 145), a criança emerge no anexo 1 da portaria que institui o NASF, que trata sobre o Detalhamento das Ações, mais especificamente em dois lugares.

Primeiramente, nas “Ações de Reabilitação”, as quais se voltam para a redução de incapacidades e deficiências, a reinserção social e a ampliação do acesso à saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas¹⁸. A portaria aponta os profissionais de Fisioterapia e de Fonoaudiologia como principais responsáveis pelo desenvolvimento de ações em reabilitação.

No que concerne à infância, o NASF se propõe a “desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento”, bem como “realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos” (BRASIL, 2010a, p. 152).

Ademais, a UR aparece nas “Ações de Saúde da Criança”, compreendidas como “ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada” (BRASIL, 2010a, p. 155). Nesse âmbito, embora o profissional de referência para o cuidado à infância siga na figura do pediatra, incentiva-se a realização de ações voltadas para educação permanente, através de interconsulta e capacitação entre equipe NASF e ESF. No detalhamento das ações, destaca-se:

[...] - apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar; - discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas; - criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade; - evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana; - desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc); - priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade; - ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração [...]” (BRASIL, 2010a, p. 155-156).

¹⁸ Toma por base Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que institui a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência e compreende que as “deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente”.

Reflete-se que todas as ações acima descritas, embora não se dirijam explicitamente para o cuidado em saúde mental, estão em conformidade com o que se preconiza e almeja em relação ao modelo psicossocial. No tocante à atenção em saúde mental e à garantia do direito à saúde integral para a população infantojuvenil, é fundamental a construção de redes e articulações intersetoriais (FÉLIX; SANTOS, 2016, p. 45).

Ademais, em relação a essa portaria, tão interessante quanto analisar onde a criança está, é apontar onde ela não está: nas Ações de Saúde Mental, definida como a atenção ofertada aos casos de “doença mental”¹⁹ (sic) ou situação de risco psicossocial de usuários e familiares, propiciando acesso ao SUS e reinserção social, a serem desenvolvidas por psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (BRASIL, 2010a, p. 154).

Pode-se refletir que esta normativa pode estar ancorada na história da assistência à saúde mental infantil. Em meados do século XX, instaura-se uma divisão diagnóstica da infância entre aquelas ineducáveis (cegas, surdas, débeis) e aquelas com quadros nosográficos semelhantes aos de adultos. A partir daí a psiquiatria infantil e a psicologia do desenvolvimento vão se ocupar da clínica dos déficits (FERREIRA, 2004). A psiquiatrização da infância, portanto, não teve origem na loucura, mas sim na idiotia – retardo mental – que não possuía o estatuto de doença mental (GUARIDO, 2007; FERREIRA, 2004). Por isso, segundo Ferreira (2004), historicamente a loucura da infância esteve tamponada pelo “manto da deficiência”, que trilhou o destino das crianças aos cuidados das instituições de cunho pedagógico. Assim sendo, fica a questão: será que esta representação normativa traz implicações para as práticas profissionais desenvolvidas por psicólogos no âmbito do NASF?

Ainda no que concerne às ações em saúde mental, a portaria do NASF recomenda que a atenção “deve ser feita dentro de uma **rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental**”, na qual estão incluídas a rede de atenção básica, os CAPS, os ambulatorios, as residências terapêuticas, etc. (BRASIL, 2010a, p. 154, *grifos nossos*).

Assim, é no intuito de fortalecer a ideia de trabalho em rede (já postulada nos primórdios da reforma psiquiátrica) que o ministro Alexandre Padilha assina a Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 (UC 3: 9URs), outro marco significativo da legislação em saúde mental.

¹⁹ Chama atenção o uso dessa expressão nos documentos públicos, visto se tratar de um termo criticado no campo da Saúde Mental. Assim, pode indicar o conflito entre modelos de pensamento no que tange ao objeto.

Através dessa, “fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”.

A proposta de trabalho em rede já foi preconizada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988: “As ações e os serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”, assim como na Lei 8.080/90 que estabelece o SUS. Por exemplo, o artigo 10º aponta “arranjos organizacionais para as **redes loco-regionais** através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações”.

A portaria 3.088, portanto, emerge como um desdobramento da portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010²⁰, a qual, por sua vez, estabeleceu as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, reafirmando a importância do trabalho em rede.

Mas afinal, o que seria o trabalho em rede no âmbito da saúde? Segundo Mendes (2010), as Redes de Atenção à Saúde (RAS) correspondem a organizações poligárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns e por ações cooperativas e interdependentes. Tendo em vista que nenhum serviço por si só é capaz de responder a totalidade de demandas em saúde, reitera-se a não hierarquização dos componentes da rede, visto que todos os pontos da atenção à saúde se relacionam horizontalmente e são igualmente importantes. Desse modo, a articulação entre os níveis primário, secundário e terciário em saúde, possibilita a oferta de atenção contínua e integral à população com ações de prevenção, promoção e reabilitação à saúde. Ainda nessa perspectiva, a atenção primária por situar-se no território, possui responsabilidades sanitárias e econômicas com a população, e por isso, ocupa o lugar de coordenação da RAS. Em suma, Mendes (2010) define as redes como organizações multicêntricas com múltiplos “nós”, isto é, pontos de articulação. A proposta é de um trabalho coletivo que “enrede” diversos sujeitos e produza transformações. Nesse sentido, no âmbito da saúde mental, fica estabelecido que a RAPS possui os componentes apresentados na Figura 2 (página seguinte).

A RAPS é uma proposta que cumpre à tarefa da reforma psiquiátrica de inventar novos dispositivos e tecnologias de cuidado, discutindo e substituindo as bases da clínica

²⁰ Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acessado em 26 de Setembro de 2016.

psiquiátrica centrado no hospital por dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária (TENÓRIO, 2002).

Figura 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral
	Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

Nesse contexto, a ‘criança’ ganha espaço no artigo 4 dessa portaria em três momentos: como prioridade na RAPS junto com outros grupos vulneráveis (adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas), no inciso quarto do artigo 7º que trata sobre os CAPS, incluindo o CAPSi II, CAPS AD (Álcool e Drogas) e AD III, e no anexo I que aponta uma nova modalidade de serviço, a Unidade de Acolhimento (UA).

O CAPSi ganha uma especificidade em relação à portaria inaugural, passando a atender “crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas”. O contingente populacional também sofre uma alteração: “serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes”. Pondera-se que essas “pequenas alterações” *potencialmente* produzem efeitos positivos na ampliação da acessibilidade.

Segundo a mesma portaria, o CAPS AD “atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Guarda especificidades semelhantes ao

CAPSi, como um “serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário”, porém indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes. Por fim, o CAPS AD III se diferencia pelo funcionamento 24 horas (incluindo finais de semana) e oferta de 12 (doze) leitos para observação e monitoramento de pessoas (de qualquer faixa etária) com necessidades de cuidados clínicos contínuos. É recomendado para municípios com população mínima de 200.000 habitantes.

No tocante a essa portaria, dois aspectos se ressaltam: Primeiramente, o artº 9 estabelece os pontos de atenção residencial de caráter transitório da RAPS, dos quais se destaca a UA, cuja finalidade é oferecer, em ambiente residencial e funcionamento 24h, cuidados contínuos de saúde para pessoas com necessidades decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. O serviço se volta para indivíduos de “ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses”.

Assim, desviando de práticas manicomiais e almejando a oferta de atenção integral em consonância com os propósitos da reforma psiquiátrica propõe-se que a atenção básica seja a ordenadora dos cuidados em saúde mental. Tal transformação de concepção coloca em evidência a necessidade de transformações concretas na estrutura das instituições de saúde com vistas à oferta de um cuidado integral e territorializado em detrimento do cuidado especializado.

Nessa perspectiva, ratifica-se que “desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias”, abarcando o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede, através da adoção de modelos de atenção integral de base territorial (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p. 01). E quem está no território do usuário? A atenção básica, a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Nesse sentido, autores como Yasui e Costa-Rosa (2008) concebem que o cuidado ofertado na atenção psicossocial deve se voltar para o desenvolvimento de uma rede de assistência que viabilize a atenção ao usuário em diversas esferas. Nessa conjuntura, o CAPS pode ser considerado um centro de referência, porém não o único *lócus* de cuidado. A equipe de saúde da família precisa ser o principal suporte do usuário, e o território, o campo de atuação daquela.

Assim como os CAPS, as UA se organizam em modalidades: adulto e infantojuvenil. Conforme a portaria 3.088, a unidade de acolhimento infanto-juvenil se destina a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos completos). Todavia, no anexo I da portaria, onde consta a Matriz Diagnóstica da Rede de Atenção Psicossocial, determina outro parâmetro para estabelecer a UA infantojuvenil:

Municípios com mais de 100 mil habitantes e com mais de 2500 **crianças** e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas (UNODC, 2011). Municípios com 2500 a 5000 **crianças** e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade. Municípios com mais de 5000 **crianças** e adolescentes em potencial para uso de drogas ilícitas: 1 Unidade para cada 5000 **crianças** e adolescentes.

Observa-se, assim que a criança é considerada no parâmetro para a matriz diagnóstica da RAPS, porém não está incluída como clientela da UA infantojuvenil. Por quê? “Apenas” um lapso? Uma ambiguidade? Ela tem ou não direito de ser atendida? Por que esse serviço se volta para a adolescência e os demais “colam” essas categorias geracionais, propondo dispositivos infantojuvenis? Outro aspecto fundamental que essas últimas portarias analisadas se referem à tendência que o campo da saúde mental vai tomando nos últimos anos, a saber: o foco para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, sobretudo o crack.

2.3.1.1.2 Um ponto de viragem nas políticas de saúde mental: “*Crack: é preciso vencer*”

Identificou-se que o lugar de predomínio da criança na legislação em saúde mental foi na atenção ao uso de álcool e outras drogas, destacando-se 39 vezes. Nesse âmbito, as “crianças” emergem em 12 (doze) portarias, 1 (uma) lei e 1 (uma) nota técnica. Descreveremos os resultados a partir da UC 3, devido ao contexto e frequência de aparição de palavras.

O tema álcool/drogas é um dos únicos²¹ a contemplar uma lei federal, a Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006, a qual Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. A lei prescreve medidas para a prevenção ao uso indevido de drogas, assim como à assistência e reinserção social de usuários. Além disso, define crimes e estabelece normas para repressão à produção e ao tráfico ilícito de drogas.

Nesta a ‘criança’ emerge em 5 (cinco) momentos: no capítulo I da lei que trata Da Prevenção e preconiza que as atividades de prevenção ao uso abusivo de drogas destinadas à criança e ao adolescente devem estar de acordo com as diretrizes do Conselho Nacional dos Direitos da **Criança** e do Adolescente – Conanda. Já no capítulo II (Dos Crimes) o art. 40 determina o aumento das penas previstas para crimes relacionados ao tráfico de drogas quando essa “prática envolver ou visar a atingir criança ou adolescente ou a quem tenha, por qualquer motivo, diminuída ou suprimida a capacidade de entendimento e determinação” (BRASIL, 2010a, p. 16). Por fim, o anexo II aprova um conjunto de medidas para reduzir e prevenir danos associados ao uso prejudicial de álcool e às situações de violência e criminalidade, tais como

²¹ Salvo a Lei nº 12.764, 27 de Dezembro de 2012, que institui a “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.

intensificar, em cumprimento ao ECA, a fiscalização quanto à distribuição de bebidas alcoólicas entre população vulnerável. Em relação à capacitação de recursos humanos, promover cursos de capacitação para conselheiros tutelares quanto aos direitos da criança e do adolescente, e de saúde, educação, assistência e segurança.

Sequencialmente, entre os anos 2009 e 2012, a ‘criança’ emerge nas Portarias nº 1.190, nº 121 e nº 148. A portaria nº 1.190, de 4 de Junho de 2009, concentra o maior quantitativo de UR (11, onze) e tem por finalidade principal “Instituir o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009 – 2010)”. Trata-se de um plano que tem por objetivo a expansão de estratégias de prevenção e tratamento associadas ao consumo de álcool e outras drogas, tendo como prioridade crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, reforçado no:

Art. 3º - Estabelecer que as ações do PEAD (2009 – 2010) devem orientar-se segundo as seguintes diretrizes gerais: [...] VIII - priorização de ações para crianças, adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade: há uma tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens. Esta situação apresenta-se mais grave quando se considera também o impacto das consequências danosas do álcool e do crack, por exemplo, na vida afetiva, familiar e social, além dos prejuízos à saúde nessa população.

Em resumo, o plano engloba a ampliação do acesso à assistência em saúde mental por meio da implantação de 92 (noventa e dois) novos CAPS em regiões estratégicas, propõe a articulação com outros programas, como, por exemplo, o “Programa Jovem Atleta (Ministério dos Esportes) (BRASIL, 2010a). Além disso, promove o incentivo à inclusão social e enfrentamento ao estigma, garantindo direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas, por meio de experiências comunitárias e ações culturais, etc.

A portaria ratifica o caráter multidisciplinar e intersetorial do cuidado à saúde mental infantojuvenil, de modo que, as ações de atenção integral a crianças e adolescentes implicam não apenas ações clínicas, mas questões familiares, comunitárias, socioeconômicas e culturais, e perpassam problemáticas sociais como a violência e o tráfico de drogas. Por isso, o eixo III dessa portaria incentiva a articulação intra e intersetorial, apoio à articulação entre políticas diversas (saúde, educação, desenvolvimento social, justiça, direitos humanos, etc.), participação social e apoio da sociedade civil em projetos comunitários que somem às redes de saúde mental, assim como o fomento à criação de fóruns intersetoriais destinados a crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade, com participação de operadores de justiça e defesa dos direitos humanos.

A Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012 (UC 3: 5UR), institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Em complemento, o anexo da Portaria nº 855 (3UR) e a Nota técnica nº 41/2013 (4 UR) propõem-se, respectivamente, a especificar o Protocolo, quantitativo e equipe profissional da unidade de acolhimento infantojuvenil (UAI) e Esclarecimentos e Orientações a respeito da republicação da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.

A inclusão da UAI na RAPS é apontada como imprescindível para a proteção integral dos direitos humanos de crianças e adolescentes, cumprindo ao preconizado no ECA. Mais uma vez, contudo, o serviço é destinado a adolescentes e jovens (de doze até dezoito anos incompletos), enquanto que o protocolo de atendimento (03.01.08.038-0) destina-se ao acompanhamento da população **infanto-juvenil** com sofrimento ou transtornos mentais decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

As UAI têm o ECA como base e apresentam como eixo organizador a moradia, a educação e a convivência familiar e social, visando à reintegração social. São propostas atividades diárias e de autocuidado que favoreçam a consolidação de pertencças grupais; acompanhamento do cuidado ofertado em outros pontos de atenção da rede, como nos CAPS de referência, assim como articulação com a rede ampliada, reinserção social, lazer e cultura, com vistas ao exercício da intersetorialidade. No que concerne ao quantitativo, o art. 6º dispõe que a Unidade de Acolhimento de Crianças e Adolescentes terá disponibilidade de até 10 (dez) vagas.

Ademais, a Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012 (UC 3: 3UR) “define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio”.

O artigo 6º dessa portaria estabelece os parâmetros para a configuração do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, que, no caso do atendimento de crianças e adolescentes poderá funcionar em leitos de pediatria qualificados, localizados em espaço próprio, sendo resguardado o direito de acompanhante em tempo integral.

Apesar dessa prevalência, um adendo se faz necessário em relação à Unidade de Contexto, tendo em vista que dos 15 documentos, a unidade de registro (criança/s) foi

classificada na UC 1 em 8 casos. Isto é, foram notificadas 8 UR em que a palavra criança aparecia apenas na justificativa de determinada portaria, não sendo citada na proposição subsequente, das quais 6 (seis) apontam a relação entre a vulnerabilidade e o aumento do consumo de álcool e outras drogas entre a população infanto-juvenil, como um das justificativas para a criação de determinado serviço, por exemplo, na Portaria nº 2.841, 20 de Setembro de 2010: “*Considerando o cenário epidemiológico recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (na forma de cloridrato e de pasta-base, crack, merla) e inalantes, que se associa ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens*” (BRASIL, 2010a, p. 212). As outras 2 (duas) UR se localizam na referência ao ECA, a exemplo da Portaria nº 615, de 15 de Abril de 2013: “*Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da **Criança** e do Adolescente e dá outras providências*”.

Ainda nessa categoria, evidencia-se em 2UR a consideração sobre a necessidade de ampliação da rede de serviços para atenção a crianças e adolescentes envolvidas com o uso abusivo de álcool e outras drogas. “*Considerando a necessidade de ampliar e qualificar o atendimento em saúde mental prestado pelos hospitais e emergências gerais, incluindo o atendimento dos casos de **crianças** e adolescentes e os que envolvem o uso abusivo de álcool e/ou de outras drogas*” – Portaria nº 2.629 28, de Outubro de 2009, Reajusta os valores dos procedimentos para a atenção em saúde mental em Hospitais Gerais e incentiva internações de curta duração” (BRASIL, 2010a, p. 192).

Diante do exposto, cabe refletir sobre os possíveis processos relacionados ao lugar de relevo que o objeto o crack começa a ocupar nas políticas públicas de saúde mental nos últimos anos. Estima-se que aproximadamente 17 milhões de pessoas, 0,37% da população mundial já fizeram uso dessa substância (UNODC, 2015), enquanto que no Brasil essa prevalência é de 0,8% da população, isto é, 400 mil pessoas (BASTOS; BERTONI, 2014). Segundo Donato et al. (2010) esses dados não englobam apenas os casos de dependência dessa droga, como também experiências únicas de uso.

Verifica-se que “o crack passa a determinar os rumos da política pública em saúde mental, sem se importar se o consumo é relevante em termos epidemiológicos, em comparação com o álcool, por exemplo. E a assistência aos portadores de sofrimento mental vem a reboque” (NOGUEIRA, 2012, p. 35). Sem desmerecer os potenciais prejuízos que o crack pode oferecer ao seu usuário, como a dependência e o comprometimento de sua saúde e laços sociais, que justificam conceber este como um problema de saúde pública, fica a questão: considerando que

as diferenças significativas entre a prevalência de sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes no Brasil (10 a 20%) e a estimativa do uso de crack (0,37%), por que o crack tem se configurado como uma prioridade do Estado?

A epidemia do consumo de crack, álcool e outras drogas, constantemente referenciado na legislação analisada, é utilizado como justificativa para que o Governo Federal destine recursos financeiros altíssimos para o estabelecimento de políticas assistenciais, criação e ampliação dos serviços de saúde mental, além de incentivo a pesquisas.

Em tempo de copa do mundo, olimpíadas e grande eventos no país, o planejamento das ações de saúde volta a ser determinado pelo sistema de “parir gatos”²². Ou seja, prevalece a força dos defensores do poder das comunidades religiosas, proprietárias e gestoras da imensa maioria das “Comunidades terapêuticas” (NOGUEIRA, 2012, p. 35).

Desse modo, alguns estudos têm refletido sobre o processo de influência da mídia na construção de um quadro de epidemia de uso de crack nos municípios brasileiros (NOGUEIRA, 2012), e apontado que a ampla repercussão pública do tema se evidencia nas notícias jornalísticas, que salientam a necessidade de estratégias de enfrentamento por meio de práticas repressivas ao narcotráfico ou internação do usuário (SANTOS; ACIOLI NETO; SOUSA, 2012).

Nesse sentido, é válido refletir sobre a importância da mídia na construção de representações sociais. Segundo Jodelet (2001), os discursos veiculados em jornais de grande circulação são impregnados de posicionamentos e significações e incidem sobre o pensamento social produzindo teorias sobre determinados objetos ao mesmo tempo em que, também reproduz representações já circulantes numa sociedade. Portanto, as instâncias ou substitutos institucionais e as redes de comunicação informais ou da mídia são fatores determinantes na construção representativa, na medida em que desencadeiam processos de influência e de manipulação social (JODELET, 2001).

Nesse âmbito, pondera-se que um problema se apresenta como político apenas quando mobiliza grupos e atores sociais estrategicamente situados. Enquanto a inclusão na agenda pública não se dá, fala-se de um “estado de coisas”, isto é, situações de injustiça ou insatisfação que, apesar de atingirem alguns setores da sociedade, não chegam a mobilizar as autoridades políticas (RUA, 1998).

²² Nogueira (2012) faz uma interessante analogia entre a construção de políticas públicas e uma brincadeira comum entre algumas regiões brasileiras. Na “brincadeira de parir gatos”, sentadas, as crianças posicionam-se lado a lado em fila e se pressionam mutuamente. Assim, cada criança vai sendo lançada para fora da fila pela força e pressão do grupo.

Nesse sentido, de modo geral, as drogas representam uma ameaça à ordem pública e um objeto de alarde social. O uso de crack, especificamente, tem sido associado ao aumento da violência, narcotráfico e vulnerabilidade de seus usuários. Por isso, tem emergido como um objeto a ser combatido. Acioli Neto e Santos (2015), entretanto, destacam que o modo como o crack é tratado socialmente parece apontar para um mecanismo mascarado de exclusão de grupos socioeconomicamente pobres. De acordo com os autores, existe um reconhecimento social do quadro de exclusão e privação dos usuários, mas o foco das políticas destinadas a essa população ainda persiste na vertente repressiva (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

A atualidade desse cenário nos remete à história da assistência à infância e adolescência no Brasil. Conforme Couto e Delgado (2015) a ausência de políticas públicas específicas para essa área não impediu que uma série de intervenções de cunho assistencial incidisse sobre crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. “Essas intervenções foram resultado, entretanto, de uma agenda política edificada não para cuidar do padecimento mental na infância e adolescência, mas para responder aos problemas da pobreza e do abandono, que eram considerados produtores de efeitos incapacitantes” (p. 23).

Assim, essa noção de incapacitação pela pobreza foi construída historicamente através da engrenagem de políticas assistenciais de cunho reparador que desenvolveu práticas disciplinares, corretivas e normalizadoras, com o intuito de recuperar as debilidades da infância e adolescência. Nesse âmbito, os sofrimentos psíquicos decorrentes do contexto de vulnerabilidade e privação que viviam essas crianças e adolescentes eram encobertos por uma agenda construída para superar os danos da pobreza e abandono, destinada a formar cidadãos socialmente aptos e economicamente produtivos com vistas ao projeto civilizatório brasileiro (COUTO, 2004).

Verifica-se que, de fato, o atual campo da Saúde Mental é balizado pela coexistência do paradigma psicossocial com crenças e valores culturalmente enraizados. Esse aspecto reincide com as intervenções do Estado, as quais, segundo Augusto (1989), configuram-se como “formas de reatualização ou de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade” (p. 108). Destarte financiadas com recursos públicos para atender aos interesses gerais da população, observa-se que essas intervenções são também mediadas por interesses particulares (AUGUSTO, 1989).

As representações normativas parecem se ancorar na ideia da pobreza (e tudo a ela associado, como o crack) como ameaça à ordem social, demandando intervenções estatais. Diante de tudo isso, fica a questão: as tantas políticas criadas de “enfrentamento” e “combate”

ao crack de fato visam “vencer” a droga em si ou o crack representa, na objetivação da imagem do seu usuário, aquilo que se quer combater? De acordo com Nogueira (2012), tem havido

toda uma pressão para retirar da rua o usuário de crack, aquele que já foi transformado em endemoniado, em morto vivo, dão as cartas. Juntos vão os demais usuários da saúde mental. As técnicas de tratamento, os cuidados individuais, a rede social na qual deveria ser inserida aquela criança, tem que se submeter aos ditames do momento: “Crack, é possível vencer” (NOGUEIRA, 2012, p. 35).

Considera-se, portanto, que o protagonismo do crack, álcool e outras drogas na sociedade e na legislação em saúde mental acaba por invisibilizar especificidades do sofrimento psíquico infantil, assim como ofuscar a necessidade da consolidação de uma política específica para a população infantojuvenil.

2.3.1.2 Eixo 2: Nas propostas de uma política de saúde mental infantojuvenil

Apesar de não expressar quantitativamente (apenas com 21 UR), este é um dos eixos mais representativos dos avanços da discussão sobre saúde mental infantil no Brasil, pois reúne as iniciativas legislativas para a construção de uma política pública específica para crianças e adolescentes. Nesse sentido, são propostas 2 (duas portarias): a Portaria GM nº 1.946, 10 de outubro de 2003 (UC 3: 9UR) que cria um Grupo de Trabalho com a finalidade de elaborar uma proposta para construção do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, o qual, por sua vez, vem a ser constituído no ano seguinte através da Portaria nº 1608/GM, de 3 de Agosto de 2004 (UC 3: 8UR).

A introdução das duas portarias é semelhante e, inicialmente, justifica-se com base na necessidade de extensão das iniciativas da reforma psiquiátrica à população infantojuvenil, no quadro epidemiológico que aponta a alta prevalência de transtornos psicossociais e necessidade de ampliação de cobertura assistencial para este segmento. Enfim, identificam-se argumentos já apontados na Portaria SAS nº189, de 20 de março de 2002. Além destes, destacam-se os seguintes recortes por ressaltarem a pertinência da criação de fóruns e debates intersetoriais:

Considerando as interfaces que uma política de atenção em saúde mental a crianças e adolescentes apresentam necessariamente com outras políticas públicas, como ação social, direitos humanos, justiça, educação e outras; Considerando a existência de importantes setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área; Considerando a experiência bem-sucedida da implantação de fóruns intersetoriais de saúde mental de crianças e adolescentes em estados e municípios brasileiros, bem como as recomendações da Organização Mundial da Saúde no sentido de uma política marcadamente intersetorial (BRASIL, 2004, p. 203).

Assim, no artº 1 da portaria GM nº 1.946, foi determinado que o grupo de trabalho, formado por representantes de diversas instâncias, tinha por objetivo analisar, no âmbito do SUS, a situação da atenção psicossocial ao segmento infantojuvenil, e *a posteriori*, elaborar medidas dirigidas à ampliação da acessibilidade e equidade para essa área.

Avalia-se que o grupo de trabalho em questão cumpriu seu objetivo de proporcionar as condições para a implantação de um Fórum Nacional de Saúde Mental a Infância e Juventude que funcionasse como um espaço contínuo de discussão, articulação e interlocução de diferentes atores sociais (jurídicos, governamentais, civis, filantrópicos) envolvidos com o tema da saúde mental infantil. Outras atribuições do Fórum, preconizadas na Portaria nº 1608/GM, referem-se ao estabelecimento de “diretrizes políticas nacionais para o ordenamento do conjunto de práticas que envolvam o campo da atenção à saúde mental infantojuvenil”; à promoção de interlocução entre as instituições atuantes nesse campo; e à produção de conhecimentos que fundamentem, nos diversos âmbitos de gestão, os setores responsáveis pelas políticas públicas nessa área. Na sequência, o artigo 2º estabelece os representantes das instâncias que deveriam compor o Fórum, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental. Esse GT propôs a congregação de setores diversos da sociedade, refletindo uma concepção abrangente de saúde mental e de responsabilização do Estado e da sociedade civil.

De acordo com Brasil (2005a) e Couto e Delgado (2015), a saúde mental de crianças e adolescentes ganha destaque apenas na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001. Nas duas conferências anteriores, realizadas em 1987 e 1992, o tema passou quase despercebido, embora nessa última já fosse apontado os efeitos perversos dos processos de institucionalização de crianças e adolescentes. Para Couto e Delgado (2015), as deliberações da III CNSM esclarecem a aproximação da saúde mental infantojuvenil com os princípios do ECA e da Reforma Psiquiátrica, ratificando a possibilidade do Estado intervir sobre os problemas desse campo como ente de proteção e bem-estar social. Em suma,

Foi a expressão e síntese de uma história radicalmente nova que começava a ser escrita na SMCA (Saúde Mental de Crianças e Adolescentes) como política pública, sob o marco da cidadania, do direito, da proteção, da atenção psicossocial e, fundamentalmente, sob o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos (COUTO; DELGADO, 2015, p. 33).

Assim, o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil materializa essa proposta de prioridade concretizada pelo esforço de diversos setores da sociedade. Ao final da Legislação em Saúde Mental (2004-2010) são publicadas algumas Recomendações produzidas pelo já implementado Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. Estas não foram incluídas completamente no *corpus* de análise, ou seja as UR desses textos não foram contabilizadas, por

não se tratarem de normas legais. Porém, serão apontados seus aspectos principais para fins de ilustração dos desdobramentos desses atos legislativos.

A partir das primeiras reuniões temáticas dos fóruns de saúde mental infantojuvenil, uma série de posicionamentos e orientações a serem adotadas e implementadas para a construção de uma rede de cuidados foi produzida e oficializada no formato de Recomendação. Segundo Couto e Delgado (2015) a elaboração desses documentos oficiais cumpre o objetivo de institucionalizar as transformações necessárias e impulsionar ações locais direcionando a construção de redes coerentes com a atenção psicossocial.

A Recomendação nº 001/2005, por exemplo, foi tecida em Brasília (DF) e centraliza-se no processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes, sobretudo daqueles em sofrimento psíquico. Nesse sentido, o Fórum posiciona-se fortemente contrário a todo e qualquer projeto de lei ou proposta de emenda constitucional que pretenda reduzir ou mesmo suprimir a idade de maioridade penal, ou atribuir ou imputar responsabilidade penal a crianças e adolescentes.

A Recomendação nº 004/2006 – Carta de Brasília – reforça a necessidade da constituição de fóruns intersetoriais locais para fins de agenciamento das ações e melhoria da cobertura assistencial de crianças e adolescentes. Por fim, na Recomendação nº 005/2006 – na Carta do Rio de Janeiro, destaca-se a importância do debate sobre a patologização e medicalização da infância e adolescência, forte tendência no ambiente escolar.

Pode-se dizer que o Fórum Nacional “expressa e encarna o fundamento político, clínico e intersetorial que constitui a política de SMCA nos novos tempos da história brasileira” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 34), ao tematizar questões relevantes para o cenário nacional.

Outro desdobramento importantíssimo do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil foi a publicação do texto “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil” no ano de 2005.

Esta publicação é o resultado do empenho de diversos profissionais da área da Saúde Mental e traça, além das perspectivas históricas acerca do atendimento a crianças e adolescentes, considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde [...] Nossa esperança é que esta publicação possa contribuir para a consolidação de uma nova etapa na atenção em saúde mental das crianças e dos jovens do nosso País (BRASIL, 2005, p. 5-6).

Assim, o material retoma os antecedentes históricos para contextualizar os desafios para construção uma política específica, propondo alguns princípios para tal e diretrizes operacionais para os serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes. Posteriormente, o texto trata do Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil (O que é? Quem participa? Quais as atribuições?), informando acerca da I reunião temática e disponibilizando os textos apresentados nessa, os

quais versam sobre diversos assuntos pertinentes, desde a questão da desinstitucionalização até a proposta de articulação entre CAPS e ambulatorios e do trabalho em rede.

Apesar de constituir um importante instrumento de gestão da política pública para a saúde mental infantojuvenil nos últimos anos tem se presenciado um esvaziamento na sua função deliberativa, assim como certo desinvestimento no âmbito do SUS. Encontram-se grandes dificuldades na disseminação das recomendações e orientações oficiais emanadas no Fórum, o que, conseqüentemente, incide sobre as realidades locais fragilizando o processo transformador pautado na atenção psicossocial (COUTO; DELGADO, 2015).

Com a proposta de construção de uma política específica, pretende-se caracterizar os princípios éticos e a lógica de cuidado que tipificam as políticas públicas da saúde mental para o segmento infantojuvenil. Reafirma-se a condição da criança e do adolescente como sujeitos de responsabilidades e direitos, com demandas próprias que precisam ser escutadas e acolhidas. “Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a idéia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito”. À noção de sujeito subjaz responsabilidade, singularidade e voz (BRASIL, 2005b, p.11).

Nesse sentido, considerando a transversalidade entre direitos humanos e saúde mental e a potencial articulação entre as políticas públicas desses campos, algumas portarias foram criadas visando ao aprofundamento do debate sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, incluídos crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas, e pessoas envolvidas em situações de violência. Nesse âmbito, identificou-se que a criança emerge 4 (quatro) vezes na interface com os direitos humanos.

A Portaria interministerial nº 1.055, 17 de maio de 2006 (UC 3: 2UR), no seu artigo 1º, institui Grupo de Trabalho com a finalidade de constituir um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Determina ainda as finalidades do núcleo, dentre as quais se destacam:

I - articular os campos de direitos humanos e saúde mental, por meio da constituição e do aperfeiçoamento de mecanismos eficazes, destinados à proteção e promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, incluídos as crianças e adolescentes, pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, bem como das pessoas envolvidas em situações de violência (BRASIL, 2010a, p. 46)

A Portaria interministerial nº 3.347, de 29 de dezembro de 2006 (UC 3: 2UR), institui o núcleo em si e traz colocações semelhantes à portaria anterior, além de salientar a necessidade de garantia do direito à saúde mental das pessoas privadas de liberdade. No anexo dessa portaria são apresentadas as diretrizes para o funcionamento do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos

e Saúde Mental, apontado como uma iniciativa do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos que

visa ampliar os canais de comunicação entre o Poder público e a sociedade, por meio da constituição de um mecanismo para o acolhimento de denúncias e o monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais, incluídas as crianças e adolescentes, pessoas com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, bem como pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2010a, p. 49).

Assim, reflete-se que a proposta de articulação da Saúde Mental com o campo dos Direitos Humanos se ancora numa nova concepção da pessoa com transtornos mentais como cidadão, sujeitos de direitos, inclusive aqueles em privação de liberdade. Ademais, reitera o caráter necessariamente intersetorial da Saúde Mental. Dada a condição de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, toda e qualquer ação voltada para o cuidado à saúde mental demanda o estabelecimento de parcerias com setores historicamente envolvidos com a assistência dessa população, como a educação, justiça e direitos humanos, assim como com outras políticas públicas (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, a articulação com a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência também é evidenciada, embora timidamente. Por fim, a ‘criança’ aparece, ainda que com pouca expressividade, em legislações voltadas para o cuidado ao autismo²³. Na Portaria nº 3.211, de 20 de Dezembro de 2007 (UC 2: 1UR), que constitui o Grupo de Trabalho (GT) sobre Atenção aos Autistas na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS, e na Lei nº 12.764 (UC 2: 1UR), sancionada pela presidenta Dilma Rousseff em 27 de Dezembro de 2012, que institui a “Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”.

Além de caracterizar a síndrome clínica, a lei reconhece, para todos os efeitos legais, que a pessoa com transtorno do espectro autista **é pessoa com deficiência**, e estabelece as diretrizes da política. Nessas diretrizes, por exemplo, orienta o desenvolvimento intersetorial de ações e políticas voltadas para a pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a participação da comunidade na formulação dessas e na implantação, acompanhamento e avaliação por meio do controle social, atenção integral às necessidades de saúde dessa população, visando ao diagnóstico precoce, acesso a medicamentos e atendimento

²³ CID-10 inclui o autismo na categoria ‘Transtornos Invasivos do Desenvolvimento’ englobando distúrbios caracterizados por apresentarem prejuízos relevantes na interação interpessoal, comportamento e comunicação. Esta é uma definição de caráter relativamente amplo que procura abarcar as principais características comuns aos casos de apresentação da síndrome, apesar da variabilidade encontrada nos casos individuais (BRASIL, 2013b).

multiprofissional, dentre outros. Embora a ‘criança’ só apareça uma vez em referência ao ECA²⁴, cabe destacar os processos subjacentes à produção desses atos legislativos.

Nesse sentido, como resultado dos esforços do referido GT sobre Atenção aos Autistas na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS o MS lança a cartilha: “Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde”, dirigida aos gestores e profissionais da RAPS e com a finalidade de contribuir na ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias (BRASIL, 2013b).

A proposta desses atos legislativos toma por consideração, além das determinações da Lei nº 10.216/01 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, “a necessidade de estender mais eficazmente as iniciativas de atenção psicossocial à população infantojuvenil”. Segundo Nogueira (2012) verificam-se fortes pressões de determinados grupos sociais por dispositivos específicos e exclusivos para o tratamento ao autismo. Pode-se refletir que este é um “movimento que vem na contramão do trabalho em rede, propondo novos “especialismos clínicos” (NOGUEIRA, 2012, p. 34). Em convergência, reconhecem-se nos “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” que

No campo específico da Atenção à Saúde Mental, as diversas instituições implicadas com esses grupos, não raro, desenvolvem iniciativas que se superpõem ou se contrapõem, dispersando esforços, apontando assim para a necessidade de constituição de uma rede ampliada de atenção em saúde mental para a criança e o adolescente, sendo fundamental que essa rede seja pautada na intersetorialidade e na co-responsabilidade BRASIL, 2005, p. 10).

Portanto, mais uma vez observa-se a “brincadeira de parir gatos” (MATEUS, 2012) na construção dessa legislação, produzida no bojo da pressão de determinados grupos sociais.

2.4 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

“As instituições implicam partilha, historicidade e controle” (BERGER; LUCKMANN, 1996/1966, p. 79). São produtos de condições dadas como também da ação transformadora de determinados segmentos sobre o meio social (MINAYO, 1994).

Historicamente, o Estado brasileiro apresentou duas conformações distintas no tocante à criança e ao adolescente, uma amparada na institucionalização, de cunho mais tutelar e disciplinar, e outra oposta, tomando por base o princípio da proteção e do cuidado em liberdade.

²⁴ [...] “V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

A primeira, predominante em 8 (oito) décadas de República se ancorou numa representação social da criança como *menor em situação irregular*. A criança enquanto “filha da pobreza” foi tomada como um problema do Estado. Retirada da família e sob tutela Estado as crianças foram levadas a “reformatórios” e “educandários” com vistas ao desenvolvimento e adaptação social (COUTO; DELGADO, 2015, p. 24).

Considera-se que a criação, em 1945, da Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo de proteção aos Direitos Humanos, impulsionou uma ruptura nessas concepções, provocando a construção de uma concepção de reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos.

São sujeitos plenos, portanto, que podem se desenvolver, socializar, aprender, mas também serem atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana. São seres passíveis de sofrimento e adoecimento mental, com direito de serem cuidados quando o sofrimento se fizer insuportável ou quando impossibilitar a construção ou sustentação de laços sociais sem que esse cuidado se reduza à correção, normalização ou adaptação de comportamentos (COUTO; DELGADO, 2015, p.22).

Porém, no Brasil, essa nova matriz de leitura sobre a infância e adolescência começa a tomar forma no bojo do processo de redemocratização do país alterando, de maneira significativa, a posição do Estado: este passa a conceber crianças e adolescentes como sujeitos de direito, não mais como menores, que necessitam de proteção integral, não de tutela, e de cuidado psicossocial, em liberdade, não em instituições (COUTO; DELGADO, 2015).

Assim, a partir dessa moldura ético-política, fez-se possível a construção de uma nova agenda política nesse campo, a qual possui como principais marcos históricos e legais a Constituição de 1988, a criação do ECA em 1990, a Lei 10.216 em 2001 e a III CNSM (2001). Nesse sentido, concorda-se com a hipótese de Delgado e Couto (2015) de que “houve uma inserção tardia da saúde mental infantil e juvenil na agenda da saúde pública brasileira e no processo conhecido como Reforma Psiquiátrica” (COUTO; DELGADO, 2015, p. 20).

A prioridade com o campo da Saúde Mental Infantojuvenil se materializou com a criação e expansão dos CAPSi e na instituição do Fórum Nacional “como um importante espaço de diálogo e construção de consensos possíveis sobre o tema”, no sentido de consolidar uma rede intersetorial que faça frente aos diferentes problemas de saúde mental apresentados por crianças e adolescentes (BRASIL, 2005a).

Tal como analisado ao longo deste estudo, pode-se reconhecer, em consonância com Couto e Delgado (2015), que a implantação dos CAPSi e de estratégias de articulação intersetorial, como o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, representam as principais ações do SUS para alavancar a construção de redes ampliadas de cuidado para

crianças e adolescentes. A legislação analisada, portanto, evidencia a ordenação da organização de um modelo de assistência de base comunitária e intersetorial, privilegiando intervenções precoces e interdisciplinares, o encaminhamento implicado e a construção da rede.

Reconhecidos esses avanços, faz-se necessário retomar e realçar algumas tendências que apontam para lacunas e fragilidades no campo. De modo geral, analisou-se que a legislação em saúde mental que contempla a criança se caracteriza pelo predomínio de portarias ministeriais, nas quais este sujeito emerge fusionado ao adolescente. Nesse sentido, crianças e adolescentes são concebidos como sujeitos de direitos suscetíveis à vulnerabilidade social.

Ainda que a atuação estatal exprima a capacidade de atender a uma multiplicidade heterogênea de interesses através de políticas que possuam caráter geral e universalizante, o sentido assumido por essa ação revela certa forma de hierarquizá-los – nem sempre apreensível de imediato – numa direção que privilegia alguns desses sujeitos, conforme seus interesses, posições e lugares (AUGUSTO, 1989, p. 107).

Nesse sentido, destacou-se o intercruzamento das questões da infância e adolescência como o eixo da atenção ao consumo de crack, álcool e outras drogas. Refletiu-se que a ênfase atribuída por determinados segmentos e as pressões sociais exercidas para que o Estado intervenha sobre problemas específicos, como o uso de drogas e o autismo, escamoteia outras demandas e especificidades da infância enquanto categoria do tipo geracional.

Portanto, não foram observadas normativas abordando especificidades relacionadas a eixos interseccionais, como faixa etária, gênero, raça ou classe econômica. A produção de políticas obedece à lógica de “parir gatos”, em meio a processos de influência social e atendendo a interesses particulares. Por conseguinte, apesar dos inegáveis esforços identificados, ainda se observam contradições, fragmentações e descontinuidades nesse contexto. De acordo com Couto e Delgado (2015), a superação desses impasses exige um real comprometimento do SUS com a saúde mental de crianças e adolescentes através do estabelecimento de mecanismos mais consistentes de transmissão e acompanhamento de ações locais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a política de saúde mental pode ser definida como um conjunto organizado de valores, princípios e objetivos voltado para a redução do impacto dos transtornos mentais e melhoria da saúde mental da população. Nesse âmbito, a política de saúde contribui para a construção de um modelo de ação, estabelecendo o grau de prioridade que o governo dirige às políticas sociais e de saúde, incluindo a saúde mental. Considerando que, em geral, uma política de saúde mental é formulada para atender a um longo período (de cinco a dez anos), pode-se dizer que a política oferece uma visão do futuro (MATEUS, 2013).

Segundo Mateus (2013), os princípios de uma política de saúde mental são derivados de um conjunto de valores que se tornam prioritários em um dado momento sociohistórico, seja por força da tradição, dos interesses de grupos específicos ou dos movimentos sociais, conforme já explicitado anteriormente. Por isso, Serafim e Dias (2012) citando Lasswell (1958) e Wildavsky (1979), caracterizam a Análise de Política como “um campo de forte caráter contextual” (p. 127), multidisciplinar e plurimetodológico, cujas fronteiras não estão estabelecidas *a priori*, mas delineiam-se segundo a natureza do problema em questão.

Nesse sentido, interroga-se: Qual o papel e a relevância do estudo de políticas no âmbito da Psicologia? Como a Psicologia Social, mais especificamente, com sua diversidade de objetos, ramos, correntes e perspectivas teóricas e metodológicas, pode contribuir para a construção de políticas públicas no Brasil? Admito a complexidade das questões levantadas e as limitações em respondê-las com a profundidade que merecem e demandam. Mas é possível pensar em alguns caminhos. Tentar-se-á circunscrever os limites e possibilidades da Psicologia Social, ramo caracterizado pela multiplicidade de teorias e métodos em torno do binômio indivíduo-sociedade e de seus desdobramentos, para a análise de públicas. Primeiramente, traçam-se os limites.

A Análise de Políticas pode ser concebida como uma investigação social aplicada à análise da atividade das autoridades públicas ou, em linhas gerais, a ciência do Estado em ação. Nesse âmbito, o interesse está em compreender os desdobramentos dos processos políticos na conformação das políticas públicas, ou dito de outro modo, “como os governos fazem”. Trata-se de “um conjunto de observações, de caráter descritivo, explicativo e normativo, acerca das políticas públicas, que corresponde, respectivamente, às perguntas a respeito de “o que/como é?”, “por que é assim?” e “como deveria ser?” (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 127).

Segundo Serafim e Dias (2012), a importância desse campo reside na possibilidade de compreender a conformação e complexidade das políticas públicas em geral (nos níveis nacional, estadual ou municipal). A análise de política não olha apenas para o conteúdo da política pública, mas também *o porquê* e *para quem* determinada política foi elaborada. Pode-se dizer que visa desvelar o processo de construção das políticas, incluindo os valores, os comportamentos, as relações de poder, os conflitos e negociações, entre outros processos interacionais, vivenciados pelos atores sociais que participam do jogo político.

Uma questão fundamental para análise é: por que alguns assuntos ou problemas, bem como alternativas, são selecionados para deliberação governamental e outros não? A resposta diz respeito, principalmente, às escolhas dos *agenda setters* e dos grupos de pressão (*advocacy coalitions*, *policy arena* e a *policy networks*) participantes da construção da agenda. A conformação da agenda se dá com base no entendimento,

nos interesses, nos valores, na “visão de mundo” desses atores sociais (SERAFIM; DIAS, 2012, p. 130).

Isto posto, reitera-se que esse estudo não teve como proposta de se configurar enquanto Análise de Política, ramo repleto de minúcias e especificidades, tal como se observa. Entretanto, lançou-se mão de uma análise psicossocial do conteúdo da legislação em saúde mental.

As políticas públicas são produto e processo de uma construção humana, nas quais, segundo Serafim e Dias (2012), elementos de diferentes ordens, como valores e interesses, estão implícitos nos momentos do ciclo da política” (p. 132). Nesse sentido, Mateus (2013) argumenta que o planejamento formal em saúde mental deve abarcar um debate profundo e amplo com todos os envolvidos, como gestores e técnicos (a nível intra e intersetoriais), usuários e familiares. “Para que esse debate avance é necessário (mas não suficiente...) que os *consensos possíveis* e os compromissos alcançados estejam registrados e acessíveis, sendo constantemente retomados e rediscutidos” (p. 114, *grifo nosso*).

Diante de todo o exposto até aqui, afirma-se que os documentos oficiais que definem e regulam esse campo são produtos de um *consenso*, no sentido atribuído por Moscovici e Doise (1991), construídos por atores sociais num determinando tempo sociohistórico. Segundo os autores “o consenso explora os diversos pontos de vista e as diversas possibilidades que estão em discussão, congrega-os e dirige-os para um entendimento reconhecido por todos” (MOSCOVICI; DOISE, 1991, p.6). Portanto, um campo complexo como o da saúde mental, marcado por controvérsias, dilemas e novidades, demanda o estabelecimento de consensos que funcionem como quadros de referência para seu tratamento. Nesse sentido, argumenta-se que a exploração do *consenso*, à luz da proposição das representações normativas (MOSCOVICI; DOISE, 1991; DOISE, 2002a; 2002b), emerge como **uma** das possibilidades de contribuição da Psicologia Social na análise de políticas públicas.

O objeto prioritário da interferência estatal são as questões definidas institucionalmente como estando ligadas ao interesse geral. Entretanto, o âmbito do que se qualifica como público, ligado ao interesse, não é delimitado de maneira isenta, uma vez que o Estado é um lugar de domínio e de conflitos, contraditório em sua natureza, e não um espaço de neutralidade, situado além e acima das diferenças constitutivas do social. Nele, a capacidade de reivindicar e ver satisfeitas as aspirações e demandas políticas é diferenciada, conforme seja a força de pressão e de persuasão dos diversos sujeitos sociais envolvidos (AUGUSTO, 1989, p. 107).

Por fim, salienta-se a necessidade de se debruçar sobre esses documentos de domínio público, sobretudo as diversas noções, princípios e orientações que lhe são subjacentes, na medida em que, enquanto construção humana, integram uma complexa matriz de práticas sociais.

3. A CRIANÇA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Um estudo sobre práticas profissionais

3.1 INTRODUÇÃO

Observou-se no capítulo anterior que, após um longo período de silêncio, em 2002, o governo brasileiro começa a incluir a criança na legislação em saúde mental. Desde então, o Estado vem tentando superar a histórica omissão ao campo, que reservou as crianças às instituições privadas e filantrópicas, com a construção e implementação de políticas públicas afinadas com os princípios do SUS e da atenção psicossocial.

Nesse sentido, concebe-se que as instituições (políticas públicas) servem como guias, quadros de referência para a construção das organizações (serviços e equipamentos), e das práticas sociais dos distintos grupos sociais que nessas se inserem (como profissionais, usuários e familiares). Circunscrevem, portanto, os contextos nos e dos quais emergem modos de pensar sobre e interagir diante dos fenômenos sociais que se apresentam. Daí a importância de analisá-las.

Todavia, pondera-se que a expressão *política pública* traduz tanto as possibilidades quanto os limites da intervenção estatal. Sua existência, portanto, não necessariamente implica em alterações de âmbito estrutural: “trata-se, antes, da imposição de uma racionalidade específica às várias ordens de ação do Estado, um rearranjo de coisas, setores e situações” (AUGUSTO, 1989, p. 107). Segundo Augusto (1989), é apenas em função dos resultados alcançados que se encontra a “percepção de uma linha coerente no conjunto de ações desenvolvidas por inúmeras instituições” (AUGUSTO, 1989, p. 109).

Completando a dialética da construção social da realidade, em seu dinamismo e complexidade, apontou-se no capítulo 1 que instituições e papéis se imbricam em suas origens, manutenções e transformações. Desse modo, é a partir das experiências dos indivíduos no desempenho de papéis juntos aos grupos e organizações que a ordem institucional é apropriada/incorporada.

Considerados na perspectiva da ordem institucional, os papéis aparecem como representações institucionais e mediações de conjuntos de conhecimento institucionalmente objetivados. Vista na perspectiva dos vários papéis, cada um destes transporta consigo um apêndice socialmente definido de conhecimentos (BERGER; LUCKMANN, 1996/1966, p. 109).

Considerando os resultados apresentados no capítulo anterior quanto às representações normativas subjacentes à legislação brasileira em saúde mental, interroga-se neste estudo: como as referidas políticas públicas que compõem o campo normativo da saúde mental são

operacionalizadas no tocante à atenção à infância? De modo mais específico, como essas representações normativas se evidenciam nas práticas profissionais desenvolvidas em Recife – PE, no contexto dos serviços de saúde?

3.1.1 A saúde mental infantojuvenil e o cuidado em rede: articulações com a atenção básica

No âmbito da saúde mental infantojuvenil, considera-se que o cuidado em rede pode favorecer o desenvolvimento da criança, assim como contribuir para a promoção de bem-estar e qualidade de vida da família (TSZESNIOSKI et al., 2015). O cuidado de crianças e adolescentes impõe especificidades que não podem ser contempladas pela mera extensão das estratégias dirigidas à população adulta. Trata-se de uma prática social que envolve a articulação com setores autônomos à saúde mental em si, tais como a saúde mental/atenção básica, a educação, a assistência social, a justiça e os direitos sociais (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Em se tratando da potencial cobertura à assistência à saúde mental infantil no Brasil, Couto, Duarte e Delgado (2008) apresentam os serviços considerados estratégicos nas políticas de alguns setores de cuidado, a saber, saúde mental, saúde geral, educação, assistência social, justiça/direitos. Na área da *Saúde Mental*, destacam-se os CAPSi enquanto dispositivos de base territorial, assim como os ambulatorios de saúde mental. No tocante à *Saúde Geral*, hospitais e ESFs são os principais serviços disponíveis na alta e baixa complexidade, respectivamente (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

No setor da *Educação*, está previsto o planejamento da cobertura universal da população quanto à oferta de estabelecimentos públicos de ensino, da educação infantil ao ensino médio. Além disso, conta-se com as instituições filantrópicas que oferecem ações educacionais e de reabilitação, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A Política Nacional de *Assistência Social* (PNAS), por sua vez, estabelece os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) com o objetivo de desenvolver ações de proteção em áreas de vulnerabilidade social, e os Centros de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), que ofertam atenção especializada aos indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos. Nesse sentido, no âmbito da *Justiça/Defesa de direitos*, os Conselhos Tutelares, estabelecidos pelo ECA, também são responsáveis por zelar o cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ao analisar a situação atual da assistência à população infantojuvenil nos serviços públicos brasileiros de saúde mental, Couto, Duarte e Delgado (2008) salientam que um dos

principais desafios a ser superado nesse campo é a necessidade de expansão dos diferentes serviços que compõem a rede de cuidados no âmbito da saúde, educação e assistência social.

Desse modo, sabe-se que a importância da proposta do cuidado em rede já era reconhecida e se impunha como realidade junto às organizações e práticas profissionais há um tempo. Na Saúde Mental, entretanto, a legitimação dessa prática segundo a lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que propõe a articulação de distintos serviços e dispositivos em níveis de complexidade crescente com vistas à garantia da integralidade da assistência, ocorreu somente em 2011. Tal como apontado no capítulo anterior, a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Nessa conjuntura, reconhece-se os CAPSi e os ambulatórios especializados como os serviços de saúde mental específicos da rede de atenção psicossocial para a população infantojuvenil. Especificamente na atenção básica, a ESF tem lugar estratégico nas ações de prevenção e detecção precoce das demandas relativas à saúde mental de crianças e adolescentes (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; TSZESNIOSKI et al., 2015).

A Saúde da Família é estratégia prioritária da Política Nacional de Atenção Básica para a expansão e consolidação da AB em território nacional. Nesse sentido, preconiza-se que a qualificação da ESF e de outros dispositivos de organização da AB, como o NASF deverão se guiar pelas diretrizes daquela política e do SUS, de modo a progressivamente constituir um processo que considere as especificidades locais regionais (BRASIL, 2013a). A AB

Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2013a, p. 19).

Enquanto porta de entrada para o SUS, a AB deve formar um conjunto de ações em saúde que possa abranger, no âmbito individual e coletivo, tanto a redução de danos, prevenção de agravos e promoção de saúde, como o diagnóstico de doenças, tratamento e reabilitação, de modo a, “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2013a, p.19).

Sendo assim, oferece a potência de reconhecer as queixas de sofrimento psíquico infantil por meio de uma escuta qualificada para o problema e, por conseguinte, a depender da necessidade, tratar das questões no próprio território ou encaminhar para os serviços

especializados. Ademais, “propõe-se que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, ter base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e o acolhimento” (TSZESNIOSKI, et al., 2015, p. 364).

Ressalta-se a centralidade que a atenção básica passa a ocupar no cuidado à saúde mental se ancora numa mudança paradigmática da atenção psicossocial que desloca o foco das doenças para as pessoas em seus sofrimentos. Se os cuidados à saúde mental foram historicamente delegados ao nível especializado de atenção, onde se localizam os hospitais psiquiátricos, ambulatorios e CAPSi, o esforço para a ampliação desses cuidados para abarcar o nível primário constitui um dos avanços inegáveis da reforma psiquiátrica.

Em contrapartida, afirma-se que aspectos relacionados à saúde mental têm sido negligenciados, do ponto de vista da atenção primária, ainda sendo frequentemente atribuídos aos serviços de saúde mental, com maior destaque aos CAPS. Esse argumento se apoia na revisão de literatura apresentada no primeiro capítulo desta tese. Do conjunto dos 42 artigos analisados que se destacaram por apresentar serviços de saúde como *locus* e/ou objeto de pesquisa, os CAPSi obtiveram lugar quase absoluto. Uma quantidade muito inferior de trabalhos se focalizaram a atenção básica ou o trabalho em rede (SINIBALDI, 2013; DELFINI; REIS, 2012; TSZESNIOSKI, et al., 2015; GOMES et al., 2015; CARVALHO et al., 2013; CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012).

Diante desse cenário, considera-se que outras pesquisas são necessárias no sentido de visibilizar esse nível de atenção e contribuir para a construção dos cuidados à população infantojuvenil. Faz-se importante analisar o modo como a saúde mental é caracterizada no âmbito da AB, enfatizando o papel dos NASF como estratégia de saúde pública e os principais desafios enfrentados na atuação profissional.

Como informado no capítulo anterior, o NASF foi criado por meio na Portaria nº 154, em 24 de Janeiro de 2008, com o intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações e a resolutividade da AB. Trata-se de um dispositivo constituído por equipes com distintas formações profissionais, atuantes de forma integrada no apoio às equipes de Saúde da Família (eSF). Cabe ao NASF, portanto, compartilhar saberes e práticas em saúde nos territórios que se encontram sob a responsabilidade dessas equipes (BRASIL, 2011a), auxiliando tanto na identificação das prioridades do território e na atenção direta aos usuários como na educação permanente desses e das próprias eSF (RECIFE, 2014).

O NASF necessariamente precisa contar com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental. Nesse contexto, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras são apontados como os profissionais de saúde mental do NASF (BRASIL, 2010b). Tendo em vista que este estudo se volta para a perspectiva de psicólogos, tal como situado no capítulo 1, faz-se necessário tecer algumas considerações sobre essa profissão.

3.1.2. Psicologia e políticas públicas: Trajetórias e tendências

Diversos têm sido os autores preocupados em refletir histórica e criticamente sobre a inserção da Psicologia, como ciência e profissão, no campo das políticas públicas brasileiras (DIMENSTEIN, 1998; SENRA; GUZZO, 2012; SILVA; CORGOZINHO, 2011; XIMENES; DE PAULA; BARROS, 2009; YAMAMOTO, 2007; YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010), como ilustra Dimenstein (1998):

Considerado, então, parte da força de trabalho em saúde, nosso interesse é apontar em que circunstâncias se deu a inserção do psicólogo no setor, mais especificamente na saúde mental, procurando deixar claro que essa entrada não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico determinado, que propiciou uma supervalorização cultural da profissão ao mesmo tempo em que foi se construindo e consolidando a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade (DIMENSTEIN, 1998, p. 56).

No Brasil, desde seu reconhecimento pela Lei 4.119, de 1962, a profissão vem sofrendo transformações decorrentes das inovações e acúmulos técnico-científicos e, sobretudo, das demandas político-sociais. Nesse sentido, admite-se que a ditadura militar rebateu no processo de formação e exercício profissional, configurando um distanciamento das questões sociais e a caracterização de uma prática profissional despolitizada e elitista (CFP/CEFESS, 2007; SENRA; GUZZO, 2012; YAMAMOTO, 2007).

Ao longo destes quarenta anos de consolidação da profissão, o elitismo que marcou os primeiros tempos vem sendo paulatinamente contrarrestada por um movimento, ainda tendencial e ainda longe de reverter o quadro da profissão, mas crescente, de expansão dos serviços do psicólogo para camadas mais amplas da população (YAMAMOTO, 2007, p. 33-34).

Embalada pelo processo de redemocratização do país, a partir do final dos anos 1980, a Psicologia passará por uma série de mudanças, adotando o lema do compromisso social como norteador da atuação psicológica, no sentido de valorizar “a construção de práticas comprometidas com a transformação social, em direção a uma ética voltada para a emancipação humana” (CFP/CEFESS, 2007, p.20). Conforme Freire e Pichelli (2010), dentre as diversas

bandeiras de luta levantadas pela psicologia brasileira estavam o movimento sanitário, as ações em prol do SUS e o movimento de luta antimanicomial e reforma psiquiátrica.

Esse contexto de elaboração de novas políticas públicas, programas e serviços pós Constituição de 1988, resulta numa expansão quantitativa e qualitativa das possibilidades de atuação do psicólogo. Nesse sentido, a Psicologia tem encontrado grandes possibilidades de atuação e contribuição no campo da saúde coletiva e saúde mental, de modo que, “a inserção do psicólogo em instituições de saúde, especificamente nas que envolvem os cuidados primários, como por exemplo, as unidades básicas de saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui uma realidade cada vez mais presente” (FREIRE; PICHELLI, 2010, p. 841).

Todavia, é fundamental ponderar que a inserção do profissional de psicologia no campo social não foi resultante de um direcionamento do instrumental teórico-técnico ou de propostas efetivas para práticas menos elitistas. Sendo assim, ainda hoje, não são incomuns críticas quanto à adequabilidade das teorias psicológicas e ao caráter ideológico que a prática profissional assume nesses contextos.

A atuação com pessoas em situação de pobreza exige não a adequação de um conhecimento teórico-técnico, mas, sim, a criação de novos conhecimentos e uma mudança na postura que marca historicamente a atuação dos psicólogos. [...] Pensar numa atuação que conjugue um posicionamento político mais crítico por parte dos psicólogos, com novos referenciais teóricos e técnicos que podem ou não partir dos já consolidados, mas que necessariamente, precisariam ultrapassá-los, é o grande desafio para a profissão no campo das políticas sociais em geral (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010, p. 21).

Portanto, argumenta-se que novos campos de atuação, como o NASF, impõem desafios para os psicólogos, pois necessitam reorganizar e reconstruir saberes e fazeres historicamente especializados e individualistas em detrimento de intervenções multiprofissionais na atenção primária pautadas por ações coletivas. Nesse âmbito, o referencial das representações sociais se faz pertinente para desvelar concepções e práticas que permeiam o cotidiano, mais especificamente, como a tradição e inovação são negociados nas equipes face às demandas e às circunscrições das condições concretas sociais e de trabalho.

Isto posto, retomam-se as questões que orientam esta pesquisa: No tocante à atenção à infância, como as políticas públicas que compõem o campo normativo da saúde mental são concretizadas nas práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde? De que forma os saberes, significados, crenças e valores dos psicólogos do NASF são negociados e subsidiam práticas de cuidado a crianças com demandas em saúde mental?

O objetivo deste estudo, portanto, é analisar a produção de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde. Para tanto, pretende-se: a) Contextualizar a configuração da Rede de Atenção Psicossocial infantojuvenil (RAPS) do Recife, investigando a função e o funcionamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em sua inserção na Atenção Básica (AB); b) Analisar o contexto de atuação dos psicólogos do NASF, abarcando as práticas e desafios cotidianos; c) Perscrutar as representações sociais subjacentes às práticas de psicólogos do NASF no tocante ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico.

Os resultados deste estudo foram organizados em 2 (dois) capítulos. Pode-se dizer que a construção do capítulo 3 foi orientada pelos dois primeiros objetivos específicos, contextualizando a rede de serviços, equipamentos e dispositivos voltados para os cuidados formais de crianças e adolescentes com demandas em saúde mental no Recife - PE. Toma como prioridade a função do NASF nessa configuração e os principais impasses e desafios que perpassam o cotidiano de trabalho dos psicólogos que neste atuam. O capítulo 4, por sua vez, teve o terceiro objetivo específico como fio condutor.

Dito de outro modo, neste capítulo se evidencia o *contexto* no qual as práticas profissionais acontecem. Volta-se, portanto, aos desdobramentos do nível institucional (tratado no capítulo anterior) sobre os arranjos dos serviços e práticas sociais. No capítulo seguinte, o olhar será refinado sobre as experiências relativas ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico na atenção básica, esmiuçando interações entre profissionais e usuários do SUS.

Para atender aos dois primeiros objetivos específicos, tomar-se-á como referência além do marco legal nacional analisado no capítulo anterior, o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, documento de referência na área de saúde produzido pela atual gestão municipal de Recife, e principalmente, os relatos de atores-chaves da rede de saúde, da gestão aos profissionais de Psicologia atuantes na atenção básica. Como afirmam Minayo e Sanches (1993), o porta-voz (o entrevistado) revela através da fala cotidiana condições estruturais e sistemas de valores, normas e símbolos. Os textos gerados nas comunicações (entrevistas) “têm uma significação particular e um papel revelador do todo”. Expressa, assim, o material primordial da investigação qualitativa (MINAYO, 1994, p. 233).

3.2 MÉTODO

A descrição do método empregado no estudo 2 tem início com a contextualização do local onde a pesquisa se deu, sobretudo no que concerne à compreensão da rede de saúde

disponível neste município. Na sequência, são descritos os participantes, instrumentos e procedimentos de produção e análise dos dados.

3.2.1 O contexto da pesquisa: A cidade do Recife

Capital do Estado de Pernambuco, Recife é situado no litoral nordestino, limitando-se ao norte com os municípios de Olinda e Paulista, ao sul com Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2014), tal como evidenciado na Figura 3. Trata-se de uma cidade totalmente urbana, com população estimada em 1.599.514 habitantes. No que tange ao sexo e à faixa etária, há predomínio da população feminina de jovens, sobretudo entre 20 e 39 anos (RECIFE, 2014).

Figura 3 – Mapa do Recife – PE



Extraído de: <https://www.google.com.br/maps>

Segundo o Governo Municipal, Recife é um município heterogêneo, caracterizado pela coexistência de áreas valorizadas e áreas com graves problemas estruturais. Ademais, quanto à renda da população, verifica-se que a maioria não possui rendimento algum (33,1%) ou recebe até 01 salário mínimo²⁵ (29,2%), enquanto que a minoria da população (1,8%), possui renda superior a 20 salários mínimos. Considerando a renda como determinante social na saúde do município, este é um fator importante de ser realçado. Diante dos contrastes que caracterizam

²⁵ O valor do salário mínimo no momento da realização desta pesquisa era de R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

o espaço²⁶ urbano demográfico e socioeconômico do Recife, é fundamental pensar no planejamento e implementação de políticas e programas sociais voltados para diversos espaços da cidade (RECIFE, 2014).

Sabe-se que o SUS utiliza uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais no intuito de operacionalizar suas ações, tais como município, distrito, micro-área, área de abrangência, entre outras, que se referem a áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que ao mesmo tempo em que estruturam o espaço criam territórios próprios (GONDIM et al., 2008).

Assim, no bojo das estratégias para a implementação do SUS, as diretrizes de regionalização e municipalização apontam para a estruturação dos Distritos Sanitários (DS). O DS pode ser definido como a unidade organizacional mínima do SUS, a qual deve apresentar uma base territorial geograficamente definida e uma rede de serviços de saúde adequada às características epidemiológicas de sua população. Nesse sentido, o distrito pode corresponder ao território de um município, parte deste ou um conjunto de municípios, de tal modo a constituir uma rede articulada e hierarquizada de serviços com capacidade tecnológica e resolutiva para atender à população (GONDIM et al., 2008).

Em termos teóricos, o DS deveria ter a capacidade de atender a todas as necessidades de saúde da população nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Operacionalmente, contudo, apenas o primeiro nível apresenta demarcação territorial no interior do distrito, em decorrência da exigência de adscrição da clientela e do delineamento da área de abrangência das unidades de saúde. Desse modo, o segundo e terceiro níveis de atenção não possuem contornos territoriais claros, definindo-se geograficamente conforme as necessidades de atenção da população, podendo, entretanto, localizar-se em outros distritos (GONDIM et al., 2008).

Nesse âmbito, é informado que Recife passou por uma recente redistribuição distrital. Se antes, os 94 bairros da cidade estavam aglutinados em 6 (seis) DS, a partir de 2015, organiza-se em 8 (oito), com subdivisão dos DS III e VI²⁷, conforme demonstra o Quadro 6:

²⁶ Gondim et al. (2008) destacam a ênfase que a categoria *espaço* tem adquirido no campo da saúde, sobretudo como uma abordagem para apoiar a questão do risco. Isto é, concebe-se que são múltiplas as possibilidades de localização e percepção das populações, objetos e fluxos, bem como de “se espacializar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior” (p. 237). Nessa perspectiva, os espaços podem ser definidos como conjuntos de territórios e lugares onde diversos fatos ocorrem simultaneamente, e cujas repercussões são vivenciadas de maneiras distintas. Contudo, concomitante ao avanço no uso de ferramentas de análise voltadas para a compreensão do espaço, evidencia-se uma tendência em utilizar essa categoria de análise como sinônimo de *território* (GONDIM et al., 2008).

²⁷ Ressalta-se que essa perspectiva de mudança e atualização não constava no plano municipal de saúde analisado.

Quadro 6 – Divisão dos bairros da cidade do Recife em Distritos Sanitários

DISTRITO SANITÁRIO	BAIRROS
1	Recife, Santo Amaro, Boa Vista, Cabanga, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Antônio, São José, Coelhos, Soledade, e Ilha Joana Bezerra
2	Alto Santa Terezinha, Água Fria, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Campo Grande, Cajueiro, Campina do Barreto, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Peixinhos, Rosarinho e Torreão
3	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira
4	Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi
5	Afogados, Areias, Barro, Bongüê, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejipió e Totó
6	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Imbiribeira, Ipsep e Pina
7	Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama
8	Cohab, Ibura e Jordão

Fonte: www2.recife.pe.gov.br/wp.../LISTA-SECRETARIA-DE-SAUDE-DO-RECIFE.docx. Acessado em 01/11/2016.

A rede de saúde do Recife é composta por serviços e dispositivos de baixa, média e alta complexidade da rede própria do SUS, assim como da rede complementar. Ou seja, para oferecer uma maior cobertura assistencial à população, a Secretaria de Saúde, por intermédio de contratos ou convênios, complementa a oferta com serviços privados de assistência à saúde (RECIFE, 2014).

A rede de Saúde Mental do Recife, especificamente, conta com 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 11 CAPS Transtorno Mental (CAPS II) e 06 CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad), 24 Residências Terapêuticas, 04 Albergues Terapêuticos, 04 Equipes de Consultório de Rua e 02 Equipes de Consultório na Rua. Esses equipamentos de saúde têm por finalidade “fortalecer a clínica, ampliar o acesso e diversificar a oferta de serviços no território, com foco na desospitalização e reabilitação psicossocial” (RECIFE, 2014, p. 46). Nessa descrição, chama atenção a invisibilidade dos serviços disponíveis para a infância e adolescência no plano municipal de saúde.

Ademais, tal como preconizado na portaria 3.088/11 que institui a RAPS, esses serviços classificados como da rede de saúde mental funcionam em articulação com a rede de atenção básica e especializada visando o atendimento integral à população.

Nesse sentido, a atenção básica do município é formada pelos seguintes serviços e equipes: 122 Unidades de Saúde da Família (USF), 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde

e 03 UPINHAS/USF, nas quais atuam 268 equipes de Saúde da Família (eSF) e 153 equipes de Saúde Bucal (eSB). A rede também dispõe de 26 serviços odontológicos ambulatoriais, 28 Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 20 NASF. Além disso, constam 6 Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI) formados por equipes multiprofissionais que trabalham no território ampliando a oferta de práticas terapêuticas como nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, dentre outros. Conta-se também com 41 Polos de Academia da Cidade, com a finalidade de requalificar os espaços públicos de lazer em equipamentos de saúde, focalizando a atividade física, lazer e alimentação saudável (RECIFE, 2014).

Já a rede especializada é composta por 12 Policlínicas, 03 Maternidades, 01 Hospital Pediátrico, 01 Laboratório Municipal de Saúde Pública e 07 Unidades Especializadas (tais como Centro de Reabilitação Física e o Ambulatório Especializado da Mulher). Oferta também 06 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 04 Serviços de Urgência Odontológica e 01 serviço especializado em saúde bucal para hipertensos e diabéticos. Esses serviços estão distribuídos nos DS do município e oferecem atendimento específico em áreas e especialidades diversas, como enfermagem, ginecologia, clínica geral, pediatria, ortopedia, neurologia, cardiologia, além de fisioterapia, psicologia, nutrição, odontologia, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional, entre outras. Por fim, na rede complementar estão disponíveis 03 Hospitais Gerais, 01 Hospital Pediátrico, 03 Hospitais Psiquiátricos, 08 Laboratórios de Patologia Clínica e 10 Serviços de Imagem (Raios-X, Ultrassonografia, etc.), além de 04 Serviços de Oftalmologia e 09 de Reabilitação (RECIFE, 2014).

Considerando que o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (RECIFE, 2014) não explicita todos os serviços disponíveis na rede de saúde mental para atender à população de crianças e adolescentes, a descrição, caracterização e problematização sobre a RAPS infantojuvenil do Recife será complementada pela perspectiva dos atores-chave apresentados a seguir.

3.2.2 Participantes

Participaram deste estudo 9 (nove) psicólogas/os selecionadas/os por desempenharem funções estratégicas na organização da RAPS infantojuvenil do Recife, a saber: 1 (uma)

profissional que ocupa função de gestão na Secretaria de Saúde do Estado (SES)²⁸, e 8 (oito) psicólogos/os atuantes em distintas equipes NASF da cidade do Recife.

Já que o NASF é composto por profissionais de múltiplas categorias, cabe justificar a escolha pela Psicologia enquanto categoria profissional privilegiada como ator chave do presente estudo. Embora previsto na portaria, nenhum NASF da cidade do Recife contava com psiquiatra em sua equipe na ocasião da coleta de dados (Dezembro de 2015 e Março de 2016). Em geral, os profissionais de saúde mental disponíveis eram psicólogos e terapeutas ocupacionais (salvo raras exceções, estes últimos também eram ausentes na equipe). Após realizada a coleta de dados com os profissionais de Psicologia observou-se que, em geral, as demandas de saúde mental, incluindo as da infância, são endereçadas para esse profissional. Ademais, muitos relataram atuar em forte parceria com profissionais diversos, não apenas terapeutas ocupacionais, como também com assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Ou seja, será observado que as equipes buscam trabalhar de modo interdisciplinar e a partir das demandas que emergem no território, não havendo uma delimitação, a rigor, entre os profissionais de saúde mental e o restante da equipe, tal como estabelecido na portaria. Assim, a participação dos psicólogos se fez pertinente e suficiente para atender aos objetivos do estudo. Além disso, considerando a Psicologia enquanto área de confecção da presente tese, aponta-se a importância da produção de conhecimento que possibilitem reflexões e avanços para a formação e atuação de psicólogos/os na saúde pública.

Considerando o referido quantitativo de equipes NASF do Recife (20 – vinte) (RECIFE, 2014) e a recente redistribuição dos distritos sanitários do município (de 6 para 8 DS) a seleção desses participantes atendeu ao seguinte desenho metodológico: buscou-se 1 (uma/um) psicóloga/o inserido em equipe NASF de cada distrito (do I ao VIII), no intuito de compor um grupo que possibilitasse ampliar a representatividade do estudo em função das características de cada DS.

Em relação ao grupo de psicólogas/os entrevistadas/os destacam-se algumas características: participaram 5 (cinco) psicólogas e 3 (três) psicólogos com distintas trajetórias acadêmico-profissionais. A maioria (5) realizou sua formação em Psicologia em instituições privadas do Recife, enquanto 3 (três) em instituições federais neste e em outros estados. O tempo desde a formação variou de 8 (oito) a 35 (trinta e cinco) anos. Três entrevistadas/os

²⁸ À SES cabe planejar, coordenar e articular as ações e serviços na área de atenção à saúde da Rede Estadual. No intuito de garantir o anonimato da profissional entrevistada, não serão reveladas outras informações relativas ao seu cargo.

mencionaram a realização de formações no nível de pós-graduação (em geral *lato sensu*) e experiências profissionais diversas, tanto no setor público como no privado.

No que se refere ao tempo de atuação no NASF, houve variação de 2 (dois) a 6 (seis) anos. Ou seja, algumas/uns psicólogas/os entrevistadas/os atuam neste dispositivo desde o início de sua implantação no município. No que tange à natureza do vínculo, a maioria (8) se insere no NASF via contratação temporária enquanto uma minoria (2) através de concurso público.

3.2.3 Instrumentos e materiais utilizados

Para a coleta e análise dos dados desta pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos e materiais:

- Roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice A). O roteiro foi construído visando compreender as experiências profissionais das/os psicólogas/os no tocante à atuação no NASF de modo geral e, em específico, quanto à atenção ofertada à infância. O roteiro foi organizado em 2 (duas) etapas: uma narrativa e outra semiestruturada em razão das justificativas apresentadas nos *procedimentos de coleta*. Já a entrevista realizada com a gestora foi orientada apenas por uma questão disparadora, solicitada a descrever o panorama atual da rede de atenção infantojuvenil do Recife em suas configurações e principais desafios.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (disponível no Apêndice B).
- Celular *smartphone* utilizado para o armazenamento do áudio das entrevistas.

3.2.4 Considerações éticas

Anteriormente à entrada efetiva no campo, foram submetidos o projeto e o formulário de análise de pesquisa, bem como um termo de compromisso à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SEGTES) da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife com vistas à apreciação e autorização para a realização da pesquisa junto às equipes NASF do município. Respeitando-se todos os trâmites necessários, a Secretaria de Saúde emitiu uma carta de anuência com aprovação oficial para realização da pesquisa (Anexo A). Seguidamente, deu-se início ao processo de apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade

Federal de Pernambuco (CEP- UFPE). A execução desta pesquisa foi realizada somente após a aprovação do CEP- UFPE, sob o registro CAAE nº 47092615.4.0000.5208 (Anexo B).

Desse modo, este estudo foi submetido às regras do Conselho Nacional de Saúde (CNS), através da Resolução nº 466 (BRASIL, 2012a), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Dentre outras, essas normas preconizam que, para contribuir com a pesquisa, os participantes necessariamente precisam estar cientes de seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, concordarem e assinarem o TCLE (Apêndice B). Após a finalização do estudo, as transcrições das entrevistas e as informações dos instrumentos serão armazenadas por um período de 5 (cinco) anos no Laboratório de Interação Social Humana (LabInt – UFPE). Como garantia do anonimato, as identidades e dados pessoais dos participantes continuarão mantidos em sigilo e, quando necessário, será utilizado um pseudônimo ou outra forma de codificação que não revele suas identidades nem permita associações (BRASIL, 2012a).

3.2.5 Procedimentos de produção de dados

Os dados foram produzidos em parceria com Fernanda Vasconcelos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (UFPE) e também integrante do LabInt (UFPE), que vem desenvolvendo sua dissertação com o objetivo de investigar as trajetórias dos psicólogos e práticas profissionais desenvolvidas por esses no âmbito do NASF e AB. Tendo em vista a existência de pontos de intersecção entre nossos projetos de pesquisa optamos pela realização dessa etapa juntas, que envolveu a construção do roteiro de entrevistas, a entrada no CEP - UFPE, o contato com as/os participantes, a realização das entrevistas e finalmente transcrição das mesmas.

Por isso, como mencionado, o referido roteiro de entrevista foi organizado em duas etapas de modo a contemplar ambos os interesses: o dela, pelas narrativas das/os psicólogas/os desde seus processos formativos até a atualidade de suas atuações no NASF, e os meus: compreender as práticas profissionais desses atores quanto ao cuidado em saúde mental infantil no território, evidenciando a função do NASF como ordenador da atenção na RAPS infantojuvenil, bem como as principais especificidades e desafios dessa atuação.

Após autorização do CEP-UFPE, contatou-se uma profissional que ocupava uma função de coordenação na rede de saúde, que nos enviou uma lista contendo informações sobre as/os psicólogas/os inseridas/os no NASF do Recife, tais como nome, e-mail, telefone e distrito

sanitário de atuação. Então, elaboramos um texto apresentando nossa pesquisa e convidando esses profissionais a participarem através da concessão de uma entrevista. Alguns responderam ao e-mail, enquanto outros foram contatados novamente via telefone ou ainda redes sociais.

As entrevistas foram agendadas no dia, local e horário da conveniência da/o entrevistada/o, e realizadas entre Dezembro de 2015 e Março de 2016, em geral nas unidades de saúde ou outros serviços que serviam como ponto de apoio para aquele profissional, exceto uma, que aconteceu no prédio onde o participante residia. Após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, solicitava-se que os sujeitos assinassem os TCLE (Apêndice B).

Assim, as/os informantes foram convidadas/os a relatar suas experiências em relação à organização e ao funcionamento das redes de serviços destinadas a esse público, evidenciando os principais impasses e avanços do campo, orientando-se pelo roteiro de entrevistas semiestruturado. Como afirmam Nascimento-Schulze e Camargo (2000), os processos comunicacionais e interacionais envolvidos na entrevista favorecem que os indivíduos partilhem seu conhecimento prático sobre os objetos, situações e problemas cotidianos relevantes.

Esclarece-se que no decorrer das entrevistas outras perguntas eram formuladas visando aprofundar aspectos da narrativa das/os entrevistadas/os. As entrevistas tiveram duração mínima de 50m45s e máxima de 1h40m38s.

A entrevista com a gestora também foi agendada e realizada com a colaboração de Fernanda e ocorreu no consultório particular daquela. Marina Cursino, graduanda em Psicologia pela UFPE, que vem desenvolvendo um subprojeto de pesquisa a partir destes dados coletados, também participou deste momento e contribuiu com a etapa de transcrição das entrevistas.

3.2.4 Procedimentos de análise

Todas as entrevistas realizadas na etapa anterior foram audiogravadas e transcritas textualmente na íntegra para fins de análise. No intuito de organizar as informações obtidas através dos relatos das/os psicólogas/os do NASF, iniciou-se uma análise preliminar que consistiu na leitura de cada entrevista, seguida do preenchimento de algumas informações no quadro disponível no Apêndice C.

A organização dessas informações propiciou a visão de um “mapa horizontal das descobertas do campo” (MINAYO, 1994, p. 232) e, junto às questões embutidas no roteiro de

entrevistas orientou a construção de algumas categorias de análise também provisórias. Concorde-se com Minayo (1994) quando afirma que “em geral, a primeira classificação ainda grosseira é elaborada como em gavetas, onde cada assunto, tópico ou tema é cuidadosamente separado e guardado” (p. 236). Diante do elevado volume de informações obtidas após esta etapa, foi necessário realizar um “enxugamento da classificação por temas mais relevantes” (MINAYO, 1994, p. 236):

Pode-se dizer que num processo de aprofundamento da análise, a relevância de algum tema, uma vez determinado (a partir da elaboração teórica e da evidência dos dados) permite refazer e refinar o movimento classificatório. As múltiplas gavetas serão reagrupadas em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora [...] Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado.

Considerando que o produto final da análise é sempre provisório e resultante da *práxis*²⁹ do pesquisador (MINAYO, 1994), buscou-se organizar, interpretar e apresentar os resultados em algumas categorias analíticas de modo a evidenciar o constante exercício de trânsito entre teoria e empiria, saber e prática, coerência e contradição, estabilidade e mudança que caracterizam o contexto de atuação dos profissionais entrevistados. “Assim ele [o pesquisador] constrói uma nova aproximação do objeto: o pensamento antigo que é negado, mas não excluído, encontra outros limites e se ilumina na elaboração presente. O novo contém o antigo incluindo-o numa nova perspectiva” (MINAYO, 1994, p. 234).

3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste capítulo foram organizados em duas categorias principais. Na primeira, analisam-se os avanços e impasses da construção da RAPS infantojuvenil do Recife perpassando pelos diversos serviços que a compõem (como hospitais, CAPSi e ambulatórios). Já na segunda, discute-se o atravessamento de questões estruturais nas experiências e práticas profissionais da/o psicóloga/o na Atenção Básica e no NASF. O quadro 7 esquematiza os principais resultados discutidos nas páginas subsequentes:

²⁹ *Práxis* é uma palavra com origem grega que significa **conduta** ou **ação**. Corresponde a uma **atividade prática em oposição à teoria**.

Quadro 7 – Principais resultados do Estudo 1

Avanços e impasses na construção da RAPS infantojuvenil do Recife
<i>“Onde está a criança e como a RAPS se des(articula) em prol do seu cuidado?”</i> • Nas enfermarias psiquiátricas? Ainda. • Nas Unidades de Acolhimento? Ainda não. • Nos CAPSi? • Nos ambulatórios? • Nas clínicas-escola? • No NASF?
Experiências e práticas profissionais do psicólogo na Atenção Básica e no NASF
• A (des)estrutura física da AB • (Des)composição das equipes NASF • Das condições concretas de trabalho • As atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/o no NASF

Fonte: Dados da pesquisa

3.3.1 Avanços e impasses na construção da RAPS infantojuvenil do Recife: “A rede está dodói...”

“Negócio de não mostrar buraco, buraco é pra se ver né, como é que se constrói nada sem mostrar buraco? Como eu falo mesmo é mostrar nossas calcinhas bege furadas” (Gestora).

Na introdução de sua narrativa, a gestora entrevistada aborda um dos aspectos mais importantes do modelo psicossocial: a articulação entre atenção básica e saúde mental, contextualizando o nível macropolítico no qual a RAPS infantojuvenil do Recife se insere. Nesse sentido, a entrevistada retoma o antigo desenho de rede que propunha o CAPS como dispositivo ordenador do cuidado, ilustrado no capítulo anterior (Figura 1), para construir sua argumentação em torno das principais críticas e propostas de mudança. Seguidamente, caracteriza os serviços substitutivos disponíveis na rede de saúde mental do município, desvelando os principais desafios enfrentados e os “buracos” da rede.

Primeiro vamos falar mais macro, né? Primeiro que não é só Recife, todos os municípios e os estados todos do Brasil, eles estão regidos por uma política nacional. Essa política nacional ela tem diretrizes mais claras sobre como é que deve funcionar

a rede da infância e juventude em todo o território nacional. Então isso não é uma coisa que tem que ser diferente para cada um, deveria ser legítimo que toda a rede funcionasse consonante com a política (Gestora).

A Figura 1 (Antigo modelo assistencial da rede de saúde mental, p. 63) amplamente divulgada na política de saúde mental, ilustrava que a função do CAPS deveria ser, por excelência, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Todavia,

esse desenho caiu por terra, e não caiu à toa, ele caiu porque antes era como se o CAPS fosse o ordenador da rede, enquanto que na verdade a gente vai para uma outra lógica paradigmática, né? Se o CAPS é o ordenador da rede e ele é o lugar das especialidades, então a gente vai tá focado aonde? Na lógica do sintoma. Essa não é a lógica da saúde mental nacional. A lógica da saúde mental nacional é que a gente centre isso no cuidado integral. Qual é a mudança que isso verticaliza? [...] “Onde esse sujeito faz relações?” Num é no lugar que ele vive? (Gestora).

Nesse sentido, a entrevistada retoma a mudança do modelo assistencial que propõe a atenção básica como ordenadora dos cuidados, incluindo os relativos à saúde mental.

Então a lógica é que a atenção básica ela é a porta de entrada do cuidado porque a pessoa está lá, então é lá onde a gente tem que olhar o sujeito e não tirar o sujeito dali e botar numa clínica de especialidades. Então como é que faz esse cuidado gerar dentro desse território pra que eu não tenha que ter né, questões mais abruptas pra uma criança, ou uma crise maior inruptiva ou o que é que a gente visualiza no território que a gente pode fazer de antemão. E aí vem toda uma clínica da prevenção, num é? E aí assim, a gente a nível de prevenção e de promoção a gente tá muito frágil (Gestora).

Conforme observado, cabe à equipe NASF em articulação e apoio às equipes de saúde da família reconhecer as necessidades de saúde da população adscrita no território. Assim, o NASF foi criado com a finalidade também de ampliar a resolutividade da atenção primária, “desafogando” os níveis especializados com demandas indevidas. Todavia, caso evidenciado uma necessidade de saúde mais complexa, o NASF deve acionar a rede de serviços de saúde e encaminhar o usuário para outros serviços, seja um ambulatório, CAPS ou hospital, no caso da saúde, seja para outro setor, como para instituições da educação, assistência social, justiça e direitos, com vistas ao trabalho intersetorial.

O NASF ele é o apoio ao Programa de Saúde da Família. Então se eu tenho um paciente que ele tá o tempo todo no meu território e ele é da minha atenção básica, e eu sou da minha equipe, e eu sei que ele tá precisando de um cuidado mais intenso do que uma conversa no território, eu aciono o CAPS. E aí é claro que o NASF é o mediador disso. **O NASF é um articulador e a função dele é ativar a rede do município.** Então ele tem que ativar a rede não só na saúde mental não, ele tem que ativar a escola do menino, a assistência social porque o menino não tem, a mãe podia ter uma bolsa família e ela nunca teve, porque ele tem um retardo mental e nunca teve um benefício. Então esse tipo de coisa tem que acionar o CRAS, o CREAS né, então ela faz um atendimento que é de cuidado integral do paciente, ela precisa fazer isso, então assim ela é um ativador da rede daquele distrito, então o NASF tem essa função.

Nesse sentido, concebe-se que a integralidade pode ser alcançada através da integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. Para tanto, é indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e de coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos coletivos que respondam às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

É um trabalho do NASF, essa articulação de rede, é uma função nossa também fazer essa articulação. A gente entrou havia a atenção básica, havia os ambulatorios, os CAPS, tal, e a gente entrou nesse lado aí pra... É dever nosso fazer essa articulação. Chamar, discutir o caso, e chamar área, e levar as equipes pra discutir... Isso é uma coisa que a gente procura fazer é um papel nosso de articulador de rede (P2).

Enfatiza-se, portanto, a importância e centralidade do dispositivo NASF para o cuidado integral de crianças e adolescentes. Em suma, dentre outras funções e atribuições, cabe ao NASF acionar a rede do município, responsabilizando-se pelo cuidado integral dos usuários. Desta feita, seguiremos delineando a configuração da RAPS infantojuvenil do Recife, enfatizando as possibilidades e os desafios subjacentes à concretização de um trabalho em rede: *“Então essa articulação fora da atenção básica é uma dificuldade” (P2).*

Nesse sentido, as seguintes subcategorias foram organizadas em função da pergunta:

3.3.1.1 Onde está a criança e como a RAPS se des(articula) em prol do seu cuidado?

3.3.1.1.1 Nas enfermarias psiquiátricas? Ainda. E nas Unidades de Acolhimento? Ainda não.

Sabe-se que as condições insalubres de vivência de pacientes em hospitais psiquiátricos constituíram a pedra angular do movimento da reforma psiquiátrica. O ponto de partida e, lamentavelmente, uma condição ainda existente na atenção à população infantojuvenil, como denuncia a gestora entrevistada:

Nós temos o Otávio de Freitas como referência que não é leito integral ainda, ele é enfermaria de psiquiatria. [...] **aquilo é uma enfermaria manicomial** né, os meninos ficam realmente aí segregados. Se não conhece vá ver que é uma coisa terrível né de se olhar. **É gradeado, é cadeado, os meninos ficam dentro de celas...** é uma coisa assim, totalmente inapropriada. O Ministério Público tá sabendo né, e aí as coisas não tavam caminhando. A gente conseguiu que a secretaria executiva colocasse a mão na história e aí eles vão ter que se utilizar de outro espaço.

Como preconizado, um dos princípios da reforma psiquiátrica é a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e a ampliação de leitos integrais em hospitais gerais e serviços substitutivos como o CAPS. Para tanto, a Portaria nº 148 foi estabelecida, em 31 de janeiro de 2012, com o objetivo de definir as normas de funcionamento do Serviço Hospitalar de

Referência voltado para pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas.

Então graças a Deus a gente tá conseguindo tirar o Otávio de lá, o Otávio vai sair de lá e a gente vai poder realmente fazê-lo virar 148 que é a portaria de leitos integrais pra meninos. [...] E aí vai pra um hospital geral, que a ideia da política e aí tem que deixar isso muito claro, não é que tenha hospital psiquiátrico mas que a gente tenha leito integral em hospital geral para que qualquer pessoa que tenha problemáticas com saúde mental também tenha o aporte clínico como qualquer outra pessoa. [...] E a gente tem o leito integral do Pam de Areias que é pra meninas, que todos dois são do estado aí a gente precisa fazer uso (Gestora).

Nesse sentido, também foi informado que no ano corrente (2016) está prevista a inauguração da primeira Unidade de Acolhimento Infantojuvenil (UAI) no Recife. Essa modalidade de serviço foi instituída na Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012, tratada no capítulo 2.

Isso é um processo ainda de construção, a UA não tá posta ainda toda, precisa do empenho do Ministério que a gente precisa fazer o pedido do incentivo, vem um valor do Ministério pra bancar o equipamento... então não é uma coisa tão simples de fazer mas já tá no desenho (Gestora).

Embora o serviço ainda esteja em vias de implementação, a entrevistada informa seu objetivo e proposta de funcionamento no seguinte relato:

A unidade de acolhimento já é um outro espaço, também ligada ao CAPSi, mas que ele funciona também como espaço terapêutico mas principalmente pra aqueles meninos de alta vulnerabilidade que precisam entender um pouquinho como é funcionar em casa, como é funcionar com a família, com outros meninos, trocar com esses meninos em um ambiente que não é terapêutico, mas um ambiente de saúde, não é ambiente pra fazer terapia, não é ambiente pra fazer nenhuma ação terapêutica, é pra deixar eles viverem. Como é que eles vivem juntos? É ir no mercado da esquina, ir na padaria, né. Então eles têm um tempo né, nessa casinha, então é uma casa que é nossa né, vai ser parte do equipamento e aí então vai ser monitorada porque esses meninos vão pro CAPS de manhã e vão dormir na sua casinha e nessa casa eles vão se relacionar. É como a sua casa, porque a ideia é que a gente fortaleça primeiro esses laços da família pra que ele migre pra casa dele, porque tem muitos que não tem condição da gente ir direto pra casa (Gestora).

Nesse sentido, reflete-se que a implantação da UA representa um passo importante no âmbito da Reforma Psiquiátrica, no sentido da construção de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Pode-se dizer que a UA infantojuvenil se refere a uma estratégia de construção de laços sociais e enfrentamento de condições de vulnerabilidade social. Aponta ainda para a possibilidade de viver para além da institucionalização e da hospitalização, condição ainda existente no Recife, visto que ainda se precisa fazer uso de hospitais do estado para oferta de internação em enfermarias psiquiátricas. Ressalta-se que essas modalidades de serviço (Hospital psiquiátrico e Unidade de acolhimento) não foram mencionadas pelas/os psicólogas/os entrevistadas/os ou na revisão de literatura realizada e apresentada no capítulo 1.

Segundo Sinibaldi (2013), apesar das conquistas relativas à implementação dos CAPSi, ainda é insuficiente o quantitativo de equipamentos para o atendimento a uma clientela com quadros clínicos mais graves, que não alcançam resolutividade na modalidade ambulatorial. Essa escassez se articula com a trajetória da reforma sanitária e psiquiátrica que tem como um de seus pilares a desinstitucionalização e, conseqüentemente, a redução do número de leitos em manicômios com a implementação de uma ampla rede comunitária de serviços substitutivos. Desse modo, tais ações direcionaram a reforma ao cuidado de pessoas com transtornos severos e persistentes, relegando a assistência aos transtornos menos graves e mais prevalentes.

3.3.1.1.2 Nos CAPSi?

Os CAPSi foram a primeira expressão concreta de posicionamento do Estado brasileiro em relação ao redirecionamento da Saúde Mental infantojuvenil, conforme discutido no capítulo anterior. Esses equipamentos se consolidaram por sua composição por equipes multiprofissionais, pautadas na lógica da atenção diária, de um cuidado intensivo, do trabalho em rede e comunitário, visando a expansão dos vínculos entre usuários e familiares. Com isso, tornou-se a resposta oficial às necessidades de cuidado para esse público e suas particularidades no sofrimento psíquico, inovando um campo que ainda não possuía espaço no âmbito da atenção psicossocial (COUTO; DELGADO, 2015).

Apesar da implementação e expansão de CAPSi em todo o país (proposto nas portarias nº 336/2002 e nº. 1947/2003) o dispositivo é insuficiente para atender a toda a demanda assistencial (NOGUEIRA, 2012; COUTO; DELGADO, 2015; SANTOS; FERNANDEZ, 2014; GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015) e ainda há o agravante do mesmo não se consolidar na atenção à crise e urgência (NOGUEIRA, 2012), esta ainda delegada aos cuidados dos hospitais. Couto e Delgado (2015) relatam que a quantidade de CAPSi implantados se encontra insuficiente em comparação com o alcance e distribuição dos CAPS para adultos. Em Félix (2014) verificou-se ainda que a limitação da oferta de serviços para o cuidado à saúde mental infantil se estende por todo o estado de Pernambuco, impondo, além de tudo, barreiras de acessibilidade geográfica para algumas crianças e familiares que se deslocam de suas cidades até Recife em busca de tratamento. De acordo com a última versão da Saúde Mental em Dados 10 (2012), Pernambuco contava com apenas 7 (sete) CAPSi distribuídos no estado, dos quais 3 (três) se localizavam na capital.

Nesse sentido, a gestora informou que, atualmente, a rede de serviços substitutivos de saúde mental para o atendimento de crianças e adolescentes no Recife é composta por 4 (quatro)

CAPSi: o CAPSiIII Luís Cerqueira, o CAPSi Zaldo Rocha, o CAPSi Cléa Lacet e o CAPSi-CEMPI (Centro Médico Psicodiagnóstico Infantil).

A outra coisa dentro de Recife é que você tem 4 CAPSis né que antes só tínhamos 3 agora temos 4, com o CAPS Luís Cerqueira que surgiu como álcool e outras drogas pra infância. Não sei se vocês estão sabendo que ele transformou em 24 horas. [...] Tem alguns meninos em situação de rua que precisam ser acolhidos e a gente precisa ficar com eles mais tempo do que um horário diurno. Então o 24 horas é pra esse sentido, e a gente chama isso de hospitalidade noturna né, **não é internamento de menino né, é uma hospitalidade noturna**. A gente precisava estender nosso espaço pras necessidades daqueles adolescentes né, então é muito importante.

Conforme a gestora entrevistada recentemente a RAPS infanto-juvenil do município passou a contar com a oferta de mais um CAPSi, este na modalidade álcool e drogas e com atendimento 24h, configurando um CAPSADi III.

A partir da implementação da Portaria 336/2002 foram delimitadas as modalidades de funcionamento dos CAPS na rede de atenção psicossocial, na qual o CAPS III possui uma função estratégica por se constituir como um serviço ambulatorial territorializado, de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2002). Assim, esse serviço se volta para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e necessidade de serem acolhidos também no período noturno³⁰.

Os outros 3 (três) CAPSi, por sua vez, conformam-se à modalidade CAPSiII, isto é, ofertam atenção diária às demandas de sofrimento psíquico da população infanto-juvenil do município. Sendo que, o CAPSi-CEMPI e o CAPSi Cléa Lacet atendem à clientela específica de crianças e adolescentes, respectivamente, enquanto que apenas o CAPSi Zaldo Rocha abarca ambas, tal como estabelecido na portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2002).

Os três trabalham com infância e juventude que aí Recife tem um recorte que não era pra acontecer mas também tem uma história né, por acontecer tem outros motivos. Mas dentro da política não existe uma CAPS infantil e um CAPS adolescente, não existe. O que existe na política dentro da portaria é o CAPS infanto-juvenil, então todos deveriam ser infantojuvenis.

Assim, apesar da portaria GM nº 336/02 (BRASIL, 2002) estabelecer o atendimento dos CAPSi ao público infantojuvenil, os CAPSi Cléa Lacet e CEMPI, serviços ambulatoriais anteriores à portaria, conseguiram manter algumas de suas especificidades, tal como tratado na dissertação desenvolvida:

Devido ao seu período de fundação, o CEMPI atravessou momentos diversos da Reforma Psiquiátrica brasileira, desde o modelo hospitalocêntrico, passando ao modelo hospital-dia até o atual, psicossocial. Com a conformação do serviço ao modelo CAPS, algumas características foram adequadas, enquanto outras foram mantidas, considerando a experiência teórica e prática decorrente da trajetória história do serviço na atenção às crianças em sofrimento psíquico. Nesse sentido, preservando

³⁰ Devido sua recente implantação, esse CAPSi não foi referenciado no discurso das/os psicólogas/os do NASF.

a identidade desse serviço, foram cultivadas as seguintes especificidades: a clientela infantil em absoluto; o embasamento da teoria psicanalítica; e a referência no tratamento do autismo e da psicose (FELIX, 2014, p. 47).

Nesse sentido, a gestora reitera:

Mas aí houve uma história que você deve conhecer a equipe do CEMPI, devem ter lhe contado, que se deu com a saída do CEMPI do Otávio de Freitas, como também o Cléa saiu de lá, como também o Zaldo né. Então assim, eles saíram porque tinham expertises ali naquele naquele ciclo de vida e terminou se transformando em um CAPS e focou no que eles sabem fazer, né? E aí claro, ganhou uma identidade no Recife. Então quando você pensa em infância você pensa no CEMPI, nos bebezinhos e em autismo principalmente você pensa no CEMPI né? Quando você pensa em... infância com com psicose você pensa no Zaldo e quando você pensa em adolescência você pensa no Cléa, **eles criaram uma identidade dentro do Recife** né, e que eles estão passando agora por um momento de transição porque eles vão ter que reavaliar essas práticas, e isso também não é uma coisa fácil de fazer (Gestora).

Este é um dado importante de ser problematizado, pois exemplifica como o processo de implementação de políticas públicas é balizado não somente pela norma legislativa, mas conserva e agrega elementos da cultura local e história das instituições. Apesar da instituição se constituir como um produto da atividade humana e, por isso, ser passível de transformação por meio das ações concretas dos indivíduos, Berger e Luckmann (1996/1966) ressaltam que esse universo institucional exige legitimação, modos pelos quais possa ser explicado e justificado. A realidade desse universo se torna cada vez mais concreta em seu curso de transmissão: em seu desenvolvimento, a ordem institucional adquire historicidade, chegando a novas gerações como tradição. Por isso, “é mais provável que o indivíduo se desvie de programas estabelecidos para ele pelos outros do que de programas que ele próprio ajudou a estabelecer” (BERGER; LUCKMANN, 1996/1966, p.89).

Tem outro dado que é assim olhe, se a portaria diz isso porque é que eu não tô cumprindo a portaria, né, existe uma portaria ministerial. E aí qual o argumento que a gente coloca pro Ministério? Olha existe uma bagagem clínica dos profissionais, existe um processo de construção que a gente não pode simplesmente dizer “faça-se de outro jeito” ou “cumpra-se”, né? Aí o Ministério dá um tempo pra gente produzir isso né, então a gente tá num momento de transição (Gestora).

Dessa forma, a gestora reflete sobre o desafio que esses serviços enfrentam para se adequarem à política e reconstruírem suas práticas. A experiência prévia relatada por uma das psicólogas entrevistadas demonstra que essa prática não se restringe aos CAPSi do Recife. Anteriormente à sua inserção no NASF, a informante já atuou num CAPSi do interior do estado voltado apenas para o atendimento de crianças:

Lá nós trabalhávamos com crianças de zero à onze anos e onze meses, porque a gente entendia que o adolescente ele precisava ter seu próprio espaço, que não é legal você misturar criança com adolescente do mesmo jeito que pegava adolescente com adulto porque são outras, são muitas diferenças até a própria equipe precisa ter um outro dinamismo de trabalho né... uma outra visão. Ai lá a gente só trabalhava com crianças até onze anos e onze meses (P6).

Sendo assim, a entrevistada argumenta em favor da organização de CAPSi segundo a faixa etária, ancorada na concepção de que infância e adolescência apresentam demandas distintas que precisam ser tratadas pelos serviços em suas especificidades. A gestora entrevistada, entretanto, informa que a necessidade de superar essas tradições se apoia também num dado concreto: a questão orçamentária. Ou seja, a promulgação de uma portaria determina não somente os objetivos, funcionamento e público alvo de determinado dispositivo, como também os recursos (materiais e humanos) que deverão ser disponibilizados para o mesmo, incluindo o financiamento.

Porque se a gente fosse pensar o seguinte, a diretriz num é pra isso, vocês num ganham dinheiro de incentivo do Ministério pra bancar um CAPS de infantojuvenil? Então se você tem esse dinheiro para isso você não pode tá me oferecendo um cuidado só de criança, né? Eu pago pra tu atender uma faixa etária e tu atende isso. Então assim, o Ministério também cobra né, que esse dinheiro que está sendo empenhado seja bem empenhado né, então tem esse dado (Gestora).

Pondera-se também que esta restrição e o não cumprimento da política pode representar uma barreira no acesso de crianças e adolescentes ao serviço do tipo CAPSi no Recife. As normas estabelecidas a respeito do funcionamento desse serviço e sua articulação com a rede, parecem adquirir certa fragilidade pela não incorporação daquilo que Amarante (2000) definiu como aspecto central de uma Atenção Psicossocial: inovação e criatividade.

Não vai, vai ser fácil, principalmente na nossa ótica do CEMPI que você passou lá, e assim, o CEMPI tem uma clínica muito sólida, muito legal mas é uma clínica mais pro ambulatório, ela não é uma clínica de CAPS, ela é uma clínica de ambulatório embora eles fazem em todos os arranjos possíveis, né? (Gestora).

Esses resultados convergem com aquilo que foi apresentado no capítulo 2 por Félix (2014), Félix e Santos (2016) e Dimenstein e Liberato (2009), ao apontarem a permanência de serviços que mantêm a lógica ambulatorial, objetivado nas filas de espera nos CAPS, assim como na falta de articulação com o território. Tal quadro demonstra uma dicotomia entre clínica e política, com a produção de novas ordens de cronicidade no contexto da Reforma Psiquiátrica. Portanto, o relato da entrevistada, assim como das/os psicólogas/os do NASF demonstra que essa lógica ainda é típica no funcionamento da RAPS do Recife.

Sabe-se que a articulação com os CAPS é fundamental para a função do NASF enquanto ordenador do cuidado na RAPS. Entretanto, embora o estabelecimento de pontes entre NASF e CAPS seja algo almejado e condição necessária para o adequado cuidado à saúde mental na atenção psicossocial, observou-se que ao se tratar do CAPS na modalidade infantojuvenil, esta é uma relação que ainda não está muito consolidada, salvo raras exceções. Nesse sentido, os

entrevistados abaixo ilustram como se dá a comunicação com o CAPSi no seu território de atuação:

O CAPS infantil não tem pernas, não faz. [...] A **gente não tem um vínculo, uma, não conhece os profissionais dos CAPS infantil. Teve um caso só** desde o tempo que eu tô lá que a psiquiatra e a psicóloga veio discutir, a equipe de saúde da família. A equipe chamou o NASF e a gente foi. Um: eles vieram bem pontualmente. É um caso que a criança tinha uns 12 anos, tinha uma deficiência grave, né? É.. tinha um autismo grave também, e a mãe tinha aquela coisa da superproteção e tal, e ela queria, já tinha tentado de todas as formas de cuidado, o pessoal do CAPS infantil, e não tinha avançado, e queriam esse cuidado agora no acompanhamento de alta. Tavam dando alta pra família e queriam passar. Então, a gente não tinha garantia dessa continuidade, essa discussão mais contínua, entendesse? Passaram, beleza. A equipe topou, a gente foi lá, fez a visita, tá discutindo, tá acompanhando o caso, mas a gente não tem agora o suporte do CAPS. A não ser por telefone, o CAPS infantil se a gente for demandar. E eu não sei, sinceramente, não sei se eles vão dar um apoio no sentido de continuar o cuidado. (P1)

E2 – VOCÊS TÊM ALGUM TIPO DE REUNIÃO DE ACOMPANHAMENTO COM ESSES CAPS INFANTIL? Não. Não. O CAPS Z³¹ que é o de adulto a gente tem. [...] A única vez que a gente teve esse contato, essa contrarreferência, foi numa época que uma residente nossa que estava no X (CAPSi). Então ela ficou muito preocupada com o caso e foi atrás coisa e tal, é.... foi bem interessante, mas a gente não costuma ter não. Já no CAPS Z a gente consegue mais facilmente essa contrarreferência, esse retorno. [...] É como eu te disse, eu acho também que pela minha demanda ser bem pouca em relação ao infantil, né e ao adolescente também...Aí... não tenho muito contato não... (P8).

Como se destaca na fala da entrevistada, a falta de articulação entre o NASF e o CAPSi se evidencia na própria condição de desconhecimento de casos no território. Essa condição se adequa ao modo de funcionamento das equipes do NASF, que termina operando apenas em casos específicos, demandados pela rede. A prática cotidiana e a inserção territorial da equipe é substituída pela iniciativa isolada de alguns profissionais.

Acho que faço uma autocrítica também. A gente, e que é partilhada. O NASF de maneira geral não conhece a rede como um todo. Todos os dispositivos de saúde mental. Eu não conheço todos os dispositivos de saúde mental infantil especialmente do, do meu território ainda, entendeu? Em alguns casos eu pude anotar na agenda e vou lá sozinho...[...] E foi legal. Outros eu não, a gente não teve, a roda viva não deixou que a gente fizesse isso. Mas eu já tinha falado para a minha equipe. Não, vamos fazer visita aos serviços, vamos conhecer, a gente regula e tal. Fizemos isso até um certo momento, e foi legal, mas não continuamos e acho que os CAPS infantil foi uma das coisas que faltou nesse sentido. De fazer uma aproximação. Uma demanda do NASF pra eles, pra que a gente possa vincular minimamente quando for necessário, sabe? Eu faço uma mea culpa disso também. Mas é isso... De maneira geral, a gente tem uma relação mais pontual com os CAPS infantis, né? E nem, e não tem um suporte na continuidade do cuidado que a gente faz com alguns casos. E outro aspecto é que a gente discute esses casos infantis com o matriciamento de saúde mental do CAPS transtorno, entendeu? (P1)

Em contraposição, algumas/ns psicólogas/os apresentam um quadro de articulação com os CAPS, indicando uma adequação ao que se espera na RAPS, com vistas à integralidade da

³¹ Codificação utilizada com o intuito de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

atenção. Esses resultados apontam especificamente as nuances de distintas equipes e seu modo de funcionamento, mesmo em condições de trabalho desfavoráveis, como a insuficiência de recursos humanos. *“Então é uma comunicação muito legal que a gente tem, que a gente passou um tempo sem, agora a gente trouxe de volta, aí juntava logo os três CAPS, o ad, nessa reunião, o ad, o infantil e o transtorno [...] É justamente isso que favorece a visão integral, né”* (P4).

O CAPSi tem até a distância física, é mais complicado (risos). E o CAPSi acho que ele atende a quatro distritos atualmente, então o quadro técnico de lá tá abarrotado de coisa pra fazer. Eles também não conseguem vir na área, mas a gente mensalmente vai fazer discussão de caso lá com o pessoal do CAPSi. Eles abriram esse espaço e é toda uma boa vontade. Tá faltando perna pra fazer esse matriciamento na área, que seria muito interessante se pudesse fazer. Mas a relação com todos os CAPS tem sido boa (P2).

No âmbito da articulação entre NASF e CAPS, não parece existir efetivamente um mecanismo referencial para a operacionalização dos serviços de modo sistemático. Nesse sentido, a lógica da rede termina por se sustentar na vinculação e no estabelecimento de laços de amizade e cooperatividade entre profissionais.

No AD né, teve um período que tinha um pessoal que **a gente tinha uma afinidade muito grande**, não só afinidade porque eles tinham essa facilidade dos redutores, tinham dois redutores. Hoje tem, mas assim, a gente tinha muita facilidade com esses dois. [...] Hoje tá um pouquinho mais assim mais afastado. Não quer dizer que a gente não possa botar, mas **essas duas pessoas não estão mais**. É mais assim, de como eu poderia dizer? Tem profissionais que tem essa abertura maior do que outros né (P6).

A esse respeito, Berger e Luckmann (1996/1966) destacam que os papéis desempenhados pelos indivíduos e sua introdução em áreas específicas do conhecimento socialmente objetivado não decorre de uma simples inserção em sentido cognoscitivo, mas também no sentido do conhecimento de normas, valores e mesmo emoções.

A gente assim, tem essa dificuldade em trabalhar em rede, articulada. **Normalmente a rede que funciona é a rede de telefone, é da amizade**, que não deveria ser, né? Mas infelizmente é. [...] Eu ligo: “Ó, - como a gente hoje tem uma rede de amizade - tô encaminhando assim, assim, assado. Quando atender, me dá uma devolutiva?!” Entende? Aí eles vão lá, atendem, coisa e tal, aí depois encaminham, se não encaminham eu ligo: “e aí atendesse? O que que foi discutido? O que você acha? É assim?” – “Não, P5, eu acho que não é assim não. Vamos sentar pra discutir?” – “Vamos sentar pra discutir”. Entende? Aí discute e tal, e assim vai. Menina, a gente briga demais aqui dentro, pra gente fazer com que as coisas aconteçam (P5).

Observam-se nesses relatos que é o compromisso e engajamento interindividual de alguns profissionais que possibilita o trabalho em rede. Entretanto, reconhece-se que a formação de vínculos de amizade entre profissionais não garante a concretização desse trabalho. A rotatividade de profissionais e a extensão da rede do município representam entraves nesse processo.

Quando você trabalha às vezes numa rede muito grande aí fica difícil [...] quando você trabalha dentro de uma dimensão que é uma rede, mesmo você **fazendo amizade** com muitas pessoas tem coisas que fogem né. Às vezes a gente entra em contato com um CAPS, fala com o pessoal, explica a situação e quando chega lá já é outra pessoa que não tava naquele dia e quando vai acolher aquela pessoa quebra todo o processo que a gente fez, né. Porque é tudo muito assim, grande. Extenso. Que foge da do desejo às vezes de a gente querer que uma coisa caminhe de uma forma que não dá, né? Isso, de uma forma assim no geral. Mas também, em outras situações, a gente vê também muita coisa legal. Pessoas que se importam, gente que entra em contato, que faz mais além do que deveria até né (P6).

Como descreve Franco (2006), no âmbito micropolítico, a rede de cuidados se forma pelo fluxo desenvolvido entre os próprios trabalhadores, os quais estabelecem conexões entre si. São redes, portanto, ativadas, que mantêm seu funcionamento pela ação de seus agentes, mediante um determinado projeto terapêutico.

Mas assim, não é um trabalho fácil não, porque às vezes você quer fazer mais, mas muitas vezes a gente não encontra tanta perna, entendeu? Porque assim, eu vejo pessoas muito comprometidas nos serviços, seja no CRAS, seja no CAPS, eu vejo pessoas assim que trabalham, trabalham bem feito, sabe? Que eu conto como parceiro mesmo, mas eu sei que eles vivem situações semelhantes ou às vezes até piores que a da gente, entendeu? Então assim, a gente também não vai poder fazer milagre, sabe? Mas eu acho assim, já o fato de serem profissionais que são comprometidos com o que fazem, eu acho que já ajuda (P1).

Finalmente, Couto e Delgado (2015) argumentam que o caráter inovador do CAPSi demanda acompanhamento e formações permanentes, tais como supervisão clínico-institucional. Nesse sentido, refletem que as estratégias de formação para os trabalhadores da rede de saúde ainda são escassas, comprometendo, dessa forma, o pleno exercício do mandato clínico que foi inaugurado pelo CAPSi, que envolve, inclusive o fortalecimento de vínculos entre profissionais. Outros agravantes apontados se referem à forte tendência à terceirização das contratações e baixos salários dos trabalhadores do SUS, e a incipiente compreensão e implicação dos gestores das áreas de saúde e saúde mental na montagem de redes locais e articulações do CAPSi com o território.

3.3.1.1.3 Nos ambulatorios?

O debate sobre o equipamento de saúde ambulatorio sobressaiu como ponto de destaque no discurso de todas/os as/os entrevistadas/os. Verificou-se que este tema tem sido amplamente discutido em espaços diversos, como fóruns de saúde mental, reuniões de distritos sanitários e categorias profissionais, embalado por embates e polêmicas.

É, uma outra coisa que, que... Que atrapalha muito a continuidade da articulação, de continuidade do caso, é a rede que não absorve. Se a gente pensar exclusivamente pra Psicologia, se pra outras áreas é difícil, saúde mental é mais, né? Tem gente na área que a gente consegue dar uma resposta enquanto NASF, mas tem gente que precisa

de um acompanhamento psicoterápico mesmo e o NASF não consegue dar essa resposta. A gente precisa do ambulatório. Aí a gente encaminha pro ambulatório, aí a pessoa vai esperar seis, sete meses (risos) pra conseguir ser atendido. Às vezes desiste, né? Então essa é uma dificuldade da articulação (P2).

Algumas/uns entrevistadas/os consideram que a insuficiência de ambulatórios constitui um dos principais furos da RAPS do Recife, sobretudo na atenção à infância. Situado no nível da média complexidade, os ambulatórios de psicologia e psiquiatria deveriam absorver demandas leves a moderadas de acompanhamento psicoterápico que não encontram lugar no CAPS/ CAPSi, espaço voltado para a atenção de casos mais severos. *“Coisas que precisariam de um acompanhamento ambulatorial, que não necessariamente a gente precisaria estar sobrecarregando o CAPS pra determinadas coisas”* (P3).

A seguinte entrevistada exemplifica e descreve os percalços para que a criança receba atenção à saúde mental diante de demandas que não se adequam ao “perfil” do CAPSi.

O CAPS infantil ele é pra uma demanda de crise, então assim, a gente também não pode tá... E a gente tá sempre junto com eles, que a gente não vai cobrir essa necessidade de uma psicoterapia com a criança, de um trabalho mais ameno com a criança, é crise, é transtorno, né? E aí a gente não tem como tá encaminhando pra lá caso que não é, que uma psicoterapia podia ajudar mais, né? Aí não tem. É muito difícil essa, essa questão pra uma criança. Quando eu vejo uma demanda que traz uma criança, que chega uma mãe, ou agente de saúde, ou alguém falando, eu fico preocupado. Eu digo “bom, eu vou fazer um atendimento”, mas já aviso que a gente tem dificuldades de encontrar uma solução pra isso aí. **Fica cego, no escuro.** Tem o caso de uma criança que ontem a gente tava discutindo o caso, ele tá com encoprese, tem cinco anos, tá com atraso de desenvolvimento, muito problema de convívio social na escola, agressivo, provocador, com muita dificuldade de conviver com os outros. A mãe não aguenta, disse que não aguenta mais, a escola disse que não aguenta mais, **já foi pro CAPS, não é demanda de CAPS**, eu mandei sabendo que não era, mas pra ver o que é que eles diziam. Não é, então eu encaminhei pro neurologista pra ver, porque ele não dorme e tem uns impulsos de autoagressividade, se machuca, muito agitado, então vamo ver a parte neurológica. Aí o neuro viu, disse que não tem nada [...] E **não encaminhou pra outro lugar, não fez nada, então fica a criança pendurada** (P4).

Observa-se que, de modo geral, o modelo de atendimento configurado pela lógica ambulatorial ainda é fortemente defendido pelos psicólogos atuantes na rede. Essa questão traz implicações diretas na oferta de atenção, pois acarreta na desconsideração das potencialidades existentes nos equipamentos ofertados. Por outro lado, sobressaem-se aspectos deficitários na rede, no âmbito de espaços que possam acolher demandas consideradas “leves”. Essas demandas deveriam ser resolvidas a nível de atenção básica ou encaminhadas para especialistas?

Se a oferta de ambulatórios e CAPS é insuficiente para a população adulta, verificou-se que quando se reflete sobre as possibilidades de atenção ao público infantil a situação se agrava ainda mais. Segundo as/os entrevistadas/os, a rede se mostra deficitária, sem espaço suficiente

para atender às demandas: “Mas às vezes num ambulatório a gente não tem como contar porque não tem um profissional que trabalhe com criança. Então, às vezes pra ambulatório tem mais pra adulto do que pra criança” (P6); “Agora tem uma lista de espera (na policlínica). [...] Outra coisa, Maria³² lá ela deixou claro assim, ela só atende crianças a partir de 7/8 anos mais ou menos, e às vezes também vem crianças meno... com idade menor que ai não tem” (P7)”.

Destarte, são identificados alguns relatos onde as possibilidades de encaminhamento para ambulatório são mais favoráveis. Isto se relaciona à oferta/ distribuição de psicólogos infantis entre distritos, como evidenciado abaixo:

É, na infância a gente é até privilegiado aqui no Distrito A e B, porque a gente tem 3, 3 ou 4 psicólogas infantis, uma no hospital... [...] E a gente tem a única psiquiatra infantil do município, né? [...] Então a gente tem até esse privilégio. Mas, não foge àquilo que a gente conversou, né? Não tem especialista suficiente pra dar conta da demanda (P2).

Outrossim, uma das psicólogas atuantes no NASF admite se preocupar ainda mais quando realiza encaminhamentos de crianças, pois avalia que nem todos os serviços da rede são devidamente qualificados para trabalhar com esse público. A entrevistada questiona a existência de locais de cunho pedagógico e revela não encaminhar para esses serviços, apenas para aqueles os quais possui confiança no referencial teórico-técnico da equipe.

Eu fico, vou ser muito sincera com vocês, tem alguns lugares que eu não encaminho, eu não encaminho. Porque eu não, principalmente quando é criança, porque o adulto ele chega, ele vai ver e se ele não gostar ele não vai mais. Mas a criança não. [...] Então criança eu só encaminho pros lugares que eu confio, eu sou bem sincera. E sei que outros profissionais, psicólogos, fazem isso também porque a gente fica com o coração na mão. Tem coisas assim... **normalmente eu só encaminho pra onde eu confio. Se for criança isso ainda aumenta.** [...] Trabalha com educação e assim, você vê que poderia ser visto outras coisas e não é e acaba atrapalhando, atrasando o desenvolvimento da criança ao invés de ajudar. Às vezes é melhor nem ir (P6).

A crítica ao “sucateamento” dos ambulatórios é evidente no discurso das/os psicólogas/os entrevistadas/os, na medida em concebem que se trata do único espaço disponível na rede para o usuário do SUS realizar um acompanhamento psicoterápico especializado.

O ambulatório não pode ser assim, tá degradado. Sim, tá degradado, como é que faz ambulatório então? Tem que pensar uma outra forma. Como é essa outra forma de ambulatório? Porque pra mim ambulatório é um espaço que o usuário do SUS tem pra fazer a psicoterapia dele! (risos) É o espaço que ele tem! (P2).

Nesse âmbito, cabe refletir minimamente sobre o lugar do ambulatório na RAPS sob o ponto de vista da gestão, no intuito de apresentar um contraponto de argumentos. De fato, tal como apontado por um dos psicólogos entrevistados, não há nenhuma proposição de expansão de ambulatórios por parte da gestão no plano municipal (RECIFE, 2014), tampouco têm sido

³² Nome fictício.

lançadas propostas de formação e concursos públicos para profissionais de psicologia atuarem nesse equipamento, tal como testemunhado pelo seguinte entrevistado:

O ambulatório, na verdade, tava sendo, tava morrendo por inanição, eu coloquei isso em algumas discussões, né? Por quê? O pessoal tá se aposentando e não vai ninguém pro lugar. Você não forma ninguém, você não faz um concurso, você não chama, você não tem... Nem tem, né? No edital de concurso não tem vaga pra ambulatório. Tem pra CAPS e tem pra NASF [...] Não sei se vocês já procuraram ver... Não consta ambulatório na RAPS. Porque eu disse “oh, isso aqui é uma coisa doida!” Como é que você não coloca um serviço dentro de uma rede, como se ele não tivesse importância, ele não precisasse ter na rede, e você demanda esse serviço o tempo todo? A atenção básica demanda, os CAPS demandam, todo mundo demanda o ambulatório. [...] **essa população, que não tá com transtorno grave pra ir pra CAPS, nem é alguma dificuldade que ele consegue resolver na atenção básica, vai pra onde?** (P2)

Na opinião desse entrevistado, a falta de investimento público no ambulatório de Psicologia guarda uma íntima relação com as características de uma clínica psicológica clássica: um acompanhamento semanal sem previsão de conclusão. Isto é, trata-se de uma “resposta lenta” (sic), que apresenta “poucos números” (sic) aos gestores.

A falta do ambulatório, do especialista, é uma coisa que tem pesado muito nessa articulação, não só em Psicologia, mas Psicologia acho que ainda tem um agravante particular.[...] porque é uma resposta lenta. Você tem poucos números para apresentar em Psicologia. Você vai fazer um atendimento em fisioterapia, por exemplo, você tem 10 sessões você tratou do caso, já tá andando, tá mexendo a perna, enfim. Você consegue fazer alguma coisa. Psicologia não. Psicologia você vai passar um tempão lá, toda semana indo, pra fazer o seu acompanhamento. Então não dá resposta em termos de números (P2).

Assim como em todas as entrevistas, a temática sobre ambulatório teve um lugar de destaque na narrativa da gestora. Em seu discurso, a informante ratifica a ausência de investimentos municipais no ambulatório ao reiterar que este serviço representa um “modelo falido” no âmbito do SUS: *“esse modelo é falido, ele não ajuda as pessoas”*.

Todavia, ao contrário das/os psicólogas/os entrevistadas/os a gestora evidencia que este posicionamento não é exclusivo para a área da Psicologia, mas tem relação com um debate que aponta o ambulatório enquanto equipamento de saúde que reproduz ações manicomialis. Nesse sentido, analisa que a dificuldade de acesso aos ambulatórios possui causalidades diversas, como a burocratização administrativa, a organização via marcação de consultas, as excessivas filas de espera, a insuficiência de vagas, a ineficácia na realização de altas, etc.

Como é que a gente vê também a clínica do ambulatório? Por que o ambulatório hoje tem filas quilométricas, pessoas lá inscritas no ambulatório há anos sendo atendida por psiquiatras e por psicólogos? Ai a gente diz assim, é porque a clínica não presta? Não é verdade. A clínica do sujeito ela é muito linda, ela é importante, mas ela é mal trabalhada. Porque se você fica lá perdendo em vista, dentro do ambulatório, quando você entra no ambulatório você cai o queixo de pessoas que não tinham que tá ali, mas tão lá já quatro, cinco anos. E aí tem uma acessibilidade que a gente tem que dar conta na política que é acesso. [...] Isso é uma polêmica que se cria né, colocando que a política inventou isso para que as pessoas tivessem acesso porque se fosse pegar cada uma no ambulatório não ia dar conta da demanda. Não é verdade (Gestora).

Segundo a gestora, a crítica ao funcionamento do ambulatório se apoia em outra ordem de justificativa: o paradigma psicossocial, o qual põe em relevo o sujeito em seu contexto sociocultural, desviando-se de ações psicologizantes e excludentes, que focalizam o problema no indivíduo.

É porque ela parte desse pressuposto, de que a lógica não tem que ser lá no consultório pinçado onde eu pego uma realidade subjetiva apenas quando uma criança que tá lá no meio de uma comunidade, ela não tem nada, ela não tem nada. Então como é que eu pego uma mãe que tem uma criança que tá numa crise, mas ela não tem comida em casa, ela não tem parceria, ela não tem família, ela é usuária de droga... imagine, aí eu vou pegar essa criaturinha, vou trazer pro meu consultório pra cuidar dela, como que eu vou fazer isso se quando ele volta tá tudo posto lá? Então assim, existe uma questão que é urgente (Gestora).

Assim sendo, pode-se perceber que a atenção à saúde mental possui fragmentações na ordem de inclusão de características típicas da população que atende: a vulnerabilidade e as condições precárias de vida. Por isso, a articulação com outros setores se torna imprescindível. A ênfase de um cuidado de base territorial também deve se ater a questões socioeconômicas e, como tal, a Assistência Social merece ser evidenciada como um setor chave para a consolidação de uma atenção integralizada.

Nesse sentido, a gestora destaca uma nuance acerca do dispositivo ambulatorial que merece ser destacado: a diferenciação entre ambulatório e ação ambulatorial. De acordo com a gestora, a ação ambulatorial rompe com as delimitações impostas de um espaço físico, centrando-se na intervenção e no sujeito. Essa distinção é um marco importante, pois no discurso analisado da grande maioria dos entrevistados havia uma separação entre ambulatórios e CAPS. Todavia, deve ser lembrado que os CAPS são serviços ambulatoriais territorializados (BRASIL, 2002). Desse modo, o que a gestora evidencia é a necessidade de incorporar no âmbito das práticas profissionais, o compromisso com a ação ambulatorial enquanto forma de cuidar, desprendida de muros e paredes.

Em momento nenhum tá dizendo que o ambulatório não vai existir mas assim, ação ambulatorial é uma coisa e ambulatório é outra. **Ação ambulatorial tem a ver com o cuidado, o ambulatório tem a ver com as paredes**, com as paredes com a operacionalização administrativa, com a forma que você lida com marcação de consulta [...] mas a ação ambulatorial ela pode acontecer em qualquer ponto de atenção da RAPS. Seja na atenção básica, no CAPS... o CAPS pode fazer ambulatório... qual o problema? Porque o problema é a ação ambulatorial, não é o ambulatório.

Essa discussão remete à possibilidade da construção de novas ordens de cronicidade no âmbito da atenção psicossocial, tratadas por Barros (2003). Nesse sentido, o autor se refere à cronicidade existente de um sistema desorganizado, com várias portas de entrada, mas poucas portas de saída, produzido mediante a ausência ou à fragilidade de uma rede de atenção à saúde

efetiva. Ademais, e muito apropriadamente, há a cronicidade relacionada às dificuldades dos dispositivos, profissionais e modos de gestão em estabelecer um diálogo entre a clínica e a análise de processos institucionais e trabalhistas. Desse modo, as marcas dos especialismos e da segmentarização não são superados na aliança entre formação permanente e práticas profissionais (BARROS, 2003).

Assim, em consonância com as diretrizes preconizadas pela saúde mental e, mais especificamente, atenção psicossocial, foram criados espaços de co-gestão e construção de um cuidado intersetorial, como os grupos de trabalho, fóruns de saúde mental e fóruns distritais:

O ambulatório já temos um GT de discussão do lugar do ambulatório na RAPS, porque isso tá sendo puxado pela coordenação porque o ambulatório também não pode funcionar como tá, nos moldes tradicionais com uma lógica dessa que ele não calha, é como se ele não tivesse mais espaço ali. [...] E agora nós temos também o Fórum né, que é os fóruns distritais, cada distrito tem um fórum. Então os CAPS ficam dentro de um distrito onde tem um fórum distrital né. [...] Então esse é o lugar pra fazer rede, é um fórum intersetorial, ai lá tem educação, assistência, justiça, vai todo mundo pra lá (Gestora).

Portanto, embora seja corrente a prática de encaminhar as crianças para serviços especializados, é unânime no discurso das/os entrevistadas/os que a constituição de rede de cuidados à saúde mental infanto-juvenil se apresenta como um grande desafio no atual contexto, sendo uma questão que gera inquietação para as/os psicólogas/os do NASF. Eles são categóricos ao afirmam que os serviços disponíveis são insuficientes para atender à demanda de sofrimento psíquico infantil do território.

O que a gente queria é que tivesse esse suporte, essa referência na rede que a gente pudesse encaminhar, então nesses casos eu fico numa situação... Eu e meus colegas quando a gente se reúne em reunião de categoria, a gente fica num sofrimento, porque a gente não tem o que fazer com essa demanda, a gente não tem o que fazer com essas crianças. Existe no Guilherme Abath um trabalho de psicomotricidade, mas é insuficiente, porque só existe essa referência. E existe também... Tem a policlínica, que passou, passaram-se dois anos sem nenhum profissional, aí colocaram uma profissional muito boa, mas ela não dá conta, um profissional só não dá conta. **Aí o que acontece? A criança fica solta, fica sem referência de fato (P4).**

Outra orientação oferecida pelos profissionais para os familiares das crianças é o de insistir em buscar o direito de acesso à saúde.

Aí às vezes eu até aconselho, né, procure o direito, né? Vai em volta desse direito, da criança ser atendida, enquanto mãe não se acomode com isso porque aí vai crescer e o que é um problema pequeno hoje vai se transformar num problema maior, né, social, de dificuldade de aprendizado e tudo. E dificuldade de aprendizagem é outra coisa que precisa de um profissional específico, psicopedagogia, uma clínica, alguma coisa assim, não tem (P4).

“A criança fica solta”, “pendurada” ou “totalmente desassistida”. É o que revelam as/os psicólogas/os entrevistadas/os.

Milhões [de desafios], mas principalmente em relação a criança. Porque, por exemplo, quando eu tenho uma criança com dificuldade de aprendizagem [...] Quando eu tenho criança que eu consigo fechar um diagnóstico e eu vejo que essa criança tem um traço de autismo, como é que eu faço? Quem é que vai cuidar dessa criança? Vai pro CAPS? Entende? Então assim, é muuuuito difícil, [...] porque **elas ficam desassistidas mesmo!** (P8)

3.3.1.1.4 Nas clínicas-escola?

Observou-se que uma estratégia comumente utilizada pelas/os psicólogas/os do NASF para “driblar” esse problema é orientar as/os usuárias/os (sobretudo crianças e suas famílias) a buscarem clínicas populares ou clínicas-escola (vinculadas às instituições de ensino superior públicas e privadas) que oferecem acompanhamento ambulatorial a preços reduzidos.

Você também não pode tá encaminhando criança pra qualquer pessoa né, a gente tem usado muito assim, as clinicas-escola que é o que tem dado muito apoio pra gente. Normalmente quando é criança eu tenho mandado muito pra FAFIRE e pra Católica, tenho assim, pelo menos depois o pessoal fala que tem gostado (P6).

Contudo, reconhecem que em geral são valores inacessíveis para grande parte da população usuária do SUS.

E aí **eu dou uma opção pra quem pode pagar** alguma coisa porque é oito reais a taxa. Até saiu essa semana um, eu não me lembro qual foi o canal de TV que saiu, mostrando uma, a clínica escola da Uninassau, que fica ali no Derby próximo ao Hospital da Restauração. E a clínica de psicologia infantil lá é muito boa que eu sei porque já tive retorno de pessoas que levaram. Aí é oito reais, que é pouco né, relativamente pouco. Aí quem pode dispor desse valor aí eu até digo “olhe, fale lá porque às vezes eles ainda diminuem mais pra poder ficar”, pra que a pessoa não deixe de ir. Então eu encaminho muita criança pra lá, na Uninassau. [...] e quando não tem mesmo aí a gente não tem pra onde encaminhar, tem que ficar na lista de espera (P7).

Contextualiza-se que, os serviços-escola, ao possibilitarem a aplicação das teorias e técnicas aprendidas em sala de aula, cumprem o objetivo de atender à necessidade de formação dos cursos de Psicologia (AMARAL et al., 2012). Para Amaral et al. (2012) as clínicas-escola possuem dois tipos de clientela, a saber: a de alunas/os, cujas demandas estão relacionadas a objetivos educacionais e desenvolvimento de competências, e a de outros segmentos da sociedade que são atendidas nesses serviços, com suas demandas e necessidades específicas. Considerando que muitas vezes esses clientes contam apenas com essa modalidade de atendimento quando oferecido pelas universidades, as autoras julgam que as clínicas-escola desempenham um importante papel social na atenção psicológica de populações economicamente desfavorecidas.

A esse respeito, Spink (2013) destaca que as clínicas-escola representaram formas alternativas de inserção da Psicologia na sociedade. Ao disponibilizar atendimento às populações socioeconomicamente desprivilegiadas propiciaram a construção de novas

dimensões do cuidado em saúde. Apesar de muitas vezes atuarem num modelo pautado na clínica do sujeito em isolamento e submetido a uma ordem biomédica, centralizando a atenção a aspectos intrapsíquicos, houve uma abertura aos níveis socioculturais e econômicos, reestruturando (mas sem ruptura com) a noção de clínica focada no indivíduo.

É fundamental contextualizar que essa discussão se apoia no projeto neoliberal do Estado brasileiro, o qual pressupõe “o recorte da realidade social em esferas” (YAMAMOTO, 2007, p. 33). Convencionou-se chamar o Estado, o mercado e a sociedade civil de Primeiro, Segundo e Terceiro Setores, respectivamente. Desse modo, postula-se que as responsabilidades pelas sequelas da questão social não são de exclusividade do Estado, sendo compartilhadas com o mercado, a partir das privatizações – como no caso das clínicas-escola privadas e clínicas populares –, e com a sociedade civil, concretizadas nas ações solidárias, filantrópicas e voluntárias – a exemplo das APAES e demais Organizações Não-Governamentais (ONGs) (YAMAMOTO, 2007). Yamamoto (2007) reflete que esse tipo de configuração da esfera pública brasileira traz como consequências um atendimento segmentado a partir da oferta de serviços com qualidades distintas em função do poder aquisitivo do cliente. Para o autor, “a lógica geral passa a ser algo como: (a) estatal-gratuito-precário; (b) privado-mercantil-boas qualidades e (c) filantrópico-voluntário-qualidade questionável (e virtual ausência de controles)” (YAMAMOTO, 2007, p. 33).

Ademais, salvaguardado os benefícios desses serviços não só para a população como para as/os alunas/os em formação, reflete-se que este tipo de encaminhamento, essa “opção dada”, tal como relatado por um entrevistado, é uma alternativa de resolutividade pautada numa prática de desresponsabilização com o usuário. À medida que destitui o profissional atuante assim como a própria RAPS de garantir o direito ao acesso universal ao sistema de saúde, o atendimento do usuário fica condicionado a alguns fatores, tais como: disponibilidade de vagas nas clínicas-escola e possibilidade do usuário custear o seu deslocamento ao serviço e o próprio atendimento, geralmente cobrado (mesmo que em valores populares) em instituições privadas.

Evidentemente, os serviços do Terceiro Setor não foram mencionados na narrativa da gestora, que tratou da rede pública de saúde do Recife disponível para a atenção às demandas de saúde mental de crianças e adolescentes, com destaque para os CAPSi e os NASF, na rede municipal, e as enfermarias e leitos integrais, na rede estadual: “*esse é um panorama de como tá a rede de saúde mental hoje. Mas Recife tem uma proposta de linha [...] porque ele tem os quatro CAPSi, ele tem NASF na atenção básica e ele também tem as questões dos leitos integrais*” (Gestora).

Nesse âmbito, cabe destacar a transparência e o posicionamento crítico subjacente à sua narrativa. Apesar de ocupar um cargo de gestão, muitas vezes marcado por uma série de questões políticas, a gestora desvelou impasses, barreiras e retrocessos da rede do Recife.

Tem que se repensar como vai fazer, são práticas que precisam discutir né, mas em torno do geral é isso que você vai encontrar na rede né, e vai escutar as coisas não tão postas as pessoas têm dificuldades, tem muitos gargalos mesmo, mas eu acho que a maior questão é essa daí. A gente poder repensar essa prática com a atenção básica, com leito integral (Gestora).

Nesse sentido, considerando a apontada necessidade de se “repensar práticas”, assim como essa importância atribuída ao NASF no tocante à saúde mental infantojuvenil, interroga-se então: Qual o lugar da criança nas atividades desenvolvidas pelas/os psicólogas/os do NASF? Como suas práticas são pensadas e vividas nesse contexto?

3.3.2 Experiências e práticas profissionais do psicólogo na AB e no NASF: “Cada dia você tem mais um... um desafio. Acho que é essa palavra mesmo, desafio”

Este eixo de discussão versa sobre o cotidiano de trabalho das/os psicólogas/os no NASF, abarcando desde as atribuições institucionais aos desafios enfrentados no desempenho desses papéis. Nesta categoria estão descritos e analisados as especificidades e desafios vivenciados por tais profissionais no cotidiano de suas atuações no NASF, com destaque para um conjunto de críticas tecidas às condições de trabalho nesse contexto.

3.3.2.1 A (des)estrutura física da AB: “A gente não tem absolutamente nada!”

De modo geral, as queixas relativas à ausência de infraestrutura da Atenção Básica centralizam-se em três aspectos principais: 1) ausência de espaços que se configurem como ponto de apoio adequado para as equipes NASF; 2) precariedade das unidades de saúde da família; 3) impossibilidade de veículo para deslocamento das equipes e proposição de atividades engajadas com a lógica da intersetorialidade e integralidade em saúde.

Os problemas relativos à infraestrutura foram um dos aspectos fortemente salientado pelas/os psicólogas/os entrevistadas/os, sintetizado no relato seguinte: “*Aí agora saiu o carro, você não tem recurso, você não tem material, você não tem nada! Você nem sequer tem apoio de uma gestão, né? Diz assim, não tem nada, nós vamos se apoiar, vamos fazer escuta juntos, vamos melhorar, a gente não tem absolutamente nada...*” (P8).

Primeiramente, ressalta-se a ausência ou insuficiência de espaços de apoio para as equipes NASF e desenvolvimento de suas atividades, tais como atendimentos individuais e em grupo: *“A questão do NASF é que ele tem que tá num ponto de apoio que seja da sua cobertura. Tem alguns NASFs que tã nessa configuração, mas a gente não tem ponto de apoio [...] Hoje mesmo eu disse, meu Deus, é uma sensação de angústia”* (P3).

A gente tinha antes uma sala do NASF que era uma sala administrativa do NASF, um local, ponto de apoio pra gente. [...] Só que aí depois mudou a gestão, quando mudou essa gestão pra Geraldo Júlio, aí a nova diretora lá disse que não achava que o NASF tinha que ficar lá. [...] Resumindo a gente não tem ponto de apoio mais. [...] você além de lidar com uma série de dificuldades você não tem a menor estrutura assim física mesmo pra você ter um ponto de apoio, entendeu? Se você abrir a mala do meu carro é cheio de coisas do NASF, porque até é, registro de paciente, essas coisas, porque eu carrego comigo porque não tem onde botar. A gente é tinha um armário nessa sala mas aí acabou-se tudo! Resumindo, a dificuldade tá muito grande (P7).

Deve ser destacado também que apesar de sua vinculação com a AB, o NASF não constitui porta de entrada do sistema aos usuários, mas sim oferece apoio ao trabalho das equipes de Saúde da Família. Por isso, preconiza-se que os NASF não possuem unidades físicas independentes, devendo lidar diretamente com as demandas identificadas com as equipes de saúde com as quais se vinculam (BRASIL, 2011a).

Diante disso, é importante esclarecer que as reivindicações dos profissionais entrevistados não se voltam para a criação de estruturas físicas próprias para o NASF, mas sim, que sejam disponibilizados espaços adequados que sirvam como ponto de apoio para suas atuações profissionais.

Reflete-se, todavia, que esta questão se insere num contexto mais amplo de sucateamento da Estratégia Saúde da Família. As condições precárias das próprias unidades de saúde (por exemplo, escassez de água, iluminação, refrigeração e insumos básicos como medicamentos para hipertensão e diabetes) emergem como barreiras para a atenção à saúde na atenção básica: *“Começaram a reforma e não terminaram, várias salas é com o teto de gesso quebrado [...] Tem problemas de infiltração em outras, são coisas assim, tem lugar que você não consegue fazer nada”* (P7).

Se eles soubessem o potencial que é realmente a atenção básica ia diminuir muito as demandas para a atenção especializada. Mas não investem. E olhe que é... é a primeira, né? Assim, a porta de entrada pra qualquer coisa. E a gente que tem que encaminhar pras outras. Você vem pra cá não tem... Agora mesmo eu fui... “minha gente, vocês têm pomada aí? De alergia?”. – “Não, não tem”. Entende? Às vezes falta Lanceta falta um remédio de pressão, isso não pode faltar porque são medicações básicas, né? [...] Por exemplo, eu trabalho no Bairro Y, que se vocês forem lá vocês vão ver totalmente diferente da realidade daqui, né. [...] é uma briga! Quando eu quero atender, quando eu marco, a gente tem que chegar de 7 horas da manhã, atender de 7 às 9h pra poder liberar o consultório pras outras equipes começarem a atender. Então é uma coisa assim totalmente diferente. E lá não tem ar condicionado, as salas, tem salas que são duas fiações, um lado tem ar condicionado, outro lado não tem. Um lado tem energia

o outro não tem. Um lado tem água o outro não tem. Às vezes o banheiro funciona, às vezes não funciona. A farmácia hoje tá com ar condicionado, mas há seis meses atrás não tinha ar condicionado. Então, né, a questão das medicações totalmente... Fugia tudo que é pra ser, né? E aí é assim, sabe, é um corredor, sabe? Cheio de gente, você não consegue passar, você não consegue por exemplo fazer uma sala de espera, pra trabalhar as temáticas. Você não consegue trabalhar lá porque é uma gritaria, né. A recepção é o caos... (P5)

Segundo várias/os entrevistadas/os, houve cortes orçamentários por parte da gestão que repercutiram na indisponibilidade de veículos para deslocar as equipes ao território. A inexistência e/ ou insuficiência de transporte para o deslocamento das equipes para o desempenho de outras funções, tais como reconhecimento do território, visitas domiciliares e reuniões intersectoriais, atribuições fundamentais no âmbito do NASF. Ou seja, trata-se do/a psicólogo/a, em conjunto com outros profissionais, direcionarem-se até o território e/ou a residência do sujeito quando este não possui condições de se deslocar até a unidade ou mesmo para reconhecer a dinâmica familiar e as condições de vida da clientela adscrita.

As visitas domiciliares foram muuuuuito prejudicadas agora, desde o final do ano passado é, foi retirado o...o carro. Se tinha um carro para dividir por duas, três equipes NASF, hoje não temos carro pra absolutamente nada. Então a gente vai no território, a gente fica altamente vulnerável. Então assim, a prática da gente tá bem reduzida né, desconheço quem 'teja fazendo diferente [...] à medida que a gente também for, se a gente vai num carro particular não é coberto de forma nenhuma por esse trabalho, né? Então a gente corre o risco e se coloca em situação de risco sem tendo a cobertura de nada. Então a gente não faz... então tá bem reduzida mesmo... então eu tenho vários casos de pessoas acamadas que tão aguardando visita e que não vão ser visitadas nem tão cedo... É bem difícil (P8).

Nesse contexto, muitos apontam os perigos envoltos em acessar áreas de vulnerabilidade e violência social desprovidos de veículos e outros materiais (como vestimenta e crachá) que viabilize a identificação do profissional de saúde.

A gente antes tinha uma Kombi, tinham 3 carros e agora a gente tá com 2 carros pra 5 equipes do NASF, entendeu? Então assim, um motorista falta ou adoce, qualquer coisa, desestabiliza todo mundo porque a gente fica tentando manter as agendas de como vai, porque assim, tá na portaria a garantia de transporte, entendeu? Porque veja, a gente tá entrando num território que não é o território da gente, a gente tem que ter uma retaguarda de um carro da prefeitura, que tem lá a instituição para ver que a gente tá ali na comunidade pra ajudar. Vai eu num carro que ninguém conhece. Como já teve caso de pessoas de serem ameaçadas de outra equipe. Isso com o carro da prefeitura foi ameaçado, agora e se fosse no dela? Tu tá entendendo? Então a gente já viveu situações desse tipo. Então assim, a gente com duras penas é que a gente tem conseguido. A gente veio conseguir colete recentemente, esse crachá a gente veio receber esse ano, entendeu? Ou seja, dois anos depois é que a gente veio receber uma identificação. São coisas mínimas que passam despercebido, mas que são importantes para o processo de trabalho da gente. Veja, não é um crachá que vai fazer o meu trabalho não, mas é de você se chegar num lugar e a pessoa saber que eu faço parte de uma instituição pública, sabe? (P3).

Assim sendo, verificou-se que quase todas/os as/os psicólogas/os entrevistadas/os ressaltaram algum problema relativo aos recursos físicos no âmbito da atenção básica,

configurando um contexto de condições de trabalho precário, desmotivante e limitante para os profissionais.

O primeiro ponto foi isso, a motivação profissional. Ê... porque tudo é uma luta, mas quando você acredita que essa luta vai ter uma recompensa que vai melhorar as coisas e você continua lutando. Mas quando você vê que não, que só vai piorar, que as coisas só tende a piorar, você cansa de lutar e você tende a estacionar, né? Então é isso que tem acontecido! (P8)

A gente vive num sufoco, eu acho que isso é da estratégia de saúde da família no Brasil. Em parte essa é uma discussão, é... Uma dificuldade que, que é, que é nacional. A estratégia de saúde da família mesmo, é... Em realizar, em ampliar a sua capacidade de resolução de problemas de saúde, a sua capacidade de construir vínculos com usuários, a sua capacidade de mudar o paradigma de saúde, de cuidado, de atenção, de modelo à saúde de atenção primária a saúde no Brasil. Então o sufoco que a gente vive parte, é o sufoco que todos os profissionais da estratégia de saúde da família no Brasil vivem. Ê... Isso afeta, naturalmente, o NASF, que aí tem uma outra discussão que talvez é mais... Certamente é mais nova, do que a própria estratégia de saúde da família. A estratégia de saúde da família vem questionando, e o SUS de maneira geral, mas a estratégia de saúde da família, a profissão de saúde, a formação, há muito tempo, vive num tensionamento, num conflito. Coloca os profissionais nesse conflito (P1).

3.3.2.2 (Des)composição das equipes NASF: “*Tá faltando profissional!*”

Anteriormente apresentou-se o NASF como um equipamento de saúde que se constitui de equipes de profissionais de diferentes áreas, atuantes de forma integrada no apoio dos profissionais das eSF. Está previsto que as seguintes categorias profissionais podem compor o NASF: médico com diversas especialidades (acupunturista, ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, geriatra, homeopata, internista, veterinário, etc.), assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, profissional com formação em arte e educação (arte-educador), e profissional de saúde sanitaria³³ (BRASIL, 2011a). Revela-se nessa proposta o intuito de oferecer ações menos focadas nas especialidades médicas, estendendo os cuidados em saúde para as práticas alternativas (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, o NASF pode ser organizado em três distintas modalidades, diferindo no que concerne à carga horária semanal dos profissionais atuantes e ao número de equipes a este vinculadas. O NASF tipo 1, por exemplo, apoia de 5 (cinco) a 9 (nove) equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas e cada profissional deve ter carga horária semanal mínima de 20h e máxima de 80h (BRASIL, 2012b). No caso das/os psicólogas/os entrevistadas/os, todas/os se inserem nessa modalidade NASF.

³³ Profissional graduado na área de saúde e com pós-graduação em saúde pública ou coletiva.

Esclarece-se, contudo, que nem todas as referidas especialidades compõem as equipes NASF. A formação de cada uma delas deverá ser definida pelos gestores municipais, a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2012b), tal como evidenciado por algumas/ns psicólogas/os ao se referirem à composição das equipes as quais fazem parte:

A composição também da equipe NASF é de acordo com o território, então assim, o território da gente foi considerado como território de reabilitação, mas tudo que eu mais vejo é saúde mental. É... (risos) Tanto é que temos duas fisio de 20h, uma foi exonerada, né? E assim, mas... O que mais a gente observa é saúde mental, assim, não desmerecendo a questão da reabilitação, mas é muito caso mesmo, sabe? (P3)

No NASF, fisioterapeuta e fonoaudiólogo são reconhecidos como profissionais de reabilitação, enquanto psicólogos, terapeutas ocupacionais são apontados para a saúde mental (BRASIL, 2010b). Porém, conforme observado, no cotidiano da atuação estas categorias atuam de maneira interdisciplinar face às demandas emergentes e visando à integralidade da atenção.

É... a TO, como é uma profissão que abrange muita coisa, reabilitação, saúde mental, então é... e a demanda de saúde mental é muito grande, então ela se insere também nos casos de saúde mental. Aí ela também participa das reuniões às vezes, mas é mais frequente eu e a assistente social (P4).

Ademais, as/os informantes revelam que o desfalque de equipes NASF constitui um desafio para a construção desse dispositivo. *“Não, não tem psiquiatra, é... Psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, só. A gente tinha farmacêutico mais saiu e tinha, é... Sanitarista que saiu também”* (P4); *“Psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista... (breve pausa). A gente deveria ter TO também, mas não tem, terapeuta ocupacional. Deveria ter”*. (P2).

Como apontado no método, todas/os as/os psicólogas/os do NASF revelaram que suas equipes são desprovidas de psiquiatra, enquanto outras também não contam com o profissional de Terapia Ocupacional. Segundo alguns, devido ao próprio desinvestimento dessa categoria profissional em atuar no nível da atenção básica. Assim sendo, em geral, as demandas de saúde mental ficam à cargo do psicólogo como profissional de referência. *“Psiquiatra é difícil. Eles não querem ir pra, pra... [...] todo tipo de seleção de concurso se abre pra psiquiatra, mas geralmente fica sobrando vaga. O pessoal não se interessa muito pela área não”* (P2). *“O psiquiatra foi o primeiro a sair. Ele não, além dele não se adaptar ele achou que tava faltando muita coisa”* (P7).

E aí a gente tá faltando uma assistente social, tá faltando um terapeuta ocupacional e tá faltando um psiquiatra que a gente, porque eu não sei se vocês sabem que é dividido aqui, né? Foi dividido em dois tipos de NASF, o NASF da área de reabilitação e de saúde mental. Então o de saúde mental era pra um psiquiatra compor a equipe da gente, mas nenhum quis vir (P5).

Nesse âmbito, embora a normativa aponte que os profissionais que compõem as equipes NASF devem se conformar às demandas e necessidades do território, de fato, há uma adequação aos (des)interesses das categoriais profissionais (sobretudo no caso dos psiquiatras) e aos (não) investimentos da gestão, tal como evidenciado por algumas/uns entrevistadas/os: *“Tem uma falta de investimento no NASF, porque aí assim, equipes desfalcadas né?”* (Gestora); *“A dificuldade eu acho assim da infraestrutura, da falta de recursos humanos, entendeu? Porque nem todas as equipes do NASF estão completas”* (P3).

Algumas/ns psicólogas/os atuantes há mais tempo no NASF, narram uma trajetória de recuos e discontinuidades na consolidação desse dispositivo, sobretudo no tocante à composição das equipes, refletindo o quanto isso compromete a atenção ofertada segundo os princípios preconizados.

No começo nós entramos, era uma equipe muito sólida, muito firme, uma equipe que tinha muitos profissionais provindos de residência então mesclava com quem não tinha vindo de uma residência, mas que tinha outras formações e tinha muito assim... existia um tesão muito grande, uma vontade de fazer acontecer e de mudar! Então existia um compromisso de todas as pessoas que estavam ali, sabe? Embora não tivesse a estrutura, tinha todos engajados numa causa que queria fazer aquilo valer e dar certo. Então tinha um... primeiro ponto, a motivação do profissional que fosse... (riso), né? Com o tempo que vai passando... isso era muito forte na equipe da gente. [...] essa equipe foi se desfazendo, né? As pessoas foram saindo...ou uma passou, foi chamada em outro concurso e foi se desfazendo. E aí a gente percebe que essa equipe não volta a ser recomposta. A gente entrou com 10 profissionais, ela foi se desfazendo e ela não é recomposta a tempo. Hoje nós contamos com uma equipe de 7 profissionais, tem NASF que tem três profissionais, né? É... Então assim, é bem difícil isso, então eu percebo isso (P8).

Reflete-se que este quadro impõe um elemento de dificuldade relevante para o cuidado de crianças na conjuntura do NASF, tendo em vista que fragiliza as ações em saúde mental e representa mais uma sobrecarga de trabalho para os/as profissionais atuantes, incluindo psicólogos/as.

É importante contextualizar que o processo de (des)composição das equipes em detrimento da promessa de ampliação e consolidação deste equipamento não é condição exclusiva do NASF, mas um reflexo de toda uma conjuntura político econômica e sócio-histórica que não privilegia o investimento na atenção primária à saúde.

No Plano Municipal de Saúde 2014-2017, é reiterado que o investimento na atenção básica contribui para a consolidação da integralidade, resolutividade, equidade e eficiência do sistema de saúde, na medida em que tais serviços se organizam em função das necessidades de saúde da população adscrita. Ademais, apresentam os seguintes aspectos positivos:

apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; são equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres; representam a primeira linha de cuidado no enfrentamento das condições crônicas e impactam significativamente nos níveis de saúde da população (RECIFE, 2014, p. 53).

Por isso, a gestão municipal 2014-2017, liderada pelo prefeito Geraldo Júlio, propôs ações para fortalecer as linhas de atuação no nível da atenção básica, dentre estas, ampliar a cobertura da ESF de 48,4% para 60%, construir 20 Upinhas/USF³⁴, qualificar a estrutura física de 50% das USF já existentes, e ampliar o quantitativo de ESF vinculada às eNASF.

Os resultados encontrados, todavia, contrariam esta proposta de investimento. Embora todos os distritos sanitários do Recife possuam dispositivos no nível de atenção básica, em geral por eSF ou eACS, a cobertura ainda é insuficiente para atender à população. *“Recife tem, é atenção básica né em todos os distritos sanitários, o 5 é o que tem menos cobertura em relação aos demais, mas assim ainda é ruim a cobertura do PSF”* (Gestora).

A gente não teve nenhuma equipe formada nessa gestão atual da prefeitura. [...] 2013 pra cá... [...] Não foi formada nenhuma equipe de saúde da família no município. [...] foram feitas algumas reformas em postos de saúde, que tavam precisando, as que chamam de upinha na verdade são PSFs com uma estrutura boa. Mas ele pegou equipes já formadas que tavam lá (Risos). Tá entendendo? [...] Ele transferiu, não expandiu o programa. [...] E eu acho isso muito complicado, né? Pra gente prestar uma, uma atenção à saúde mais adequada. Eu acho que o PSF é uma estratégia por excelência. Pra gente chegar na saúde comunitária, né? Mas a gente não tem essa, não tem tido essa expansão (P2).

Destarte, importante frisar que nem toda ESF apresenta cobertura por NASF. Ou seja, segundo as/os entrevistadas/os apenas metade das ESF do município, que já possui baixa cobertura, contam com vínculo com equipe NASF. *“E a cobertura do NASF do Recife é um pouco mais de 50%, 54% em relação às equipes de saúde da família. Não é uma cobertura, é... Tão bacana assim”* (P1); *“Só que tem o seguinte: menos da metade da cidade tem PSF, né? Então a gente tá falando aqui de uma relação de cuidado à saúde em área de PSF. Mas isso corresponde a menos de 50%. Da cidade. E menos ainda de área de NASF”* (P2).

Apesar desse quadro, algumas/ns informantes revelam o reconhecimento que o equipamento NASF adquiriu junto às eSF em termos de resolutividade, ampliação e consolidação das ações da atenção básica.

A defesa do modelo do NASF é muito importante na cidade do Recife e faz com que, apesar de todas as dificuldades de infraestrutura, de processo de trabalho, de formação de profissionais que vem antes pra essa experiência, apesar... Só pra citar alguns das dificuldades... Esse modelo, é... Garante a... Uma força, uma potência, a resolução de muitos problemas, uma diferença na equipe de saúde da família. Não é à toa que as equipes de saúde da família que não tem NASF querem NASF e falam “ah, minha equipe não tem... e as equipes que não tem NASF?” (P2).

³⁴ Foram denominadas de “upinha” as unidades de saúde da família que sofreram reformas na estrutura e horário de funcionamento por parte da atual gestão. Proposta esta criticada por mais de um entrevistado: “Por conta da nova gestão ele quis dar uma nova roupagem às unidades de saúde da família, né? É uma unidade de saúde, sendo que com nome de Upinha [...] por questões políticas. E aí funciona de segunda à sexta como unidade de saúde, de 7h da manhã às 7h da noite. A partir das 7h da noite aí é uma urgência, aí eles atendem toda a comunidade da área descrita” (P5).

Então assim, a partir do momento que eles diminuíram o quantitativo de equipes por equipe NASF, de equipe de saúde por equipe NASF, eles disseram que iam ampliar isso, há dois anos atrás. Não teve essa ampliação de contrato ou de concurso, não teve. Aí você vê realmente que essa gestão eles não dão prioridade à atenção básica (P5).

Alguns dos resultados apontados até aqui convergem com aquilo que Reis, Giugliani e Pasini (2012), Alves (2016) desvelaram a respeito da precariedade da infraestrutura dos serviços públicos, tanto na saúde como na assistência social. A precarização das condições de trabalho é um ponto significativamente presente nas falas dos profissionais que estão inseridos no cotidiano de trabalho das políticas públicas, tal como verificado por Reis, Giugliani e Pasini (2012). Em consonância, Soares, Susin e Warpechowski (2013) evidenciam que esse contexto tem se caracterizado pela insuficiência de profissionais e, por conseguinte, composição incompleta de equipes, devido à alta rotatividade e fragilidade dos contratos temporários. Assim, no tocante aos processos de formação e demais condições concretas de trabalho no âmbito da AB, muitos entraves foram revelados pelas/os psicólogas/os entrevistadas/os.

3.3.2.3 Das questões trabalhistas a (não)formação dos profissionais: *“Aí você vê realmente que essa gestão não dá prioridade à atenção básica”*

Nesse âmbito, verificou-se que o tipo de vínculo, via contrato temporário ou concurso público, configura-se como um desafio para os profissionais atuantes no NASF, visto que impõe diferentes condições de trabalho. Conforme descrito anteriormente, das/os 8 (oito) psicólogas/os entrevistados, apenas 2 (dois) se inseriram nesse dispositivo via concurso público. O único concurso público realizado desde a implementação do NASF ocorreu em 2012. Foi informado que apenas alguns aprovados foram efetivamente convocados a assumir posse. *“Quando o NASF foi implantado aqui em Recife começou por contrato, né? Então há dois anos atrás teve o concurso, mas o concurso foi pra preencher as vagas do distrito sanitário e hoje”* (P5); *“Existe, tá existindo, eu acho que vocês devem tá acompanhando, uma crise muito grande, por quê? É isso que eu ia falar. Só o distrito VI é que entraram o pessoal do concurso do NASF, aí o distrito I... Fora o VI, até o VIII, do I até o VIII, exceto o VI, são prestadoras”* (P7).

Sendo assim, as/os demais 6 (seis) psicólogas/os possuem vínculo por contrato, em geral, há mais de 5 (cinco) anos. Segundo opinaram, este é um aspecto fundamental na construção e consolidação do SUS, tendo em vista que o concurso público, potencialmente, oferece maior dignidade de condições de trabalho, além de segurança e estabilidade ao profissional de saúde para questionar, criticar e refletir sobre o trabalho realizado quando

comparado ao vínculo por contrato, que pode ser facilmente rompido diante de mudanças ou insatisfações por parte da gestão.

Agora vá pra atenção especializada, aí você consegue ver umas coisas de melhoria, né? Mas a gente tá muito sucateado assim, muito esquecido. Aí quando vai questionar... vai questionar o que, né? Ou você fica calado pra você manter o seu emprego, porque você precisa e você é contrato, você não é servidor (P5).

Tem uma outra coisa que é lugar do trabalhador, não só na cidade do Recife, entendeu? Mas no geral. É... No SUS o trabalhador é mais respeitado, nesse sentido, então a gestão ela é mais ponderada, como o fato de ser concursado, né? E o concurso em si traz mais dignidade pra esse trabalhador, não tenho dúvida, na... No seu processo, né? Isso... Porque na verdade ele pode reclamar do seu trabalho, né? Fazer uma crítica, minimamente. E outros profissionais contratados do NASF não tem esse espaço, não tem esse direito, então é uma outra coisa que nesse cenário eu vejo grande diferença na cidade do Recife, embora a maioria da composição do NASF seja feita por profissionais contratados, né? (P1).

Outra diferenciação posta se dá em relação à questão salarial. As/os entrevistadas/os revelam que a depender do vínculo (concurso x contrato) e da Organização Social (OS)³⁵ responsável pela contratação do profissional, há significativas distinções e condições salariais para o exercício do mesmo cargo. Por exemplo, verifica-se que os profissionais contratados recebem salário superior aos concursados públicos e que também há variações a depender da OS responsável.

O nosso salário hoje é maior do que o salário do pessoal do NASF que é concursado! Como assim? Num existe, minha gente! Por que é que um prestador paga mais do que o outro prestador o salário do NASF? A gente do Z é o que recebe melhor. O X, a carteira assinada do X é mil e pouco, profissional de nível superior, a gente é quatro mil e pouco, por que? Entendesse como é que é? Num existe isso! Não existe! Ai você vê “não, é questão do prestador...” Não! É questão de que lá de cima não foi discutido isso com todo mundo. Porque era pra ser uma coisa uniforme, não é, não é. Ai começa da gente pleitear, tentar discutir, mas quando a gente vai ver cada prestador ele rege como ele quer. Então eu tive muita sorte e você teve muito azar. É assim. [...] Como é que a gente trabalha no mesmo município, com as mesmas questões, totalmente diferente? Aí são essas coisas que quando eu vou questionar eu tenho que ter muito cuidado, porque “o que é que você tem a ver com isso?” Tenho! Eu trabalho aqui! Tu tá entendendo? Muito simples. Mas eu tenho que ficar calada. Aí assim isso, isso me deixa numa angústia fora do normal. (P5).

Ademais, a problemática dos atrasos no pagamento emerge como uma questão séria para esses profissionais, que culpabilizam os prestadores pelos atrasos no repasse.

A gente tá há 2 meses e meio sem receber salário, né, porque... A gente conclui que a verba que o ministério federal passa não tá sendo repassada pro prestador. A gente sabe que esse, essa, esse repasse foi feito porque a gente entra no portal da transparência, a gente vê que foi depositado na conta da do município, mas ele utiliza o dinheiro da forma como ele bem deseja, né? Não tá pagando os trabalhadores (P5).

³⁵ O referido Terceiro Setor se divide em Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Essas últimas se referem a entes que desempenham atividades de importância social, como, por exemplo, assistência social e combate à pobreza, promoção da saúde, cultura e cidadania. Enquanto que, as Organizações Sociais se caracterizam como entidades que desenvolvem atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, ao meio ambiente, à cultura e à saúde, sem fins lucrativos (COUTINHO, 2006).

Eu sou da OS X, eu sou funcionário do X e presto serviço pra prefeitura. [...] A gente recebe, é uma verba que é repassada do NASF, do Ministério da Saúde pra prefeitura e a prefeitura repassa pra OS X pra pagar a gente. Só que tá havendo atrasos constantes. O X diz que é a prefeitura, a prefeitura diz que é a OS X... Oh, que é a o Governo Federal. Fica um jogando pro outro aí a gente fica sem receber... Já teve de ficar um mês e meio sem receber. Isso tá ocasionando assim uma desmotivação muito grande. [...] eu cheguei até a pedir pra me demitirem. Eu disse “não vou pedir a minha demissão pra não perder esses seis anos que eu tô... meus direitos.” Aí a resposta da coordenação geral dos NASF foi o seguinte: “não temos como pagar a sua rescisão, se você quiser sair você vai ter que pedir e não vai receber nada.” Aí eu disse “então pronto, vou levando” (P7).

Finalmente, reflete-se que no concurso público estão subjacentes planos de cargos e carreiras que cumprem funções formativas e de reconhecimento do profissional a médio e longo prazo. Algumas/ns entrevistadas/os, por exemplo, revelam que até recentemente era vedado aos profissionais contratados participarem de cursos de capacitação e formação.

Especificamente no NASF, vai ter agora um curso que a gente tá se inscrevendo essa semana, que é de matriciamento pro NASF, pro programa de saúde da família, pela Fiocruz. Aí pronto, isso aí tá sendo legal. Antes a gente não podia fazer porque tinha uma restrição do vínculo profissional. Porque a gente como não tinha o vínculo com a prefeitura diretamente, não poderia fazer. Mas agora graças a Deus abriram pra gente, pra três pessoas de cada NASF. Pelo menos é uma representação, né? Fica um pouquinho assim, “quem vai, quem vai?”. (Risos) “Eu quero, eu quero, eu quero”. [...] Porque tinha que ser funcionário público, né? Aí a guerra é porque a gente tá trabalhando, né? Então precisa dessa formação, né? Aí se faz essa restrição, limita esse, é contraditório, né? Porque é solicitado que a gente tenha educação permanente então precisa ser oferecido independente da forma, independente do vínculo, né? (P4)

Nesse sentido, as/os psicólogas/os abordaram os espaços e possibilidades de formação disponíveis. Todas/os revelam que foram submetidos a um período de capacitação teórico-prática antes de sua efetiva inserção nesse equipamento, visando ao reconhecimento do território, dos serviços disponíveis da rede, do funcionamento geral e principais ferramentas utilizadas no NASF.

A gente teve uma semana de capacitação. A gente ficou, a gente foi chamado numa segunda-feira, passou a semana toda na capacitação do NASF, na parte teórica, conhecimento do território. É... foi bem, bem válido. Aí, é... depois aos pouquinhos a gente foi conhecendo o território mesmo na prática até a gente começar. Teve encontros com as equipes (P4)

Mais uma vez, quando se contrastam as informações observam-se distinções quanto ao período de capacitação de profissionais contratados e concursados:

Assim, uma coisa que eu acho que ajudou bastante foi porque o pessoal quando foi chamado pelo concurso não caiu direto no território não. **A gente passou quase um mês e meio, dois meses só de capacitação.** Isso foi fundamental.[...] Eu fiquei meio com pena do pessoal que chegou bem depois do concurso que também não tinha tanto essa experiência, pra ir pegando as coisas é mais difícil. A gente teve todo um processo, eu acho que isso daí foi uma coisa que ajudou bastante a gente, pelo menos pra mim foi fundamental essa capacitação que a gente teve previamente, sabe? Mostrando os serviços, como é que funcionava (P3).

De modo geral, as/os psicólogas/os informam que são 2 (duas) as principais possibilidades de formação: a primeira se dá em cursos de capacitação sobre temáticas diversas oferecidas pelo Ministério da Saúde e instituições como a Fiocruz. Dentre estas foram destacadas capacitações sobre instrumentos de trabalho (como formação de grupos e matriciamento) e algumas patologias específicas, tais como a microcefalia e autismo.

De vez em quando tem seminários, principalmente de álcool e drogas, né? Que o governo estadual promove, e a prefeitura também. Mas educação em saúde também a gente tem bastante, seminários. Seminários não, a gente teve oficinas, oficina mesmo para estimular a formação de grupos [...] lógico que também existe uma falha na comunicação, nem sempre a gente fica sabendo, quando sabe já foi. Mas especificamente no NASF, vai ter agora um curso que a gente tá se inscrevendo essa semana, que é de matriciamento pro NASF, pro programa de saúde da família, pela Fiocruz. Aí pronto, isso aí tá sendo legal. (P4).

Contudo, também são evidenciadas contradições em relação a esta informação: *“Sempre tem vários cursos, de vem em quando é... a prefeitura ela sempre tem alguns cursos que é divulgado pra gente. Tanto na, nessa parte assim mais específica do NASF quanto mais amplo. Sempre têm surgido várias capacitações”* (P6).

E a segunda possibilidade de espaço de formação ocorre em reuniões que ocorrem nos distritos sanitários e entre as categorias profissionais do NASF. Isto é, na primeira reúnem-se os profissionais de determinados distritos para discutir casos ou temas pertinentes à prática profissional, a exemplo da formação de fóruns em saúde mental, enquanto que nas segundas cada categoria profissional que constitui a equipe NASF se reúne sob liderança de uma coordenação.

A gente tem como educação permanente aqui as reuniões distritais, o distrito propõe a reunião e discute algum tema, mas isso é pra todos os profissionais. Tem alguns encontros desses, periodicamente, mas num pode dizer que é uma formação voltada pro psicólogo, uma formação mais aprofundada também não. É mais um passar de informação. A gente tem aqui no distrito [...] o fórum de saúde mental. É um espaço que tem sido muito interessante [...] Mas é uma coisa que tem corpo e tem repercussão, por conta dos profissionais daqui do distrito que tem segurado a discussão nesse fórum. Ele existe formalmente em todos os distritos, mas nem todos funcionam adequadamente, passa um tempo sem ter, aquele negócio, né? Mas aqui no distrito [...] esse é um espaço que tem sido muito importante pra gente atrair o ambulatório de saúde mental (P2).

Nestes encontros é possível construir redes entre profissionais de distintos níveis assistenciais, discutir desafios e qualificar a atenção ofertada. Ademais, as/os entrevistadas/os reconhecem a importância das reuniões de categorias profissionais do NASF. No caso da Psicologia, todas/os psicólogas/os de todos os NASF do município são incentivados a participarem de reuniões que ocorrem sistematicamente com a finalidade de qualificar os profissionais, através da oferta de palestras com especialistas e discussão de casos clínicos. No

que se refere às capacitações destinadas ao cuidado à infância, algumas/ns entrevistadas/os destacaram positivamente a reunião que teve por temática o autismo.

A gente faz estudo de caso, a gente traz temáticas, a gente teve acho que foi em novembro, não novembro não, acho que foi outubro, ou foi setembro, sobre, a discussão sobre autismo. Aí trouxe uma psiquiatra lá do CAPS infantil pra tá discutindo isso, como é que a gente pode tá fazendo essa triagem na unidade, entendesse? Pra gente né, de que forma a gente encaminha pra esses CAPS infantis. É massa. Essa discussão foi bem interessante assim, sabe? (P5).

Além disso, as reuniões de categoria das/os psicólogas/os do NASF Recife também constituem um espaço onde é permitido aos profissionais expor suas dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho.

É... eu acho que a gente também fez um outro movimento interessante nessa reunião de categoria: como está a rede de saúde mental em cada um dos distritos sanitários a partir do olhar do profissional psicólogo do NASF. Fizeram um levantamento sobre isso: como é que é a relação com o CAPS e tal? [...] como é que tá a relação com os ambulatorios? Em que medida, como é que tá a relação e como tá configurado. Relação com o CAPS, há fóruns de saúde mental, não há? Como é que tem acontecido? Isso já foi sistematizado e vai ser entregue pra GAB, Gerência de Atenção Básica e pro gabinete do secretário também. Eu acho que foi um movimento interessante nesse sentido, que a gente abriu um pouco pra discussão da rede, pra conhecer, a gente se conhece um pouco, vê cada um, acaba comparando um pouco como é que tá a situação da rede de cada um e o suporte que cada psicólogo tem, nesse sentido... E também politiza a questão. Diz assim, olha, cobre também, coloca o cenário para algumas mudanças, quando é necessário (P1).

A ênfase dada às questões do trabalho se justifica pela relevância e peso que o assunto ocupou no discurso das/os psicólogas/os entrevistados, caracterizando de maneira mais concreta o contexto de atuação desses profissionais. Ao longo desta discussão espera-se que fique evidente como estas questões incidem sobre a assistência oferecida à criança e situam que as diversas barreiras para tal fazem parte de um amplo e complexo panorama de mazelas estruturais. *“É muito difícil assim, muito angustiante, e eu já pensei muitas vezes em jogar a toalha mesmo, “não vou fazer mais nada” (P7).*

E aí assim, a gente tá um pouco desmotivado, um pouco não, muito desmotivado, né? [...] a gente tá trabalhando empurrando, entendesse? Então a gente tem algumas limitações nossas, né? [...] Você sabe que tem as contas pra pagar, você tá atrasado em não sei quantos meses e você não aguenta mais receber um telefonema, você bloqueia, você, sabe? Eu, meu marido chegou pra mim “e aí, o colégio do filho da gente?” eu disse “eu não paguei não”. Quando eu receber a gente vai lá, negocia e paga, entendesse? A prioridade hoje é pagar conta de luz, conta de plano de saúde, fazer feira, a gente vai bancando as prioridades, o resto a gente vê como é que fica depois, entendesse? Assim, então tá sendo muito desmotivante, muito desgastante, muito triste, a gente tá criando coisas que a gente nunca teve dentro da minha equipe, aqui da gente assim, dificuldades de relacionamento, porque isso tá já tá, já tá ultrapassando todos os nossos limites, entendeu? (P5)

Apesar das crenças em torno da potência que a atenção básica representa em termos da oferta de uma atenção à saúde integral para a população, a insatisfação e a desmotivação derivadas das condições concretas de trabalho são gritantes, levando inclusive ao adoecimento

do trabalhador e ao comprometimento no desempenho das atividades cotidianas: *“Acho que são a maioria. Que gostariam de fazer um trabalho melhor, mais potente, com mais, gostariam de aprender mais. Mas não tem esse estímulo e acabam se frustrando, se sucumbindo ao processo de trabalho, entendeu? E adoecendo também”* (P1).

De uma forma que... Ontem a gente mesmo teve uma discussão “como é que a gente vai fazer?” Né? A gente vai fazer atendimento? Eu disse “eu, P5, não vou fazer atendimento nenhum, porque eu não tô com cabeça pra atender uma pessoa”. Desde o dia em que um paciente veio e eu só, pra conversar comigo, ele veio fazer um atendimento, e eu só comecei a lembrar das minhas contas que eu tenho que pagar, eu disse “eu não vou atender” porque aí né não é justo nem com ele nem comigo. Então assim, eu suspendi todos os meus atendimentos. [...] Como é que eu vou trabalhar com a dificuldade de uma pessoa se eu não tenho condições, entendesse? Então assim, a gente já tá começando a ter né desavenças aqui dentro da equipe, entende? (P5).

Em alguns casos, o próprio profissional de Psicologia acaba sendo interpelado a contribuir com o cuidado dos outros profissionais de saúde, embora ele também vivencie as mesmas problemáticas. Verifica-se uma das tradições da Psicologia, esta aplicada ao mundo do trabalho, é retomada num contexto que possui outra proposta de trabalho para o psicólogo:

Não é pouco frequente que a gerente fale de profissionais que estão afastados por adoecimento ou demanda de psicólogo mesmo pra dar um suporte, alguma ajuda, algum tipo de apoio nesse sentido também, né? Não é, não é incomum. E a gente diz assim: ó, tem um limite. A gente pode fazer uma escuta na perspectiva dos recursos humanos que ajuda também, nos distritos sanitário, né? A gente pode fazer uma escuta, mas primeiro que a gente não vai fazer terapia, acompanhamento nesses espaços até pela relação de trabalho. E segundo porque a gente também é trabalhador, a gente também quer ser cuidado. **Quem é que cuida do psicólogo do NASF?** Então assim, é uma coisa meio complicada [...] Eu acho que um outro papel que a gente acaba tendo, acho que um pouco pela tradição da psicologia, é da mediação, mediação dos conflitos. Na verdade assim, pra coisa não azedar (Risos) a gente acaba aliviando né, às vezes retornando fazendo uma conversa ali, uma conversa acolá mais particular, sabe? Com os profissionais. Eu acho que é um papel dos psicólogos. Não é só, depende muito de cada um, depende das pessoas mesmo, mas é um trabalho que a gente acaba tradicionalmente tomando pra si e e, é importante na equipe. Pra manter a equipe de uma maneira mais harmoniosa, né? (P1).

Novamente as/os informantes tecem críticas à gestão atual que tanto não se ocupa da saúde do trabalhador do SUS, como reduziu a oferta e a continuidade dos processos formativos. *“No início a gente teve um, digamos, um bombardeio assim de de formação né, de cursos, capacitações, ultimamente diminuiu muito, nessa gestão principalmente”* (P7).

Sobre o espaço de encontro dos trabalhadores, essa, é muito incipiente. Acontece, mas não tem continuidade. Às vezes as equipes são chamadas para fazer uma discussão sobre vigilância, sobre notificação de violência e manejo em caso de violência, de abuso sexual infantil, inclusive. Super potente. Gente da rede, de serviço mais especializado, seja, ou da vigilância, enfim... Vai lá que tem um conhecimento bacana, faz uma baita de uma aula nesse sentido, os profissionais gostam, tem um trabalho pra fazer de mudar a sua prática, seja na notificação por exemplo, mas não há continuidade. Eles pedem: gente, quando vai ser o próximo encontro? Uma ruma de 50 profissionais de equipe saúde da família, “quando vai ser o próximo encontro entre enfermeiros, médicos...?”. Não tem continuidade também. Então, aí a falta de

estímulo, os profissionais se frustram com essa falta de um estímulo de formação. Muitos querem, muitos mesmo (P1).

Finalmente, algumas/uns psicólogas/os entrevistadas/os atribuem muito dessas problemáticas à ocupação da gestão por pessoas sem qualificação adequada. É de praxe que a cada nova gestão municipal sejam indicados novos profissionais para gerenciar os serviços. Além de comprometer a consolidação da implementação das políticas públicas, visto que cada gestão opera segundo ideologias político-partidárias distintas, o clientelismo ainda se faz presente, sendo assim, muitas pessoas assumem cargos por influência política, não necessariamente por mérito da qualificação teórico-técnica.

Você tem toda a questão do clientelismo, que coloca fulano de tal que não tem nada a ver com a história pra ser coordenador de área, isso acontece. [...] Então a gente tem muitas dificuldades sistêmicas enquanto SUS, né? E que acabam comprometendo diretamente o processo de trabalho nosso (P1).

Às vezes eu não me sinto reconhecida pelo trabalho que a gente faz quando a gente vai apresentar. [...] Pra essa gestão que tá gerindo o distrito, por exemplo. É uma... porra, ela não sabia nem o que era, o pessoal, a equipe dela não sabia nem o que era NASF. Entende? Poxa, vocês têm uma potência danada nas mãos e não utilizam delas! (P5)

Yamamoto e Oliveira (2010) destacam que este quadro se relaciona ao processo histórico do campo, caracterizado tanto pelo descompromisso quanto pelas frequentes trocas de gestões. Sendo assim, o atravessamento das relações político-partidárias no cotidiano de trabalho acaba por fragilizar os projetos construídos pelas equipes.

Em consonância com Soares, Susin e Warpechowski (2013), verificou-se que as relações político-partidárias e as frequentes trocas de gestão atravessam o cotidiano dos trabalhadores do SUS e, por conseguinte, fragilizam os projetos construídos pelas equipes: “os profissionais apontam a necessidade de fortalecimento das equipes dos programas e serviços públicos para a manutenção de estratégias de trabalho frente às mudanças políticas, superando a transitoriedade e instabilidade das políticas de governo” (SOARES; SUSIN; WARPECHOWSKI, 2013, p. 161).

Os resultados apresentados convergem com os apontamentos de Reis, Giugliani e Pasini (2012) no que concerne à geração da sensação de impotência vivida pelos profissionais quanto ao seu próprio trabalho. Nesse sentido, os desafios na construção de um trabalho mais efetivo e os altos índices de frustração e adoecimento decorrentes das condições inadequadas têm sido notificados (REIS; GIUGLIANI; PASINI, 2012), como reitera o seguinte entrevistado: “*Me incomoda e acaba gerando embates, nesse sentido, na organização do processo e desgasta, sabe? Desgasta o, o... O trabalho. Desgasta o trabalho, nossa energia no trabalho*” (P1).

Tendo circunscrito todo esse amplo e complexo quadro de precariedade das condições de trabalho, fica a questão: Como esse contexto de atuação impacta nas atividades desenvolvidas pelo psicólogo no NASF, mais especificamente no tocante à atenção à infância?

3.3.2.4 As atividades desenvolvidas pela/o psicóloga/o no NASF: “*É tudo muito novo*”

Segundo relato das/os psicólogas/os as principais atividades desenvolvidas no NASF se caracterizam pela diversidade de ações e pelo trabalho em equipe. De modo geral, estão centralizadas nos atendimentos individuais e compartilhados com outros profissionais, discussão de casos clínicos, condução e participação de grupos sobre temas variados visando à prevenção, promoção e educação em saúde, entre outras.

Nossa atividade aqui: visita domiciliar, atendimento individual... (breve pausa) É... [...] A gente participa dos grupos, inclusive isso é muito, a gente tenta focar muito no trabalho coletivo, né? Educação em saúde. Então esses grupos são importantes porque é quando a gente vai colocar o nosso trabalho multidisciplinar, é... E de educação em saúde e prevenção de fato (P4).

Segundo Brasil (2013a), a educação permanente se configura como uma das mais importantes estratégias de intervenções na Saúde da Família. Nesse âmbito, o apoio matricial ofertado pelas equipes do NASF emerge como ferramenta fundamental, na medida em que representa um suporte especializado às eSF.

Essa parceria entre ambas as equipes é concebida sob a forma de corresponsabilização pelos casos e se desenvolve por meio de discussões e consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenções com as famílias e as comunidades, realização de grupos, discussão de casos clínicos etc (BRASIL, 2013a, p.66).

Em consonância, Martines e Chaves (2007) apontam que, além da Clínica Ampliada, a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como o Apoio Matricial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) (MARTINES; CHAVES, 2007). Esta organização é consonante com a proposta de Clínica Ampliada que tem como objetivo direcionar a atenção em saúde com base nas particularidades de cada profissional, abrangendo o território com maior complexidade (BRASIL, 2013a). Soares, Susin e Warpechowski (2013) concebem que ampliar a clínica consiste em ampliar a escuta para outras esferas. Isto é, “o trabalho não é só o atendimento em si, mas todos os desdobramentos posteriores vindos dessa escuta, que se tornam fundamentais para a continuidade do atendimento. Ao considerar as necessidades do sujeito em atendimento” – cabe aos profissionais do NASF, dentre eles o psicólogo – “acionar os agentes de outros serviços na perspectiva da intersetorialidade”. Além disso, à clínica ampliada subjaz a

flexibilização do *setting* de atendimento para visitas domiciliares, passeios e ruas, de modo que, diversas situações possam se configurar como dispositivos de escuta e intervenção (SOARES; SUSIN; WARPECHOWSKI, 2013, p. 159).

Segundo Recife (2014) a referida proposta de ampliar a cobertura NASF/ESF tinha por objetivo potencializar o desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e do Apoio Matricial. Contudo, como mencionado não foram evidenciados esforços da gestão municipal nesse sentido.

O apoio matricial se caracteriza pela ação técnico-pedagógica, produzida pelo apoio educativo com as equipes vinculadas. Trata-se das equipes do NASF atuarem em conjunto com as equipes de saúde da família, ofertando suporte nos casos assistidos por essas, discutindo e compartilhando as experiências vivenciadas nos seus territórios de forma co-responsabilizada. Nesse contexto, o apoio matricial pode se efetivar por meio de discussões de casos, oficinas voltadas para educação permanente ou capacitação, e intervenções junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2010b).

A gente veio matricular, a gente veio discutir os casos com vocês, mostrar algum conhecimento pra que vocês se empoderem mais, consigam lidar com os casos e, eventualmente, sendo necessário a gente atende, faz atendimento individual. A gente vai pros grupos, pra dar a contribuição da gente no funcionamento dos grupos, dos diversos grupos que acontecem nas Unidades de Saúde... (P2).

Observa-se que apesar da normatização descrita a respeito do matriciamento, que explicita que as eNASF devem apoiar as eSF, na experiência observa-se que esta relação é bilateral. Ou seja, há reciprocidade na prática do matriciamento entre eNASF e eSF, como destacam as seguintes entrevistadas: *“Aí nessas reuniões tem o matriciamento, tanto da equipe da gente quanto da equipe deles, por exemplo, tem uma doença, que doença é essa? Ai eles pegam e falam pra gente, então assim a gente começa a entender mais um pouco do que tá aparecendo, entende?”* (P4); *“Isso não quer dizer que quando elas fazem a capacitação elas não matriciem, ou seja, capacitem a gente também, entendeu? Pra pelo menos a gente ter uma noção, uma compreensão a respeito, sabe?”* (P3).

Como destacam Yasui e Costa-Rosa (2008), o NASF e o Matriciamento podem garantir ações integralizadas ao cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico. Esses dispositivos viabilizam o suporte técnico às equipes de ações básicas de saúde, assim como intervenções e atendimentos conjuntos, promovendo corresponsabilização pelos casos. Com isso, também ocorre melhor articulação entre as equipes dos CAPS com a atenção básica, deslocando o cuidado dos espaços tradicionalmente institucionalizados para um trabalho com as famílias e as comunidades (YASUI; COSTA-ROSA, 2008; DIMENSTEIN et al., 2009).

A minha relação com os CAPS aqui do Distrito são boas. [...] Tá sendo construído um trabalho de matriciamento, de CAPS, nas unidades de saúde. A gente tem feito isso junto, né? Então tem sido muito interessante! A gente tem conseguido dar resposta pros casos que tavam encalacrados na comunidade, tá sendo muito interessante, sabe? Essa experiência. [...] Matriciar e até, muitas vezes, atender! Tem feito visita domiciliar, atendimentos compartilhados, né? Nos casos... Porque tem casos que você não consegue levar o “caba” pro CAPS, então precisa do CAPS na área pra poder dar a resposta. Tem funcionado bem legal (P2).

Ademais, no bojo das ações orientadas pela clínica ampliada, verifica-se que além do Apoio Matricial os profissionais se voltam também para a elaboração de PTS, os quais se referem a propostas de condutas articuladas aos usuários ou coletividade, resultando de um trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2013a). *“A gente sentava e fazia PTS junto de, com o pessoal da equipe, é da equipe de saúde da família, de sentar, de ver. Era uma coisa que a gente começava a bolar, de planejar, foi um período assim muito legal entendeu? (P6); “O projeto terapêutico singular ele vem dentro dessa lógica porque ela não vai tá mais centrada no encaminhar pro especialista, mas que a rede tem que co-responsabilizar-se pelo cuidado daquele sujeito seja onde ele estiver” (Gestora).*

Assim, no âmbito da clínica ampliada e do apoio matricial, as atividades voltadas para educação em saúde ganham expressividade no discurso das/os profissionais entrevistadas/os, concretizadas principalmente na realização de grupos tanto com as eSF como com os usuários cobertos por essas. No caso do primeiro, por exemplo, a equipe NASF organiza grupos com a finalidade de facilitar informações que instrumentalize as eSF a atuar diante de casos específicos. É o caso do grupo de saúde mental: *“Eu já fiz um matriciamento sobre saúde mental, trabalhar na equipe ‘o que é saúde mental?’, ‘o que é um paciente psicótico?’, ‘como é uma crise?’, assim, pra tentar desmistificar” (P3).*

Foi assim com o grupo de saúde mental. A médica da unidade tinha um desejo muito grande de fazer um grupo de saúde mental só que ela não tinha com quem fazer isso assim, não tinha... Quando a gente chegou pro NASF a gente começou a falar um pouquinho da experiência que a gente tinha com grupos, aí ela guardou isso e sentamos. Depois ela convidou pra sentar e saiu o grupo. [...] Foi interessante porque como a gente tá na saúde da família alguns estagiários né, da parte de medicina eles puderam participar disso, como uma forma também de sensibilizá-los pra essa escuta né, pra ver esse serviço também dentro da saúde da família né. A enfermeira, o médico, os outros profissionais da equipe puderam participar. Foi bem rico (P5).

Ademais, os profissionais também participam ou conduzem grupos com as/os usuárias/os das unidades de saúde visando à educação, prevenção e promoção em saúde, a partir da discussão de temáticas diversas, como por exemplo, depressão, alcoolismo e uso de drogas, hipertensão e diabetes, alimentação saudável, etc.

No conjunto de dados, verificou-se que apenas uma psicóloga entrevistada revelou realizar grupos com crianças no âmbito da AB. *“Esse grupo específico são crianças com*

transtornos graves, são crianças que estão em sofrimento, com algumas dificuldades que a gente pode trabalhar isso nos grupos” (P6). De acordo com a mesma, este grupo é dirigido para crianças em sofrimento psíquico e se justifica, principalmente, pelas dificuldades de acesso à RAPS infantojuvenil.

a gente sabe que a a rede em termos de da infância é... tem suas dificuldades, acredito que vocês devem saber também disso. Tem suas dificuldades. A gente não fala da questão do CAPS né? Esse grupo específico são crianças com transtornos graves, são crianças que estão em sofrimento, com algumas dificuldades que a gente pode trabalhar isso nos grupos. Às vezes num ambulatório a gente não tem como contar porque não tem um profissional que trabalhe com criança e a gente via que tinha casos que a gente poderia trabalhar na atenção básica. Então são esses casos né, a gente podia trabalhar algumas dificuldades neles de limites, das crianças com dificuldades escolar, com dificuldade de limites, com crianças mais agressivas, mas que precisavam dessa escuta, desse cuidado e de melhorar essa autoestima para que eles pudessem melhorar e terem sua vida mais tranquila. Também isso a gente tá conseguindo, mas não é uma coisa assim que eu vou dizer pra vocês “aaah, é fácil você chegar e fazer” não, é uma coisa que você precisa ter o desejo, ter vontade, é ter as parcerias (P6).

Observou-se assim que os supracitados obstáculos para a realização de grupos na AB se acentuam quando pensamos na possibilidade de realização de grupos com crianças, visto que, segundo relatos, exige a implicação dos pais das crianças nesse processo:

Grupo de crianças é, um outro grupo também, esse tá sendo um pouquinho mais difícil mas a gente tá segurando. Por que às vezes com criança pode se tornar um pouquinho mais difícil? Porque tem os pais né, e mexe com os pais também. E a gente já tentou juntar os dois. Inicialmente a gente faria com os pais e com as crianças ou de vez em quando a gente faz atividades em conjunto com os dois. E tem dado resultados legais, mas é um grupo que a gente ainda sente um pouquinho de dificuldade, mas é muito interessante. Também parte disso vinham muitas crianças pra escuta (P6).

Outra proposta apresentada que beneficia este público é um grupo com mães, facilitado por outra psicóloga entrevistada. Ou seja, ela explica que durante a atividade intitulada “mutirão da criança”, que envolve acompanhamento de puericultura com as crianças adscritas em determinada ESF, é realizado um grupo com mães para tratar questões relativas ao desenvolvimento da criança e à vivência da maternidade. A informante avalia a positividade do grupo no cuidado à saúde mental das mulheres, e por consequência, de seus/suas filhos/as.

Tem o mutirão da criança que eles fazem pra fazer o pe... É... São crianças entre dois e cinco anos que não tem... Que ainda tá fora da puericultura, mas aí é uma forma de tá vendo essas crianças, aí a gente também tenta. No caso eu faço, fico com as mães pra fazer orientação de desenvolvimento, como lidar com as crianças, né? As dificuldades que ela tem, que é muito legal isso também, e o, e... As meninas... A nutricionista ela também participa em relação à alimentação e a fonoaudióloga. E a TO e a fisio fica mais com as crianças, fazendo um trabalho assim, físico mesmo, de exercício, brincadeira, e a gente fica com a parte da orientação. E é muito bom, então a gente incentiva bastante que permaneça esse tipo de trabalho (P4).

Nesse sentido, observou-se que as experiências profissionais prévias ao NASF estão diretamente relacionadas com a efetiva realização de trabalhos em grupo voltados para as

crianças. No caso de P6, especificamente, a formação teórico-técnica e a atuação em CAPSi favoreceu o desenvolvimento de um olhar diferenciado sobre a infância que não se evidencia no discurso de outros profissionais. Em oposição a essas, um dos psicólogos entrevistados revela explicitamente não se envolver com demandas da infância, seja em atendimentos individuais seja em grupos: *Grupo de criança, esse grupo de criança quem participa mais é a fonoaudióloga e as TOs certo?*”(P7).

Assim, de modo geral, no que diz respeito à prática do matriciamento, e ao trabalho com grupos, foram colocados alguns entraves para a concretização e ampliação dessas ferramentas, tais como: 1) a falta de estrutura das unidades de saúde; 2) a falta de engajamento das eSF para com essas tarefas; 3) a falta de adesão dos próprios usuários; e finalmente 4) a falta de formação das/os próprias/os psicólogas/os.

Para algumas/uns entrevistadas/os, a ausência de espaços amplos disponíveis nas unidades de saúde da família para a realização das oficinas em grupo emergiu como um dos obstáculos. Por vezes os profissionais precisam recorrer a outros lugares como igrejas ou escolas cedidas pela comunidade.

Eles têm muito problema de espaço, realmente, sabe? Assim, de fazer esses grupos. Não tem aonde. Aí faz numa igreja, aí faz numa escola. Não tem. A dificuldade de se permanecer com mais frequência é porque não é sempre que encontra aquele espaço disponível. Esse grupo de saúde mental, a gente faz ali fora, num espaço aberto ou numa sala, fica apertadinho, sabe? Mas, assim porque é pouca gente. Não é muita. Mas, se for muita gente não daria pra fazer numa sala. Aí, seria outro problema (P4).

Esta questão mostra um dos impactos das falhas de infraestrutura da atenção básica (apontadas inicialmente) para o desempenho das atividades do NASF. Resultados semelhantes foram encontrados por Reis, Giugliani e Pasini (2012), Soares, Susin e Warpechowski (2013) e Alves (2016). Do mesmo modo, esses autores verificam a existência de espaços físicos limitantes para a atuação dos psicólogos no âmbito do serviço público, caracterizados pela ausência de salas adequadas, cadeiras e material específico para a realização de oficinas e atendimentos. *“Mas hoje, eu posso dizer que a grand... a maioria das atividades do NASF hoje estão centradas em atendimentos individualizados e pontuais. Por que? Porque você não tem local pra fazer grupo, porque você, a Unidade não comporta o grupo”* (P8).

Outro desafio apontado se refere ao fato das equipes de saúde da família não se responsabilizarem e se implicarem na tarefa de realizar os grupos. Ou seja, os profissionais se queixam da atribuição desta responsabilidade exclusivamente à equipe NASF quando teoricamente essas deveriam oferecer um apoio às ações daquelas. *“Porque assim, no NASF a gente a gente é apoio, enquanto apoio não é a gente, eu não vou dizer “eu tenho uma ideia de*

grupo e eu vou fazer um grupo sozinha” não. Eu preciso ter a ideia, apresentar pra equipe de saúde, se elas acharem que é legal e quiserem a gente faz” (P6).

Eu sou muito teimosa. Eu via essa necessidade e faltava eu acho que, é... Essa teimosia pra fazer esse grupo, porque a gente queria que o, que as equipes de saúde da família tivessem essa iniciativa, aí a gente foi provocado nos encontros de NASF, de gestão, a desenvolver um grupo que o NASF pudesse tá de alguma forma... Porque não é a ideia o NASF, o grupo não é do NASF, não é pra ser do NASF [...] Eu passei um ano pedindo pras equipes formarem um grupo, eles não formaram, então assim, eu falei “mas então a gente vai, do NASF, a gente vai ter que assumir esse grupo de alguma forma”. [...] É um espaço no PSF pra trabalhar com, com a pessoa que tem transtorno. E tem dado certo. Agora é difícil porque justamente nesses casos também o, as equipes de saúde da família não têm o envolvimento esperado (P4).

Pode-se refletir que essa problemática se insere num amplo contexto de dificuldades de relacionamento entre eSF e eNASF. Segundo relatos dos profissionais, muitas equipes, por desconhecerem a proposta, eram (e ainda são) resistentes à implantação do NASF, pois possuíam a crença de que o NASF representaria uma espécie de “fiscalização” e/ou uma sobrecarga de trabalho.

Hoje a gente tá mais aliviado, sabe? Em relação ao vínculo com as equipes. Mas no começo foi dureza. Primeiro ano foi difícil. Porque a gente não tinha abertura. Algumas, não todas. Mas alguns, a maioria tava com uma resistência muito grande com o NASF. Muitas queixas em geral, achavam que o NASF ia ser mais um trabalho, as coisas que a gente colocava. Ou então que o NASF tava vinculado ao distrito, à coordenação, assim, como se fosse uma supervisão, alguma coisa desse tipo, né? É... o atendimento compartilhado é uma coisa que a gente tenta muito e até agora ele não tem essa abertura não (P4).

Para algumas/uns entrevistadas/os, outro motivo subjacente diz respeito à “frustração” quanto às expectativas criadas pelas eSF de que o NASF proporcionaria um atendimento especializado aos casos clínicos tal como nos moldes ambulatoriais. Como destaca o entrevistado a seguir, a inserção do NASF na rede representou rupturas na clínica tradicional vigente:

Houve uma frustração muito grande com a chegada da gente. Essa resposta de ambulatório clínico a gente não deu. **A gente procura dar algumas respostas naquilo que não precisa do ambulatório, isso a gente faz. Algum atendimento, uma orientação, aos pais, muitas vezes, das crianças que chegam na Unidade.** Mas não é um acompanhamento psicoterápico, não é um acompanhamento clínico, a gente não, não faz isso. [...] Quando o NASF chegou nas Unidades de Saúde, a gente percebeu logo que havia uma expectativa de que a gente fosse dar uma resposta clínica pros casos. O psicólogo vai fazer a psicoterapia, a fisioterapeuta vai fazer a fisioterapia (risos) pro pessoal, tá entendendo? A ideia era essa. Não fazia sentido pro PSF se não fosse assim e a gente chegou e disse “não”, **a gente frustrou. A gente frustra até hoje.** Então, foi conjuntamente, mas ainda persiste um pouco, uma certa tensão. “O NASF veio fazer o que aqui já que não atende o pessoal? (P2).

Para esse entrevistado, esse movimento se ancora em aspectos da formação e experiências profissionais voltadas para uma prática clínica tradicional. Nesse sentido, tal como apontado em relação aos CAPSi, observa-se que os profissionais das eSFs também encontram

dificuldades em repensarem suas práticas. *“Às vezes a gente encontra certa resistência, como se o trabalho fosse ainda dentro do seu consultório e tal. Então essa formação ainda pesa. Muita gente é de formação muito antiga, né? Os PSFs e tal... isso pesa. Então isso é um dificultador de articulação”* (P2).

Nesse sentido, apesar da potencial diversidade de funções e atividades desenvolvidas pelos psicólogos e psicólogas atuantes no NASF, algumas/uns reconhecem que boa parte de suas atribuições se centralizam em atendimentos individuais.

É, as vezes é uma depressão reativa e você tem que também aten... escutar, avaliar. Às vezes você tem que marcar volta pra ter uma uma uma avaliação melhor de também você ter mais subsídios pra ver se vai encaminhar, pra onde vai né. E às vezes as pessoas tão precisando mesmo de algumas ouvidas, de algumas escutas e eu não me nego a isso, entendeu? Eu já já até uma vez me disseram “você tá querendo fazer ambulatorio no NASF” eu disse “não, não é ambulatorio” mas eu não vou deixar uma pessoa as vezes que chega assim, por exemplo, tem muitas mulheres vítimas de violência né. [...] Já teve pessoas de eu atender assim por mais de dois meses, três meses porque precisa. Se eu encontrar algum lugar pra eu encaminhar eu encaminho mas se não... e eu acho que o NASF deveria repensar isso né, porque pra psicologia principalmente a demanda é muito grande de escutas. Tem muita gente que precisa (P7).

Observa-se que essa característica se dá por diversas razões, dentre estas: as demandas dos próprios usuários e das eSF por atendimentos individualizados, os inúmeros desafios para a concretização de outras ações, tais como a falta de recursos físicos e humanos; e por fim, a própria formação do profissional de psicologia pautada para a clínica tradicional.

Mas tem uma coisa que eu tenho vivido na pele, que tem a ver com a prática da Psicologia no NASF, na Estratégia de Saúde da Família. Que é uma coisa que não tá resolvida pra mim. [...] É o acompanhamento individual a longo prazo. Esse é o embate do Recife, porque o NASF, ele se pela de medo de reproduzir ambulatorio. Tem razão de ter esse medo, né? Se esquivava muito... Agora o que acontece, o NASF acaba se esquivando, se eximindo da responsabilidade de acompanhamento a longo prazo. Primeiro porque a equipe de saúde não faz isso a contento e segundo porque eles não querem se comprometer mesmo de pegar e tocar, não daria conta se fosse fazer sozinho esse acompanhamento. Acontece que tem... Então, então esse é o cenário. Acontece que tem um problema. Se a minha tese, mais recente tese, que eu tô nela... (risos) Se a gente não vincula os profissionais do NASF, vamo falar da minha experiência, aos usuários, determinado usuário, a gente não... Se a gente não... Se não tem vínculo, não tem sentido lutar por mais saúde. Se não tem vínculo não tem sentido brigar, tensionar com a equipe de saúde da família, brigar com coordenação, brigar com gestão, brigar com as pessoas pra que o acesso à saúde e o cuidado aconteça com esse profissional. E aí, como possibilitar o vínculo se a gente não tem condições no NASF, na Estratégia de Saúde da Família também, desse acompanhamento longitudinal se dá de uma maneira potente, realizadora e plena. Porque não se dá. E aí, o NASF ele tá, vamos dizer assim, pela portaria resguardado nesse sentido, né? Tá resguardado. Agora... É... Há muita confusão nisso também. Porque o próprio acompanhamento individual já tá preconizado, e ele não necessariamente tem que ser ambulatorio. Entendeu? É uma coisa que eu tenho questionado, mas não trouxe a... porque eu sei que eu vou apanhar dos meus colegas (P1).

Observa-se nesse contexto que, os profissionais, em meio a conflitos e negociações acabam por adequar seus saberes e fazeres aquilo que foram melhor capacitados a exercer.

Parece que num contexto de incertezas, tensões e inseguranças (inclusive quanto às questões trabalhistas) os profissionais “optam” por trabalhar num terreno que lhes é mais familiar. Verifica-se, entretanto, que esta prática não emerge deslocada de uma justificativa plausível sobre o “porquê” do profissional contrariar ou nadar contra a corrente daquilo preconizado no nível normativo das políticas públicas.

Olhe, tem os atendimentos individuais que no meu caso é, responde pelo maior número das demandas das atividades, porque pelas razões que eu já disse né que a demanda é muito grande, né. Tem pessoas que vem pra N coisas, mas que precisa de uma escuta. Às vezes é uma avaliação assim, até pra você avaliar e encaminhar pra um CAPS, encaminhar pra um ambulatório (P7).

Esta discussão se apresenta como central porque traz implicações para a atuação dos psicólogos do NASF. O acompanhamento psicoterápico é apontado pelo entrevistado como um marco essencial do trabalho da psicologia, sendo essa tradição uma dificuldade de ruptura para incorporar novas práticas de cuidado na RAPS, considerando que a ausência de ambulatórios disponíveis na rede se apresenta como um obstáculo ao cuidado adequado do usuário, os psicólogos do NASF acabam por atender alguns casos ao nível da atenção básica, construindo outras possibilidades de trabalho para ampliar o acesso à atenção.

No trecho seguinte fica clara a compreensão, compartilhada por outros entrevistados, que o trabalho em grupo atende a uma demanda de assistir “mais pessoas em menor tempo”. *“Aí se passou um tempo “não, tem que formar grupo, tal tal”. Mas nem tudo se trabalha em grupo. Tem situações que você tem que aprofundar no indivíduo mesmo”* (P2). Não se reflete, portanto, sobre os diferentes processos ativados no trabalho em grupo. A primazia das teorias psicológicas tradicionais, como a Psicanálise, é hegemônica quando comparadas às contribuições da Psicologia Social, mais especificamente, da Psicologia Comunitária e das teorias e dinâmicas de grupo.

Se a gente chega e a gente vê as condições de trabalho das próprias unidades de saúde aí a gente às vezes olha... diz, já tá ótimo a da gente porque as deles ainda consegue ser pior do que as condições da gente. Então as condições não são boas. Imaginar que a gente tem unidades, como é que eu vou trabalhar... primeiro é... Tem unidades da gente tem duas equipes, que tem três equipes. A grande maioria tem duas equipes, então não tem sala para atendimento e nem é a proposta do NASF fazer atendimento individualizado. [...] Mas hoje, eu posso dizer que a grand... a maioria das atividades do NASF hoje estão centradas em atendimentos individualizados e pontuais. Por que? Porque você não tem local pra fazer grupo, porque você, a unidade não comporta o grupo, porque é... os profissionais da unidade também não tão a fim de fazer... e muitas vezes os do NASF também não tá a fim de fazer. E nem tem condições de fazer, estruturalmente falando. É...fora isso, as outras questões que tem é de educação e saúde também, são práticas que ficam muito pontuais, há uma sala de espera, há uma questão assim, não mais que isso... (P8).

Nesse sentido, questiona-se ainda: Qual o lugar do atendimento individual para crianças no NASF?

Algumas/ns entrevistadas/os apontaram como obstáculos para o acompanhamento de crianças em sofrimento psíquico no NASF a ausência de infraestrutura e formação para atendimento adequado desta população. Ou seja, coloca-se que esse acompanhamento está condicionado à existência de uma sala que contenha brinquedos e materiais específicos para o trato com crianças.

Um acompanhamento que a gente não tem como fazer. Não tem sala pra acompanhar criança, não tem trabalho, não tem material e não faz parte do NASF esse trabalho de acompanhamento de psicologia infantil [...] não tem como ficar com uma criança sem um brinquedo, sem um material. Não tem como ficar. Eu tenho que encaminhar e se não consegue tem que bater atrás, ficar atrás até conseguir. Agora se não consegue de jeito nenhum aí também a gente não deixa a pessoa sem acompanhamento. Sabe? Porque ficar só, assim em casa, acontecendo tudo o que tá acontecendo não tem como também. Aí a gente traz pra discussão, a gente faz um acompanhamento sistemático, de alguma forma (P4).

Apesar da realização de capacitações pontuais referenciadas nesse capítulo, evidenciou-se a fragilidade da formação de alguns profissionais para lidar com as demandas em saúde mental infantil.

Então tem a questão da, da minha, da minha formação que, poxa, tem muita coisa que eu preciso ver, aprender ainda sobre a clínica específica, situado no outro âmbito, que é a Estratégia de Saúde da Família. [...] **A clínica mesmo, o cuidado com as crianças, nesse sentido, por exemplo, é uma coisa que eu tenho dificuldade. Dificuldade mais no sentido do saber específico mesmo, sobre determinadas áreas da Psicologia.** Não que a gente não possa fazer uma escuta, entender a dinâmica familiar, é uma outra história, mas... É... Nisso às vezes eu sinto essa, essa falta desse aspecto da formação. Eu vou buscando isso com o tempo, entendeu? (P1).

Nesse sentido, um dos entrevistados explicita que por não ser “psicólogo infantil”, sua prática se caracteriza pelo encaminhamento das demandas de sofrimento psíquico para a rede: *“Veja, eu encaminho porque eu não sou mesmo de formação, eu não sou psicólogo infantil e você imagina, em uma sala dessas não tem condições de você atender uma criança né? Então geralmente eu encaminho”* (P7).

Esse posicionamento indica um quadro de resistência ao desempenho dos papéis estabelecidos pelo NASF de modo que algumas/uns psicólogas/os ainda parecem se pautar na lógica ambulatorial, com especialidades desvinculadas a uma proposta integrada e interdisciplinar.

A fala desses psicólogos nos remete à Guarido (2007), quando expõe que a produção científica acerca da criança que se inicia no início do século XX contribuiu a validação de saberes oriundos do campo das especialidades, tais como a psicologia, a psicopedagogia e a psiquiatria (GUARIDO, 2007). Ratifica-se, assim, a necessidade de existência de espaços de formação que orientem a clínica ampliada com crianças no âmbito da atenção básica, evitando

a concepção de que só é possível acompanhar crianças desde que haja um *setting* e formação específica para tanto. Trata-se de um paradoxo quando se pensa na proposta do NASF.

Ai a gente quer desconectar isso [...] da ação. Porque se a gente faz isso a gente vai entender porque a gente não precisa de paredes, a gente vai precisar da sala enquadrada com enquadre né. E isso não quer dizer que a gente não tenha esses espaços mútuos. Existem ambientes que a gente possa fazer em algum momento como num CAPS tem uma salinha que você chama o paciente que você pode atender ele individualmente, passar um tempo, porque não? Mas num tem a salinha? Mas ela não tem que ser praxe, ela não tem que ser um lugar onde eu encaminho para lá porque ai eu termino criando um um uma caixinha onde as pessoas cabem, né? (Gestora)

Pela análise das entrevistas, também fica claro que a dificuldade de formação de vínculo com crianças e familiares não é exclusividade no NASF, mas um retrato do que se passa na Estratégia de Saúde da Família.

É, sim, com certeza, isso é real. Fragmentação do cuidado no serviço, é... A dificuldade que o usuário tem de acessar e de se vincular, e de se fidelizar a isso. Os profissionais eles, de maneira geral, não querem, não conseguem, ou não sabem fazer o, o, o vínculo e esse acompanhamento, entendeu? Esse vínculo de maneira a vincular esse, e esse usuário ter confiança de retornar, quando a coisa aperta com a família lá, com a criança, aciona. Na maioria dos casos é, quer dizer, enfim... É... Em vários casos de crianças nem sempre a equipe acaba sendo a equipe de referência. Mas noutros casos elas são. Elas são. Noutros casos de saúde mental, eu posso dizer que em boa parte das equipes, por causa desse apoio matricial que acontece elas já se introjetaram e já responsabilizaram (P1).

Considerando que as equipes NASF são compostas por profissionais de diversas especialidades, a gestora entrevistada esclarece que nesse dispositivo há uma especificidade marcante em relação ao trabalho desenvolvido, que rompe com os moldes ambulatoriais clássicos.

Então ele não é uma função do especialista, embora o especialista esteja no NASF, ele não é especialista que vai pra casa do fulaninho atender fulaninho ou sicraninho, **embora isso é o que tem sido feito muitas vezes né para o NASF porque os ambulatorios estão lotados.** E aí diz: “como é que o menino não vai ter acesso a ambulatorio, então vai manda fulaninho atender”. Agora fulaninha que tá lá também né enquanto seu núcleo, ela também tem um fazer né, então vamos supor que essa esse menino que tá lá no CAPS, ele teve uma alta né, ele tá bem porque não precisa mais daquele atendimento lá mas ele tá num território e precisa ser monitorado, não tem? No mínimo.

Essa diferenciação é apontada pelas/os psicólogas/os quando tratam das especificidades e desafios de sua atuação, inclusive no que tange à formação. As/os profissionais ressaltam que as demandas e atribuições endereçadas para a/o psicóloga/o no NASF são extremamente diversificadas em consonância com o caráter generalista no nível da atenção primária. Ou seja, o NASF pauta-se por ações coletivas visando à atenção integral à saúde da família. Nesse sentido, algumas/ns entrevistadas/os opinaram que há um descompasso em relação à formação universitária, a qual já aponta para alguns especialismos quanto à abordagem psicológica, público-alvo e área de formação, por exemplo.

Um deles é assim, é... Já foi mais forte, hoje tá, tem melhorado. É a questão da formação do profissional de saúde. A gente é formado pra trabalhar dentro do consultório atendendo, etc e tal. Psicólogo inclusive. Essa é visão. Tá melhorando a formação, tá muita gente podendo fazer, né, um trabalho na atenção básica durante a graduação. Inclusive tenho recebido gente de graduação aí. Tem melhorado isso aí. Mas a visão ainda é muito “o meu consultório aqui e acabou”. Então esse é um dificultador. [...] Não existe psicólogo generalista, a gente não tem essa formação. Você escolhe uma coisa e vai fazer. Quando você resolve ser clínico, você ainda tem que escolher a sua abordagem, porque é coisa demais. Mas o psicólogo do NASF é generalista. Querendo ou não. Todo tipo de demanda chega pra você (P2).

Verificou-se assim, queixas relacionadas à elevada demanda de atividades para a/o psicóloga/o do NASF, tanto em termos qualitativos como quantitativos:

Eu vou pegar pra vocês darem uma olhada pra vocês verem que é surreal. [...] Eu não sei como é que eles acham que a gente vai dar conta disso. Que a gente tem que fazer X atendimentos individuais, X atendimentos compartilhados, X visitas domiciliares [...] participar de não sei quantas reuniões mensais, de acordo com a carga horária de cada profissional. Eu como sou 40 horas aqui, mas assim, eu não consigo seguir o que eles... Não consigo! Eu, tanto é que eu nem olho pra essa agenda porque se eu for olhar vou ficar doida, né? Porque a demanda que surge pra, pra psicologia é surreal! (P5)

É porque assim, o profissional psicólogo e assistente social ele é muito chamado como apaga fogo, então a gente tá muito no trabalho individual mais, por causa dessa carência. Então a gente tá muito em cima. Aí quando eu fico tentando lembrar das outras atividades eu tenho mais dificuldade porque no cotidiano a gente fica mais nessa, nesse chamado de apaga fogo mesmo, de urgência, de trabalhar com a pessoa, com aquela família ou aquele usuário, né? Mas o trabalho coletivo ele é onde a gente tenta se inserir (P4).

Algumas/ns psicólogas/os se queixaram sobre a procura espontânea de familiares, assim como o encaminhamento indiscriminado intersetorial, da escola, conselho tutelar, ou Ministério Público de demandas de crianças, pois apontam para um desconhecimento sobre a função do NASF enquanto dispositivo e da/o psicóloga/o, enquanto profissional de saúde mental que compõe esta equipe. *“Não vem nem o agente de saúde, vem uma mãe diretamente que sabe que a gente tá aqui, a escola manda, o conselho tutelar manda, tudo equivocado porque manda solicitando do NASF uma... Um acompanhamento que a gente não tem como fazer”* (P4).

Ai tem outras demandas, é... às vezes outra que vem demais demais, mas na maioria das vezes é desnecessária na minha opinião, devido a problemas de má conduta, distúrbio de conduta nas escolas. É, dificuldade de aprendizagem... ai vem, ai quer que a gente faça avaliação. Eu não me proponho a isso de jeito nenhum porque vira um ciclo vicioso entendeu? Qualquer coisinha que a criança faça, que tenha uma dispersão, tudo hoje é hiperatividade e as vezes é falta de limite, falta da da de limite em casa e na escola também né. Ai quer que o psicólogo resolva. Então a demanda era muito maior, mas hoje em dia diminuiu muito porque a gente decidiu cortar mesmo entendeu? A gente diz não, não é papel da gente. Às vezes dá uma orientação, encaminha pra algum canto que seja o caso (P7).

Em suma, verificou-se que muitas vezes ao psicólogo é demandado atendimento do tipo psicoterápico, devido à sua relação com a tradição da psicologia. Alguns profissionais se recusam a atender a esse tipo de demanda enquanto outros a acolhem a depender da urgência.

Reconhecem, todavia, que a função do NASF não é fazer psicoterapia, mas se responsabilizar pelo acompanhamento da criança, sobretudo num contexto onde a fragilidade da rede é um fato. *“E a gente sabe que a rede em termos de da infância é... tem suas dificuldades, acredito que vocês devem saber também disso. Tem suas dificuldades”* (P6).

Pode-se dizer que, de modo geral, estão orientadas por 2 (dois) referenciais: de um lado o que é preconizado para todas/os as/os profissionais que compõem a equipe NASF, como as ferramentas clínica ampliada, matriciamento e PTS. Ou seja, a “inovação” proposta no nível institucional, das representações normativas. De outro, a clínica psicológica clássica é requisitada pelos usuários, pela equipe de saúde da família e pela escola por reconhecerem que este é o local da psicologia: o atendimento individual no consultório, isto é, a tradição da psicologia. E o psicólogo fica no meio desses distintos referenciais.

Finalmente, reflete-se que a existência de espaços físicos limitantes para a atuação dos psicólogos, caracterizado pela ausência de salas adequadas, cadeiras e material específico para a realização de oficinas e atendimentos, além da falta de suporte de referências e conhecimentos técnicos, constituem condições inadequadas de trabalho para o desempenho de seus papéis nos serviços públicos (REIS; GIUGLIANI; PASINI, 2012; ALVES, 2016), mais especificamente no NASF.

Em relação ao processo de formação acadêmica, os profissionais indicam o despreparo advindo de formações que não se deparam com a realidade do cenário das políticas públicas brasileiras. Essa questão é expressa pela não compreensão da atuação do psicólogo como um ato político. Consequentemente, ao se inserirem na rede, tais profissionais se encontram desmunidos de ferramentas de trabalho que os ampare em suas ações. Como solução ao problema é apontado o interesse individual de complementação formativa, por meio de recursos bibliográficos, cursos, etc. Entretanto, os profissionais reafirmam a importância da gestão se comprometer em ofertar espaços de troca e formação (SOARES; SUSIN; WARPECHOWSKI, 2013).

Nesse âmbito ainda são revelados desafios à prática do matriciamento devido a 2 (dois) motivos principais. A primeira dificuldade diz respeito à (não) formação do profissional de psicologia para o exercício desta tarefa, tendo em vista que se trata de uma proposta nova e em construção.

Olha, **quando cheguei eu me vi assim, sabe, num mar de desconhecimento.** Porque assim, eu ouvia falar de apoio matricial e eu não entendia direito. Eu disse “isso não faz sentido pra mim, apoio matricial...” É, aí assim, falavam em reunião intersetorial, reunião disso, reunião daquilo, visita compartilhada... Tudo pra mim era muito novo (P3).

A fala dessa psicóloga remete à seguinte afirmação de Berger e Luckmann (1996/1966): “O mundo institucional é experimentado como realidade objetiva” (p.86). Assim, na sua entrada no “submundo institucional” do NASF foi necessário que ela se apropriasse dos conhecimentos já objetivados, renegociando saberes-fazeres e experiências no curso de suas interações, isto é, no decorrer de sua atuação.

E o outro desafio que eu tenho vivido é o seguinte: como fazer o matriciamento em si? Quer dizer, **como passar o conhecimento que é da psicologia, da nossa prática, que a gente faz com intuição** que já tá introjetado, pra Estratégia de Saúde da Família? Entendeu? Essa formação, a gente não tem a formação da própria prática, imagina a formação da educação em saúde, nessa relação da prática, entendeu? Quer dizer, como sistematizar um conhecimento que tá na nossa intuição, no nosso saber, colocar ele de maneira organizada e discutir com a equipe de maneira dialogada, de maneira compartilhada, sabe? Esse é um outro desafio que eu tenho sentido e me imposto, né? (P1).

Em concordância, Campos e Guarido (2010) destacam que o apoio matricial constitui um tipo de trabalho radicalmente apartado do fazer tradicional da Psicologia. Implica um desprendimento: poder ofertar a uma equipe de trabalho multiprofissional, interdisciplinar, o conhecimento adquirido. É importante salientar que, o matriciamento não significa a reprodução, por parte de outro parceiro da equipe, da formação acadêmica do psicólogo, mas sim, possibilitar que os saberes psicológicos favoreçam as relações com os usuários, potencializando a eSF a melhor escutar suas demandas e favorecer suas ações em benefício daqueles (CAMPOS; GUARIDO, 2010). Para tanto, cabe ao psicólogo repensar seus saberes e fazeres, superando a dimensão da “intuição”.

Conforme Onocko-Campos et al. (2011), o apoio matricial é uma importante ferramenta para a definição de fluxos, qualificação de equipes e promoção de uma assistência conjunta e compartilhada. Todavia, torna-se necessário que existam mais investimentos para a formação profissional e para a reformulação das práticas. Para os autores, um obstáculo é o confronto de paradigmas: biomédico x clínica ampliada.

Campos (2003) ressalta que os processos de matriciamento têm por finalidade promover a horizontalização das relações, por meio da construção de visões multi e transdisciplinares. Nesse aspecto, a descentralização promovida pelo Apoio Matricial pode desempenhar uma estratégia fundamental no trabalho em rede. Essa metodologia se relaciona com os princípios do SUS ao abarcar a universalidade do acesso, a integralidade e equidade, articulando-se com a Reforma Psiquiátrica, ESF e NASF. Uma das dificuldades apresentadas nesse processo é a articulação com os CAPS, responsáveis pela integração e retaguarda dos serviços especializados. Como demonstram o autor, existe conformidade em apontar que os casos referenciados têm como característica uma complexidade que demanda encaminhamento para

serviços especializados. Nesse sentido, torna-se importante a manutenção de um sistema de referência para tais condições: “casos de difícil manejo; refratários ao tratamento; quadros agudos; para pessoas que se beneficiariam de psicoterapia e aqueles que desejam que o atendimento seja feito por um psiquiatra” (HIRDES, 2015, p.374). Diante desses aspectos, são delineados condicionantes para a modificação de uma lógica de encaminhamento/desresponsabilização para a responsabilização: o Apoio Matricial necessita de profissionais engajados e comprometidos de ambos os “lados”, especialistas e generalistas.

As informações aqui apresentadas convergem com a pesquisa realizada por Cavalcante, Jorge e Santos (2012). Ao buscarem compreender como se tem dado o uso do apoio matricial na atenção infantojuvenil, os autores evidenciaram a quase inexistência de atendimento a esse grupo. Ademais, apontam para a pouca ênfase existente em estudos refletindo sobre essa prática, tal como a pouca visibilidade dessa faixa etária na ESF. Por fim, destacam a dificuldade de exposição dos pais em relação aos problemas de seus filhos às equipes do NASF como uma barreira da atenção (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012).

Os achados desses autores remetem à terceira dificuldade apontada para a execução dos grupos na eSF, do ponto de vista de alguns informantes desta pesquisa: a falta de adesão dos próprios usuários.

Começou um grupo de tabagismo há uns dois anos atrás que era no sentido de estimular as pessoas que quisessem a deixar de fumar tudo. Houve até uma capacitação pra isso só que o grupo, a adesão era muito pouca, começou a se dispersar aí acabou. Infelizmente. Eu ainda cheguei a participar uma vez mas a gente vê logo, quando você vai... as vezes tem mais profissionais do que pessoas da comunidade (risos). Tinha também um grupo de convivência [...] acabou também porque o pessoal não aderiu (P7).

Nesse contexto, emergem alguns processos de atribuição de causalidade³⁶ para justificar a resistência desses usuários, como por exemplo, compartilhar experiências pessoais por vezes delicadas com outras pessoas da comunidade, como violência intrafamiliar contra a mulher.

Inclusive tem eu eu observei, observei uma coisa porque veja, essas pessoas é... elas já tem muito pouca privacidade né onde elas residem. É uma área assim que... então elas têm medo de as vezes de se expor, de colocar... são assim as vezes muita coisa, tem caso de abuso sexual, de pedofilia, da mulher, a violência contra a mulher... E aí esse grupo convivência era pra expor o que você viesse à tona na hora que você quisesse, então elas preferiam uma delas mesmo disse “Doutor eu não vou pra um grupo dizer porque se eu falar uma coisa vão rir de mim, no outro, depois que sair do grupo vão comentar lá onde eu moro” tudo então tem essa insegurança. Elas têm razão né, eles têm razão (P7).

³⁶ Segundo Heider, ao perceber o meio social a pessoa vai além dos dados comportamentais e tenta encontrar relações que possam ajudar a explicar os acontecimentos variáveis. Na tentativa de explicar o comportamento dos demais, a pessoa pode atribuir o comportamento a fatores internos (a personalidade, a capacidade intelectual, as atitudes, etc.) ou a fatores externos (a situação, o azar, etc) (ÁLVARO; GARRIDO, 2006).

A seguinte entrevistada ainda aborda o desafio relacionado à formação de grupo com homens, pais especificamente. A mesma psicóloga que conduz o supracitado grupo com mães acerca do desenvolvimento infantil, quando interrogada a respeito da proposta de atividades com pais, evidenciou que a cultura do cuidado feminino, associado ao machismo, ainda se impõem como uma barreira para que os homens frequentem as unidades de saúde e se impliquem nos cuidados informais à criança. Por isso, as atividades desenvolvidas com esse público ainda são pontuais.

Até quando tem pai dentro de casa, ainda existe aquela permanência da cultura de que a educação do filho é um compromisso da mãe, num é? Então, eles ficam mais aquém, mais fora desse cuidado. [...] Aqui teve **o dia do homem**, aqui na Luís Wilson. Foi muito legal. Aí eu coloquei aquela música “o homem também chora”. A gente colocou ali e, assim, pra falar da necessidade do homem também de expressar suas questões afetivas. Muito bom! [...] eu acho que é uma questão também, sabe, da história, das famílias, da cultura, do machismo, num é, que fica acomodado assim (P4).

Como destacam Soares, Susin e Warpechowski (2013), as políticas públicas são desenvolvidas, em geral, tendo como consideração a população como um grupo homogêneo. Essa característica merece ser destacada para que o psicólogo assuma o compromisso de resgatar as particularidades dos sujeitos no âmbito dessa universalidade da política, possibilitando que a ordem do singular influencie na formulação das políticas. Por isso, há importância de uma atuação compartilhada com as equipes e serviços da rede, com seus espaços de grupos de discussão, estudo e supervisão, visto que representa o caminho para transformar as vivências em experiências compartilhadas, e estas experiências em saber (BROIDE, 2005 apud SOARES; SUSIN; WARPECHOWSKI, 2013).

De acordo com Bock (1999), no Brasil, a Psicologia assumiu um compromisso com os interesses das elites, negligenciando a maior parte da população. Nesse sentido, parece existir uma deficiência teórico-técnica nas intervenções desenvolvidas pela psicologia no âmbito da rede de assistência, decorrente da utilização de referenciais “tradicionais” que não se construíram com base nas particularidades da realidade brasileira. Para a autora, é imprescindível que exista um avanço nas discussões dessas referências, de modo a enfatizar o compromisso ético-político da Psicologia com as especificidades dos contextos nacionais. Desse modo, a defesa de Bock (1999) é explícita: “o trabalho do psicólogo deve apontar para a transformação social, para a mudança das condições de vida da população brasileira” (p. 325).

CAPÍTULO 4 – AS EXPERIÊNCIAS DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: A construção da demanda como objeto e prática social

4.1 INTRODUÇÃO

Este capítulo foi construído visando aprofundar a análise das representações sociais subjacentes às práticas de psicólogos do NASF no tocante ao cuidado de crianças em sofrimento psíquico. Tendo o capítulo anterior se voltado para a compreensão do panorama da RAPS infantojuvenil do Recife, com foco para a investigação do papel e funcionamento do NASF e das práticas e desafios vivenciados no cotidiano do trabalho das/os psicólogas/os, buscou-se circunscrever o contexto no qual as práticas de cuidado à saúde mental infantil são vivenciadas.

Seguindo um movimento de “figura-fundo”, a partir de agora nos debruçaremos sobre essas práticas e experiências, que foram discursivamente objetivadas através de um recurso metodológico específico utilizado nas entrevistas realizadas com as/os psicólogas/os do NASF. Como observável no Apêndice C, solicitou-se às/aos entrevistadas/os que relatassem algum caso clínico com criança em sofrimento psíquico acompanhado no âmbito do NASF.

Este recurso se aproxima do que Flick (2000) denomina de entrevista episódica, que visa à “contextualização” das experiências e acontecimentos a partir do ponto de vista do entrevistado” (p.127), e tem por princípio solicitar ao entrevistado que relembre e conte alguma situação específica. Segundo o autor, a partir da narrativa de um episódio é possível analisar o conhecimento cotidiano do entrevistado sobre determinado campo ou tema. Pressupondo que este grupo de sujeitos – psicólogas/os atuantes no NASF – possuía experiências relevantes ao tema de estudo, construiu-se um roteiro de entrevista que combinasse perguntas mais gerais com convites para que a/o entrevistada/o narrasse acontecimentos concretos. Ademais, ofereceu-se abertura para que essas/esses escolhessem o caso que quisessem relatar, assim como a possibilidade de decidir sobre a forma de apresentação do mesmo (FLICK, 2000).

Pode-se definir uma narrativa “como o discurso construído na ação de se contar histórias em contextos cotidianos ou institucionais, em situações ditas espontâneas ou em situação de entrevista para pesquisa social” (BASTOS; BIAR, 2015, p. 99). Para Bastos e Biar (2015), contar histórias possibilita aos indivíduos organizarem suas experiências de vida e construírem sentido sobre si mesmos, ao mesmo tempo em que, analisar histórias propicia o aprofundamento de inteligibilidades da vida social. Trata-se, assim, de uma ferramenta privilegiada para a investigação de problemas de pesquisa que envolvam processos identitários e interacionais.

Assim, no decorrer das entrevistas as/os psicólogas/os foram contando alguns casos, seja atendendo ao convite da entrevistadora seja espontaneamente, quando do processo de falar sobre o cotidiano de sua atuação emergia na lembrança e no discurso algum acontecimento que julgavam pertinente para ilustrar determinada questão, enriquecendo a narrativa e contribuindo aos interesses de nossas pesquisas (de Fernanda Vasconcelos e minha).

Realizadas as entrevistas episódicas, foi necessário tomar mais uma decisão concernente à análise desses casos. Diferentemente das técnicas utilizadas até este momento, optou-se por evitar operações de classificação e categorização nesta etapa ou mesmo de comparação entre os diferentes casos, embora Flick (2000) aponte que esta seja uma possibilidade para a análise de entrevistas episódicas. Interessada em privilegiar a experiência desses sujeitos, após separação e leitura dos relatos de caso, selecionou-se 1 (um) para a realização de uma análise narrativa considerando cada caso como único e singular, ao mesmo tempo em que atravessado por fatores sociais, institucionais, político-econômicos e culturais. Para a seleção desse caso, utilizaram-se 3 (três) critérios principais: 1) histórias que continham um conjunto de informações, que apresentassem um desencadeamento de ações e eventos, com início, meio e fim; 2) casos que concentrassem aspectos pertinentes aos objetivos propostos no estudo; 3) casos que de certa forma também representassem outras histórias, apontando para algumas tendências no campo.

Para o tratamento desses episódios/casos, baseou-se em Biar e Bastos (2015), que retomam as proposições de Labov e Waletzky (1968) e Labov (1972), fundadores do modelo canônico³⁷ da narrativa. Em decorrência da linearidade da fala, existe na narrativa uma especificidade técnica em que a concatenação de orações corresponde à sequência de eventos cronológicos passados. Como descreve Labov (1972), uma narrativa organizada obedece a seguinte estrutura: 1. *Sumário*: diz respeito a um resumo preliminar daquilo que acontecerá a seguir, uma introdução do tema e as justificativas pelas quais a história é contada; 2. *Orientação*: é a identificação dos personagens, do tempo, do lugar e das atividades narradas, indispensáveis à contextualização da sequência de eventos; 3. *Ação complicadora*: elemento imprescindível para a caracterização de um discurso narrativo, correspondendo às ações sequenciais temporalmente situadas de orações narrativas. É quando o narrador passa a contar o que se passou, deixando de contextualizar a história; 4. *Avaliação*: é o processo de explicitar

³⁷ Baseado em Bruner (2009), pode-se dizer que o canônico corresponde à norma. Para o autor, a narrativa tem por característica própria gerir os desvios em relação aquilo considerado canônico. Elaborar uma história possibilita dar um significado a um evento ou comportamento. Sendo a narrativa uma sequência de eventos, estados mentais e situações que envolvem os seres humanos como personagens ou como atores, tem a potência de estruturar a experiência.

a postura do narrador em relação à narrativa, enfatizando algumas de suas partes em comparação a outras; 5. *Resultado*: é a manifestação do desfecho da complicação narrativa; 6. *Coda*: diz respeito à síntese de encerramento que avalia os efeitos da história e/ou retoma o tempo presente da interlocução.

Esse processo de contar histórias em interação assume uma centralidade cultural e uma organização regrada que é parte dos métodos implícitos de que o ator social utiliza para interagir em sociedade. O ator social reconhece as situações em que são permitidas/exigidas as histórias, aquilo que pode ou não ser contado em uma contingência social, isto é, o modo de partilha dessa experiência. Esse saber está acessível, por exemplo, na sistematicidade e previsão, por parte dos interlocutores, do momento de cessar da troca de turnos necessária à introdução da narrativa na conversa, pois ao contar histórias, situamos os outros e a nós mesmos em uma rede de relações sociais, crenças, valores: estamos construindo identidades (BIAR; BASTOS, 2015).

Nesse sentido, este capítulo é resultante de uma combinação da análise de um episódio narrado por um dos psicólogos do NASF com as demais informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas.

4.2 COMO COMEÇA A HISTÓRIA?

Inicia-se essa discussão situando o fluxo assistencial e as principais demandas relativas às ações de saúde mental. A justificativa para iniciar pela demanda em saúde mental se dá por ser o elemento disparador da narrativa de suas experiências. É a partir das demandas que as/os profissionais começam a delinear suas ações. Trata-se do ponto de partida e de chegada: as experiências de cuidado se delineiam, portanto, a partir do momento em que os profissionais acolhem uma determinada demanda endereçada pelas equipes de Saúde da Família; ao mesmo tempo, é por essa via que se dá o desencadeamento das ações desempenhadas, estruturando as práticas profissionais.

Nesse sentido, as/os psicólogas/os do NASF informam que as demandas usual e preferencialmente são repassadas em reuniões mensais junto às equipes.

Bom, a gente tem um cronograma de atividades onde a gente tem, é, são oito equipes, a gente tem oito reuniões mensais com cada equipe, aí nessas reuniões aí são repassados os casos né, que eles... Primeiro porque eles que são a porta de entrada, então eles atendem, fazem meio que uma triagem, o que eles acham que precisa de acompanhamento da equipe NASF eles encaminham pra cá, pra gente, numa reunião de discussão de caso, né? (P5)

Assim, considerando que uma eNASF apoia entre 8 e 9 eSF há uma reunião fixa com cada uma dessas, onde casos e encaminhamentos são discutidos e são traçados o planejamento

das ações: *“Cada equipe tem em média 5 mil, 4 mil, 5 mil usuários, cada equipe dessa e... Nós procuramos ter conhecimento das demandas e fazer esse apoio através das reuniões” (P3).*

As/os informantes explicitam que, ao serem discutidos nas reuniões, os casos são analisados junto às equipes multiprofissionais da ESF e do NASF, e não apenas por um profissional especificamente, conforme a proposta da clínica ampliada.

A gente tenta não pegar esses casos nos corredores, porque muitas vezes acontece, né? Ai ta eu lá, “Roberta eu preciso que tu atenda porque não sei que, não sei que” eu disse “é urgente?” “É!” “Então a gente vai atender agora!” Se a gente tiver com horário... Por exemplo, aqui com vocês, se chegar uma médica pedindo pra atender uma urgência a gente vai e atende, como já aconteceu, mas se não for muito urgente vamos esperar pra reunião, né, pra gente tá discutindo esses casos. Porque aí na reunião tá enfermeiro, tá o dentista, tá agente de saúde, tá toda a equipe da gente também, porque a gente pode ter um olhar diferenciado (P5).

Todavia, todas/os revelam realizar atendimentos pontuais advindos por demanda espontânea de ACS (Agentes Comunitários de Saúde) ou usuários, desde que possuam caráter emergencial.

Dizer que só chegam através de reuniões é a gente colocar a coisa muito perfeita. O ideal seria se isso chegasse só nas reuniões. Mas só que vocês sabem que na saúde da família num para, as vezes a pessoa tá aqui, o médico tá, chega um caso difícil, se toda vez ele for ficar deixando lá ou o enfermeiro ou o agente de saúde guardar, esperar para a próxima reunião, aquilo já... e assim, tem coisas que é pra agora. Então eles ligam né, hoje em dia com o whatsapp ajuda bastante né, facilita um pouco, eles mandam mensagem assim, quando é alguma coisa de urgência, ai a gente já tenta se organizar pra, pra atender mais rápido (P6).

Desse modo, alguns profissionais revelam a preocupação em não reforçar essa prática, a fim de garantir a integralidade da atenção e respeitar a lógica do fluxo assistencial. Além do encaminhamento de demandas via eSF e das demandas espontâneas advindas da família, outra via de acesso se dá pela escola. Nesse sentido, Tszesnioski et al. (2015), relembram, que tanto as Unidades de Saúde da Família como as escolas apresentam um quantitativo significativo de crianças com necessidades de cuidados em saúde mental.

No âmbito da atenção básica esse canal foi institucionalmente reconhecido na criação do Programa Saúde na Escola (PSE). Segundo Brasil (2009), o PSE tem por objetivo promover atenção integral à saúde de crianças e adolescentes no ensino público, através de avaliação clínica e psicossocial e intervenção de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2009). Trata-se, portanto, de um projeto da Estratégia de Saúde da Família em parceria com a escola, o qual o NASF apoia. Nesse sentido, as atividades desenvolvidas junto ao PSE constituíram um dos destaques no tocante à atenção à infância.

A gente é muito demandado pelas escolas da comunidade também. Existe um programa chamado PSE, Programa Saúde na Escola, não sei se vocês já conheciam. A gente é chamado, os profissionais do NASF são chamados pra fazer a participação dentro do que cada... Então o psicólogo é muito chamado pra ver menino com

problema. Problema de aprendizagem, problema de comportamento, agressivo, bate nos colegas, enfim, a gente é muito chamado pra fazer essa, essa escuta [...] A escola chama, a gente vai, faz a escuta lá, orienta os pais e tal. Quando uma criança é da área coberta pelo PSF a gente acaba dando a continuidade na própria Unidade de Saúde (P2).

Nesse sentido, Tszesniosk et al. (2015) destacam a importância dos profissionais do setor da educação na identificação de alterações comportamentais nas crianças. Para os autores, a escola emerge como forte apoio às famílias e pode requisitar a estas avaliação e tratamento adequados. A entrevistada abaixo exemplifica como se dá essa relação:

Na verdade, o PSE é o programa saúde na escola, onde trabalha a unidade de saúde e o NASF. Nós dois. Essas duas equipes tão lá pra fazer uma avaliação da criança, né? Às vezes tem a escola. A gente, quando a gente dava cobertura a uma outra unidade, eram mais de 800 crianças pra dar conta. A gente não tinha condições. E a gente pedia ajuda aos professores, e eles faziam a avaliação dentro da, da, da sala deles, quem que eles acham que poderia ter uma dificuldade. E aí eles encaminhavam pra gente (P5).

Observa-se, portanto, que profissionais da educação e saúde são postos como parceiros no processo de cuidado (TSZESNIOSKI et al., 2015). Essa parceria é um aspecto imprescindível para a consolidação da intersetorialidade com vistas ao cuidado integral. Nesse sentido, verificou-se que as ações desenvolvidas junto ao PSE também se pautam na distribuição social do conhecimento:

Aí a gente pega, faz esse atendimento individual, de criança por criança, geralmente é assim. Aí vai a médica, com a nutricionista, a enfermeira com a nutrição, então mede peso, medida [...] Aí vai a médica com a assistente social, aí trabalha a questão da violência, aí é questão mais de matriciamento, né? [...] A gente chama, a gente sempre chama os pais pra participar. [...] E aí depois vai a TO junto com a psi. Aí a gente vendo criança por criança. Ela faz lá a avaliação dela, se tá coerente com o desenvolvimento deles, aí a gente conversa, a gente tenta observar a hora de brincar, como é que eles estão, como reagem e tal, depois a gente conversa com os ADI (Agente de Desenvolvimento Infantil) pra saber se eles observam alguma criança chegando relaxada, ou que ela chora muito quando toca nas partes íntimas dela, né? Se ela chega... com a higiene descuidada (P5).

Nesse âmbito, foram identificadas atitudes tanto negativas quanto positivas em relação ao PSE. A maioria da/os psicólogas/os entrevistadas/os avalia positivamente esse tipo de atividade de educação em saúde: *“É massa, é muito massa”* (P5); *“Se não fosse na, na, o PSE certamente as ações seriam muito mais pontuais e dispersas. Nas escolas, sabe? É, agora... Isso ajuda muito. [...] De maneira geral a gente tem uma boa relação com as escolas que têm o PSE”* (P1). Contraditoriamente, o seguinte entrevistado opina:

Porque tem aquele programa do PSE que eu acho que deixa muito a desejar. A gente, assim a gente tá muito sobrecarregado e o PSE às vezes, na maioria das vezes eu digo por experiência própria, a gente chega nas escolas e a gente não tem a devida receptividade digamos assim, e esses programas assim, precisa do do do da adesão de ambas as partes, né? [...] quando a escola adere, quando a comunidade também, funciona (P7).

Assim, esse psicólogo entrevistado admite que não se propõe a desenvolver determinadas atividades solicitadas pela escola, tal como ministrar palestras para crianças e adolescentes. Segundo ele, sua recusa é baseada numa dificuldade pessoal (de falar em público) somada a uma experiência prévia negativa no desempenho dessa tarefa, tal como relatado:

Tem coisa que eu me recuso a fazer também, isso de por exemplo palestra em escola, não vou dizer a vocês, eu detesto falar em público e eu já tive (risos) uma experiência péssima que eu fui pra uma escola [...] Ninguém queria nem ouvir nada, dessa vez foi sobre, na época, sobre sexualidade. E eu não tenho paciência nem, eu digo até eu não tenho mais idade pra... nem tolerância pra poder... bando de de pessoas que não tão nem ai tudo, você ta tentando passar alguma coisa. Aí é complicado a gente também tem nossos limites né (P7).

Observa, portanto, o atravessamento de diferentes aspectos evidenciados pela dimensão da experiência sobre o desempenho dos papéis nesse contexto, tais como: crenças, valores, e outros aspectos reconhecidos como limitações “individuais”. Desse modo, novamente ressalta-se que o entrevistado atribui o “fracasso” do PSE à falta de adesão dos próprios usuários (no caso os alunos), não refletindo sobre sua própria atuação: outra ilustração da (des)vinculação e (des)responsabilização do profissional para com essas demandas.

Então foi muito interessante e a gente sempre tem demanda dessa escola, né? Pedindo isso, pra trabalhar principalmente em relação à violência, à sexualidade das crianças e dos adolescentes. A gente também trabalha com o PSE numa creche nesse mesmo território, que também tem muitas questões de conflitos, é... de conflito familiar e de sexualidade, por incrível que pareça com crianças de creche! Então é criança de 0 a 3 anos de idade, daí a gente tira, né? É... então a gente já fez, a gente já fez algumas, algumas intervenções lá e tem feito, e é bem interessante... eu tenho atendido algumas mães e algumas crianças também nesses locais (P8).

Além das barreiras impostas pelos próprios profissionais do NASF (como ilustrado por P7), outros entraves são apontados para a consolidação deste programa, tais como: o excesso de demanda e o fato de nem todas as eSF estabelecerem vínculos com a escola via PSE. Esse programa, assim, emerge como um mediador da articulação entre saúde e educação. Ou seja, alguns informantes relatam que nas escolas que não possuem o PSE essa relação é pontual e pouco sistemática.

Nessa perspectiva, demonstrou-se como as demandas referenciadas às equipes do NASF são originárias do setor educacional, que ocupa um papel preponderante, mas não exclusivo, no âmbito das experiências profissionais dos psicólogos entrevistados. Desse modo, segue-se a discussão demonstrando as especificidades dessas demandas.

4.2.1 Das demandas para a/o psicóloga/o do NASF: “*chega de tudo!*”

Interrogou-se às/aos entrevistadas/os quais seriam, no bojo de suas experiências, as principais demandas que lhes eram endereçadas enquanto psicólogos/as do NASF. De modo geral, todas/os contextualizam que as demandas são repassadas nas reuniões mensais que ocorrem junto às equipes de saúde da família no formato de caso clínico, conforme o fluxo assistencial já explicitado.

Nesse âmbito, de antemão, várias/os informantes enfatizaram a diversidade das questões emergentes no território no tocante à saúde mental: “*As demandas que mais chegam? **Chega de tudo** (risos). **Chega de tudo...***” (P3). A narrativa seguinte exemplifica essa “totalidade” referida pelas/os psicólogas/os:

Porque é, por exemplo, na saúde mental a gente não vê só a saúde mental da infância, da criança, do bebezinho né. A gente vê também do adulto, do idoso, do adolescente. Vê a questão das drogas, do uso, uma coisa de álcool e outras drogas. A violência tudo, tudo que você imaginar. Colocando isso de lado a gente vai pras outras doenças, todas as outras. Agora a gente tem... dengue, né, tem um monte de coisas de outras doenças. Doenças que a gente acha que as vezes não existe mais... ai quando você vê... poxa, um monte de gente com tuberculose né, e não é a mais simples, é das mais graves que às vezes nem tem mais tratamento de tanto que se esgotou as possibilidades (P6).

Tais relatos convergem com o caráter generalista da atuação no nível da atenção primária em oposição ao especialismo próprio dos demais níveis assistenciais. Segundo Brasil (2013b), as famílias devem encontrar na AB sua possibilidade mais imediata de apoio, no que concerne aos cuidados básicos de saúde, ao diagnóstico, à prevenção de agravos e às ofertas de reabilitação, responsável ainda pela articulação com outros equipamentos de atenção, quando necessário. Por conseguinte, é onde ocorre o acompanhamento ao longo da vida das pessoas (BRASIL, 2013b). A organização do cuidado, portanto, deve se balizar pelas necessidades de saúde da população de cada território.

Apesar da relatada diversidade, foi possível realçar as principais demandas e verificar similaridades nos discursos das/os entrevistadas/os. De modo geral, observam-se distinções de 2 (duas) ordens principais: uma da ordem do contexto social e outra nomeada pelos transtornos mentais, as quais serão descritas separadamente, porém analisadas em suas possíveis articulações.

De modo geral, as/os psicólogas/os concebem que são muito procurados diante de sofrimentos psíquicos relacionados ao contexto familiar e social do sujeito, marcado por perdas e lutos, violência doméstica, etc.

É... e tem muito caso que são sofrimentos psíquicos. São pessoas que têm uma história de vida muito sofrida, por uma razão ou outra. Então essas dores, elas aparecem muito. Eu diria que seria a maioria dos casos. O que é uma coisa muito difusa. Todo mundo tem a sua dor, mas são coisas desse nível, que precisam dessa escuta. Um acolhimento ou então uma escuta que você consiga dizer alguma coisa para aquela pessoa que ela

consiga respirar, naquela hora. Pronto, eu acho que essa é a grande demanda que chega mais pra gente. Essa escuta. [...] São as dores, as dores que a pessoa traz. Geralmente são histórias muito duras, a gente tem muita história de desrespeito, desrespeito, né? De violência. Violência física, violência psíquica na história daquelas pessoas, então são essas histórias que chegam mais pra gente (P2).

Outro aspecto que se evidencia muito fortemente é o uso de álcool e outras drogas, como o crack, que se presentifica em suas relações com problemas familiares. *“Muito problema de drogadição. [...] Agora muita questão de drogadição de crack, tem aparecido muita coisa. Muita coisa. Da família demandando ou do próprio usuário demandando. O pedido para um suporte”* (P2); *“É... O contexto familiar adoecido também, uso de droga”* (P4).

Nesse âmbito, a “deseestrutura familiar” é posta em evidência explicitamente no discurso de alguns para justificar e explicar essas problemáticas: *“Tem muitos casos assim de pessoas que tão... de problemas mesmo interpessoais né, familiares a falta de estrutura familiar, a deseestrutura familiar é muito grande. Ai como eu disse de violência contra a mulher, contra a criança também”* (P7).

A segunda ordem de demandas se refere aos transtornos mentais, em sua variedade de tipos e graus. Dentre estes, ressaltam-se os transtornos de humor, como transtorno bipolar e depressão, quadros de ansiedade e transtornos psicóticos, como esquizofrenia: *“Psicólogo é mais chamado pra casos de, de, de transtorno afetivo, né? De, de, de depressão mesmo. [...] Tem muitos casos de transtorno mental, depressão, é... Tentativa de suicídio tem bastante”* (P4).

Ademais, em relação ao perfil da população, para algumas/uns psicólogas/os, essas demandas se destacam entre as mulheres. Um dos entrevistados reflete que este quadro se relaciona com o fato das mulheres histórica e culturalmente dedicarem-se mais ao autocuidado em comparação com os homens. *“Primeiro, perfil de gênero. A principal demanda que chega são mulheres, né? Historicamente se cuidam mais. São mulheres com casos de, de depressão leve, ou é... Ansiosas, com queixas... da vida, né? De N formas”* (P1).

Além das mulheres, as solicitações para a atenção à infância também são expressivas no cotidiano da atuação da maior parte das/os psicólogas/os entrevistadas/os: *“A criança que sofre de maus tratos, a violência, o uso de droga muito cedo dos meninos, a dificuldades nas escolas”* (P6).

Isto posto, cabe refletir como as demandas em saúde mental no âmbito do NASF são construídas no atravessamento de aspectos científicos, culturais e sociais, num intercruzamento de saberes que ao guardarem distintas origens e funções propiciam a manutenção de persistentes

dicotomias e contradições. Uma delas diz respeito à segregação entre saúde mental e atenção básica. Brasil (2013) propõe que,

Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde (BRASIL, 2013a, p. 29).

Alguns relatos notadamente são construídos em torno dessa dicotomia, como destacado a seguir: “*Às vezes **casos de saúde mental mesmo**, assim problema de esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão tem muito muito, seja por N coisas*” (P7); “***Agora dos casos de saúde mental**, ai meu amigo, você vai ter toda a diversidade possível e imaginável, você vai ter todas elas*” (P1).

Talvez um dos fatores que justifique essa divisão entre os casos de saúde mental “mesmo” e os outros casos seja a recente inserção da Saúde Mental na atenção primária, historicamente reservada ao campo das especialidades, como hospitais, ambulatórios e CAPS. Como mencionado, é a partir da criação do NASF, pela Portaria nº 154, de 4 de Janeiro de 2008, que as ações em saúde mental passam a ganhar relevo na atenção básica, coerente com as propostas do SUS de descentralização, territorialização e concepção de saúde como fenômeno complexo. Trata-se, assim, de um terreno novo de atuação para os psicólogos/os, como explorado no capítulo anterior.

Ademais, chama atenção como a ideia dos “casos de saúde mental” se associam discursivamente com as classificações de *transtornos mentais*, apontando a existência de outros elementos envolvidos. Primeiramente, é importante contextualizar que o uso do termo *transtorno mental* surge na psiquiatria para substituir a expressão “doença mental” e representa o reconhecimento do caráter heterogêneo, abrangente e complexo do adoecimento psíquico. Isto é, a palavra “doença” implica numa etiologia conhecida. O conceito “transtorno mental”, por outro lado, definido como alterações em dimensões subjetivas e comportamentais, não é delimitado em termos de uma causalidade mental/não-física. Refere-se a um processo resultante da intrincada e complexa interação de fatores genéticos/ biológicos e ambientais/ sociais (BRASIL, 2013b).

Considerando que “a linguagem realiza um mundo, no duplo sentido de apreendê-lo e produzi-lo” (BERGER; LUCKMANN, 1996/1966, p. 204), mais uma expressão que se diferencia no discurso das/os psicólogos/os é o “sofrimento psíquico”, outra “invenção” que o campo da Saúde Mental propôs no intuito de superar a lógica iatrogênica embutida nos diagnósticos psiquiátricos. Segundo Amarante (2007) o risco de reducionismo das múltiplas possibilidades de existência humana é inerente a qualquer tentativa de categorização.

Assim, a expressão “sofrimento psíquico” representa uma tentativa de ruptura do atual campo da saúde mental, caracterizado pela pluralidade e transversalidade de saberes, com a psiquiatria clássica, que nasce e se consolida a partir da constante criação e formulação de categorias nosográficas para o adoecimento psíquico. Trata-se de uma “atitude epistêmica” de colocar a “doença entre parênteses” (p. 19) e deslocar o foco para a experiência vivida por um sujeito que sofre. Esse movimento não nega a existência de que há algo que gera mal-estar, senão a capacidade absoluta do saber psiquiátrico compreender o fenômeno da loucura (AMARANTE, 2007). Nesse sentido, esclarece-se que:

O lugar estratégico que a expressão ‘saúde mental’ ocupa hoje no discurso da reforma está relacionado a dois aspectos: servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (TENORIO, 2002, p.31)

Outra diferença evidenciada diz respeito justamente à polissemia e aos contextos de uso dos termos “transtorno mental” e “sofrimento psíquico”. Enquanto a palavra transtorno se remete às possibilidades diagnósticas e a condições individuais (*“Transtorno. Transtorno mental. É muito gigantesco... então assim a gente tem, tem muitas mulheres que tão na, que tão em estado de humor deprimido”* – P8), a expressão “sofrimento psíquico” aparece mais associada às histórias de vida (*“Tem muito caso que são sofrimentos psíquicos. São pessoas que têm uma história de vida muito sofrida, por uma razão ou outra”* – P2).

Em consonância, o “Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde mental” orienta os profissionais da atenção básica a refletirem que o sofrimento psíquico não se restringe aos indivíduos que receberam algum tipo de diagnóstico, mas está presente na vida de todos/as e cujas causas da manifestação precisam ser entendidas singularmente. Ademais, a cartilha ratifica:

Saúde Mental, portanto, **não será** abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico. Além disso, compreendemos as **doenças mentais** – nos casos em que possam receber tal denominação – muitas vezes caracterizam-se como **doenças crônicas**, ou seja, como algo com que o sujeito precisará conviver ao longo da vida, como é o caso de diabetes ou doenças degenerativas (BRASIL, 2013a, 14-15).

Compreende-se que o objetivo desse material também é favorecer o esclarecimento acerca do sofrimento psíquico como um objeto mais familiar para os profissionais de saúde da atenção básica que se deparam cotidianamente com esse tipo de demanda. Ao comparar as doenças mentais (não os *transtornos* mentais) às doenças crônicas, insere-se esse “novo” objeto

num sistema pré-existente, num arcabouço de doenças amplamente conhecidas (como a diabetes). Considera-se que apesar das críticas em torno do “velho e equivocado dualismo corpo/mente”, o exemplo oferecido na sequência termina por contrapor, mais uma vez, doença/saúde física *versus* doença/saúde mental (BRASIL, 2013a).

Destaca-se que esse material foi exclusivamente desenvolvido a partir do reconhecimento acerca das dificuldades das eSF em lidarem com as demandas de saúde mental no território, tal como relembra a gestora entrevistada:

A gente a nível de prevenção e de promoção a gente tá muito frágil. E aí o Ministério lança um caderno que chama o caderno 34. Esse caderno 34 é a atenção básica trabalhando a saúde mental no território, então há uma diretriz e aí hoje mesmo eu tava num fórum falando disso, e aí eu perguntei na atenção básica quem é que leu o caderno 34. (risos) Porque assim, não lê o caderno 34 né? (Gestora).

Assim, considerando que os casos de saúde mental são repassados para as/os psicólogas/os pelas equipes de Saúde da Família, cabe refletir sobre o modo como esses profissionais também vêm reconhecendo e lidando com essas demandas. Por isso, buscou-se analisar as representações que os profissionais da ESF constroem e compartilham acerca desse objeto social, pois se observou que essas subsidiam práticas relativas ao cuidado ofertado na atenção básica.

Existe uma particularidade a respeito desta questão que merece ser discutida: o incômodo causado aos profissionais sejam eles da atenção básica ou da saúde mental, com as demandas de saúde mental. Em outras palavras, é o encontro com a alteridade que mobiliza o estranhamento e desconforto diante das “loucuras”.

É, porque a saúde mental ela incomoda muito. [...] Porque mexe com a pessoa que tá atendendo também. [...] Aí ela precisa de um suporte maior porque profissionais que não são da área de saúde mental, são da atenção básica tenha um suporte para trabalhar com saúde mental, né? Eu peguei alguns casos desses assim. [...] Precisa do NASF pra coisa rodar, tá entendendo? E eles que tocam, eles não têm a formação, né, da área. Então precisa do NASF para uma assistência direta ou para a articulação da rede. Pra dar um suporte pra um caso mais grave (P2).

Tais representações acabam por orientar o encaminhamento indiscriminado de toda e qualquer natureza para a/o psicóloga/o do NASF, revelando uma inabilidade ancorada no preconceito frente à “loucura”, das eSF em manejar e lidar com a multiplicidade de expressões do sofrimento psíquico. Esse preconceito se objetiva na figura do psicólogo como único profissional legitimado e competente para lidar com essa questão. *“Na equipe de saúde, mas principalmente com os ACSs, que é tudo assim “descompensou, chama a psicóloga”. E assim, a questão de um acolhimento, de você escutar o outro, de você se mostrar disponível pro outro, você não obrigatoriamente precisa ser psicólogo pra isso não”* (P3).

De transtorno, de saúde mental, aí os outros profissionais ficam um pouco **inseguros** pra lidar com isso, porque é uma coisa que a gente tenta derrubar, mas existe um **preconceito** com a saúde mental de que o profissional de saúde mental são os únicos profissionais que compreende a pessoa de transtorno, com transtorno mental, né? Mas não é, não é isso, qualquer um pode ter um entendimento, então tinha... Você acredita, no primeiro dia do grupo um profissional, um agente de saúde chegou pra mim e disse assim: “ah, eu to tão feliz de perder meu **medo**”. Eu digo “**medo** de quê?” O **medo** de tá junto dessas pessoas, **medo** por quê? “Não porque assim a gente não sabe o que é que eles vão fazer, eu tinha **medo** de ser atacada, **medo**...” Então é muito preconceito ainda, né (P4).

Nesse sentido, considerando que o campo de intervenção das Equipes de Atenção Básica se caracteriza pela proximidade com famílias e comunidades, cotidianamente estas se deparam com questões relacionadas à saúde mental (BRASIL, 2005b; VECCHIA, MARTINS, 2009).

Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes em situação de sofrimento psíquico. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde. Além disso, esperamos que as reflexões propostas neste caderno possam criar no profissional da Atenção Básica uma abertura, um posicionamento, uma espécie de respaldo interno ao profissional para se colocar disponível como ouvinte e cuidador, no momento que estiver diante de um usuário com algum tipo de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013a, p.19).

Dessa forma, é proposto que todos os profissionais atuantes na Atenção Básica desempenhem ações de Saúde Mental. Deve ser pelo âmbito de compreensão territorial e vinculação das equipes de Saúde com os usuários que se mobilizam os cuidados no campo da saúde mental e não por uma questão de escolhas ou identificações acerca de interpretações sobre a saúde mental (BRASIL, 2013a).

Ademais, reconhece-se que mesmo os profissionais especialistas em saúde mental elaboram suas intervenções a partir das vivências nos territórios. Ou seja, o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos pacientes e de suas comunidades (BRASIL, 2013a).

Félix (2014), assim como outros pesquisadores (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; FALAVINA; CERQUEIRA, 2008; VECCHIA; MARTINS, 2009; PASSOS, 2012), apontaram uma série de obstáculos no acesso das crianças ao cuidado integral em saúde mental, como barreiras de cunho geográfico, insuficiência de serviços e profissionais na rede e conduta inadequada por parte dos profissionais de saúde no tocante à avaliação, diagnóstico e encaminhamento para tratamento. Segue abaixo um dos relatos das entrevistas realizadas naquela pesquisa (FÉLIX, 2014, p. 94), quando uma mãe revelou que embora suspeitasse e insistisse que havia algo de errado com o desenvolvimento do seu filho e buscasse meios para intervir precocemente, deparou-se com entraves para encontrar profissionais qualificados:

Porque eu via a diferença de desenvolvimento dele para o irmão. E já falava à pediatra, né? Mas a pediatra: não, não compare não. Num sei que lá. “Eu não tô comparando não, estou querendo dizer a senhora que existe uma faixa de tanto a tanto que a criança deve fazer isso, isso e isso. Se essa criança não tá dentro dessa faixa, então alguma coisa de diferente tem”. Ai ela me disse: pronto, então faça uma coisa: bote na escola. Ai eu peguei e coloquei na escola com 1 ano e 7 meses. Só que depois disso com 1 ano e 8 meses ele perdeu a fala totalmente, deixou de falar. Ai eu comecei a ir pra vários médicos, vários médicos fazer exame. Não tem profissional, médico que não sabe o que diz, não conhece de autismo praticamente nada, uma doença que tem mais de 60 anos. Não tem profissional, não tem. “Não, não tem nada não, esse menino é normal”. Como é que o menino é normal se o menino deixou totalmente de falar? Isso não é nada normal, né? [...] Fiz exame de cabeça, de mudo pra ver se era mudo, se era surdo, o que que era, não era nada. Ai... e os médicos continuavam dizendo: não, não é nada demais não, é uma fase, até os 4 anos ele vai falar. E até hoje ele não fala.

Os exemplos até aqui apontados demonstram que ainda há uma distância entre saberes e fazeres voltados para a ressignificação das crenças relativas ao fenômeno da “loucura”. Enquanto construtora da realidade, a linguagem tem papel fundamental nesse processo. Não por acaso existem esses movimentos de (des)construções e (re)nomeações: loucura – doença mental – transtorno mental – sofrimento psíquico. Contudo, o uso dessas terminologias por si só não representa a adoção de práticas antimanicomiais. Do mesmo modo, alguns serviços de saúde substitutivos podem revelar outras ordens de cronicidade.

Como afirma Barros (2003) outra possibilidade de cronicidade construída no bojo da reforma psiquiátrica é tratar o sujeito como usuário-paciente. Ou seja, como passivo diante do desafio de produzir outras formas de subjetividade em contextos sociofamiliar e sociopolítico precários e adversos, tal como evidenciado em alguns relatos que culpabilizam a família “desestruturada” pelo sofrimento psíquico.

Assim sendo, a **adoção** da categoria “sofrimento psíquico” como norteadora do cuidado emerge como condição imprescindível para a desconstrução da dicotomia saúde física/saúde mental, assim como para a superação de paradoxos resultantes da construção histórica da prática psicológica (SPINK, 2013).

Em suma, ratifica-se que à atenção psicossocial está subjacente a contestação da hegemonia do saber biomédico como ordenador dos corpos, dos cuidados e como única lente de interpretação do sofrimento humano. Porém, nas entrevistas analisadas não parece ocorrer a superação desse paradigma. Mas sim, a coexistência de epistemologias distintas que balizam o campo da saúde e colocam em conflito e negociação as concepções e práticas desses profissionais. A fala de P1 ilustra esse movimento:

Os esquizofrênicos e a **questão de falar de diagnóstico é muito estranho**, né? Falar disso. **Você fala da história das pessoas, né?** Mas o perfil como tem que ser é o mais variado possível. É o mais variado possível de casos. **Agora tem tantos que fica difícil dizer o perfil de casos de transtornos.**

Sabe-se que à medida que a Saúde passou a se configurar como objeto de estudo de diversas disciplinas, paradoxalmente o conhecimento foi se desenvolvendo e se fragmentando. Por isso, enfrentar a complexidade do fenômeno saúde/doença implica em superar a justaposição de saberes, analisando os confrontos e os desafios da articulação entre esses (SPINK, 2013). Trata-se de um processo fundamental quando se reflete sobre o trabalho necessariamente interdisciplinar que caracteriza a prática profissional e as atividades desenvolvidas pelo psicólogo na atenção básica.

Diante disso, apresenta-se a seguir um caso emblemático de atenção à saúde mental infantil que ilustra as experiências vivenciadas por esses profissionais em sua atuação cotidiana no NASF.

4.2.2 O caso narrado por Pedro³⁸

Era um aluno de uma escola da XXX (bairro) que chegou, a escola chamou a gente lá, disse que ele não falava com ninguém, não fazia uma tarefa, a professora passava as tarefas e ele ficava desenhando o tempo todo, aprendia absolutamente nada, não falava com ninguém, não brincava, completamente isolado. (1). Aí a gente foi lá, viu a criança, é... não fez nenhum contato conosco, não disse uma palavra. O tempo todo. [...] Aí chamamos a mãe para conversar, ter mais informações (3). É... a família mora, a agente de saúde brinca, diz que é um condomínio fechado (risos). É um terreno pequenininho assim, tem um “bocado” de casinha, tudo da família. A mãe em cima, o outro embaixo, o outro do lado. A família mora toda ali. A mãe, a avó, né? A mãe, os irmãos... E essa família, a avó ela era a matriarca. Aquela pessoa assim que as coisas só aconteciam do jeito que ela queria, e a relação que ela tinha com esse menino era assim: o menino nasceu e ela resolveu que o menino era dela. A mãe morava no 1º andar, em cima da casa da avó, mas o menino ficava com a avó. Afastado da mãe. Nessa época esse menino tinha 12 anos de idade, quando a gente tomou conhecimento do caso. Ele é... não fazia nada só. Ele dormia na cama com a avó e com o avô, no meio dos dois. A avó dava banho nele, pré-adolescente, a avó dava banho e dava comida na boca. (2) Aí a gente chamou a avó. (Risos) (3).

Observa-se que, inicialmente, Pedro contextualiza o caso a ser relatado. Trata-se de um menino de 12 anos, cuja queixa principal, advinda da escola, girava em torno de uma dificuldade de aprendizagem, assim como de interação. A severidade da questão é enaltecida nas expressões “aprendia **absolutamente** nada” e “não falava com ninguém, não brincava, **completamente** isolado” (linhas 3 e 4). Assim, o caso é um reflexo da principal demanda emergente no contexto do NASF: crianças com dificuldade de aprendizagem.

Tendo introduzido a demanda apresentada pela escola, o psicólogo situa alguns atores importantes para a história (como a agente comunitária de saúde, a avó e a mãe), assim como o contexto familiar no qual a criança se insere. Pode-se dizer que consiste num momento de

³⁸ Nomes fictícios.

orientação (2), possibilitado por uma ação complicadora (3), descrita das linhas 4 a 6 (“Aí a gente foi lá, viu a criança...”). Foi um breve momento onde o entrevistado pausa a contextualização do caso para contar o que aconteceu. Provavelmente, as informações narradas na sequência foram obtidas através de uma visita domiciliar, uma das atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF.

Seguidamente, Pedro segue descrevendo o local de moradia do menino, caracterizado por um conglomerado no qual habitam todos os membros daquela família (“A família mora, a agente de saúde brinca, diz que é um condomínio fechado (risos). É um terreno pequeninho assim, tem um “bocado” de casinha, tudo da família”), informação julgada pertinente pelo narrador para favorecer a compreensão de uma dinâmica familiar comum nas comunidades brasileiras menos abastadas. Nesse âmbito, o entrevistado atribuiu centralidade à figura da avó para a história: “a avó ela era a matriarca [...] **o menino nasceu e ela resolveu que o menino era dela**”. Nas linhas subsequentes, verifica-se outra mescla *orientação* e *avaliação* do tipo encaixada, que é quando o narrador, através de recursos expressivos, insere dramaticidade à história que ofereçam indícios sobre sentidos implícitos aos acontecimentos sem, contudo, interromper o fluxo dos eventos relatados (BASTOS; BIAR, 2015).

Pondera-se que a frase em destaque ainda remete à seguinte afirmação de Bastos e Biar (2015), “para Labov, toda narrativa tem um ponto, isto é, um motivo que justifique sua reportabilidade, condição que, segundo o autor, sustenta a relevância comunicativa do surgimento de uma história em um dado contexto interacional” (p. 106).

Fica clara, assim, para o entrevistado, a crença das origens do problema daquela criança, isto é, desde seu nascimento possíveis complicações na dinâmica familiar já estavam postas e foram se atualizando nas práticas de interação e cuidado desenvolvidas com o passar do tempo. “Ele dormia na cama com a avó e com o avô, no meio dos dois. A avó dava banho nele, pré-adolescente, a avó dava banho e dava comida na boca. **Aí a gente chamou a avó**”. (Risos) (linhas 15 a 16). A descrição, os risos e a entonação de Pedro explicitam a sua avaliação de que as práticas de cuidado destinadas àquela criança eram claramente inapropriadas e que a intervenção com a avó deveria se tornar central.

[...] Aí a gente chamou a avó. (Risos). E disse à mãe: olhe, imediatamente tire seu filho da casa da sua mãe. [...] Leve pra sua casa porque dormir com adultos, a criança, causa algumas complicações sérias na criança, seu filho já tá refletindo isso aí, precisa sair da cama da avó, ele precisa tomar banho só, precisa se alimentar sozinho, bote ele na sua casa e faça isso. Então a gente fez esse tipo de orientação (3).

Dando seguimento a narração sobre o que aconteceu, Pedro informa que a primeira intervenção foi orientar a mãe do menino acerca daquilo que julgou inadequado na prática parental. A postura assumida pelo profissional indica que seu papel enquanto psicólogo é demarcado pela compreensão de formas ideais do cuidado de uma criança, sendo possível estabelecer uma direção “correta” nas ações praticadas pela família. Com isso, a norma pautada na leitura social realizada pelo psicólogo estabelece um desvio na conduta que merece “correção”.

Como observam Menandro, Trindade e Almeida (2003) a Psicologia seguiu historicamente atuando na direção de questionar a função da família como autoridade na condução da educação e socialização. Assim, se, por um lado, as profissões assistenciais e de saúde destituem a família do controle social na educação, por outro, o discurso profissional não poupa as prescrições de comportamentos "corretos" a serem desempenhados (MENANDRO; TRINDADE; ALMEIDA, 2003). Dessa forma, o saber da Psicologia emerge legitimando o discurso da "incompetência" dos pais, assim como parece apontar alternativas de controle social pautadas numa suposta racionalidade científica (SANTOS; ACIOLI NETO; SOUZA, 2011).

Além disso, como pode ser observado na fala do entrevistado, existe uma declaração de um modelo tipificado de família, adequando-se a uma relação canônica. O conhecimento especializado em que se fundamenta o profissional estabelece as melhores condutas, “porque dormir com adultos, a criança, causa algumas complicações sérias na criança” (sic).

A avó não foi conversar conosco. Então precisa ir lá na casa da avó. Essa avó ela tem hipertensão, tinha diabetes, tinha uma série de problemas sérios de saúde. Fumava muito, tinha problemas respiratórios, tinha problema no pâncreas. Uma série de problemas, né? De saúde com ela. Tomava uma cacetada de remédio lá, a filha que era tia do menino tinha problema de pressão também e de alimentação e tal. Aí o padrasto do menino é ex-presidiário, tinha alguns problemas na justiça. Pronto, vamo lá. A nutricionista (risos), o médico, que tá na parada também, né? O psicólogo, assistente social tem que ter também para ver como tá essa relação dessa família. [...] Subimos lá, fica distante do posto e fomos lá conversar com ela. E a gente mudou a estratégia vamo, a avó é fundamental tê-la como aliada para ter qualquer cuidado dentro dessa família.

A relação com a avó foi o ponto de partida para intervenção interdisciplinar por parte dos profissionais de saúde, visando à atenção integral. A recusa da avó em atender ao chamado da equipe mobilizou esta a ir ao seu encontro, justificado por outros problemas de saúde daquela. Traçando um sequenciamento temporal, Pedro retoma o ocorrido na relação mãe-criança-avó:

No primeiro período, num primeiro momento a mãe tirou de fato o menino de casa, tirou da casa da avó, botou pra dormir na cama dele dentro de casa, a casa dela lá, o menino passou a sair da sala de aula nos recreios. Ele não brincava, mas ele saía, ficava sentado no pátio, começou a ter uma certa, uma certa evolução. A avó brigou. Ficou a mãe brigada com a avó, isso favoreceu

porque tava brigada o menino não ia pra casa da avó (risos), então passou um período que a escola disse que ele deu uma resposta positiva. Com o passar do tempo a mãe e a avó fizeram as pazes, a avó impõe esse tipo de relação dentro da família, o menino voltou pra casa da avó e a coisa regrediu completamente. O menino acabou saindo da escola. Mas como era um menino da área de cobertura da Macaxeira, a gente conseguiu fazer em parceria, o acompanhamento.

Nesse sentido, infere-se que o relato do psicólogo remete a uma relação unicausal. Ao ser retirado da casa da avó e voltar a dormir em sua própria cama, ocorre uma mudança no comportamento da criança, que passa a brincar no recreio, o que em seguida “regride” quando o mesmo retorna à casa da avó, com o conseqüente abandono da escola. A relação familiar é a única causa estabelecida para os sintomas apresentados pela criança. E o entrevistado segue narrando:

Bom, é... a gente não conseguiu levar esse menino para o ambulatório, né? A gente fez o encaminhamento, a gente conversou com a família, a família se comprometeu a levar pra o ambulatório de psicologia. Lá, o pessoal conseguiu encaminhar para a psiquiatra infantil, mas não houve jeito. Não houve jeito. Essa senhora, que é a avó do menino, acabou não indo para os hiperdias, não foi para o cuidado, não foi pro médico. A gente voltou lá, tentou um novo contato, conversou novamente, trouxe os profissionais novamente, a nutricionista pra conversar com ela, explicar da alimentação, conversou com a filha dela, com problema também da pressão, né? Não houve adesão. Não houve adesão. Essa senhora morreu há duas semanas. Eu ia voltar lá, a agente de saúde pediu pra gente adiar, porque tava uma comoção lá ainda, o poste da família caiu. Então vai tá um pandemônio. Vamo ter que voltar lá pra tentar reconduzir o trabalho a partir dessa nova realidade (3). [...] A gente passou um tempo sem ver, quando ele saiu da escola, a gente perdeu muito do contato com ele, mas a gente retomou. Não tinha largado, afastou, mas a gente retoma tentar levar o caso adiante (5). **Mas é um caso que precisou de diversos profissionais, da integração de diversos profissionais, uma estratégia, a gente usou de diversos profissionais, e usa ainda porque o caso não acabou.** Como eu disse agora, consegue tratar o menino sem a presença da avó pra ver se consegue avançar alguma coisa (6).

O resultado da narrativa também se mostra interessante pela mobilização de toda a equipe de profissionais envolvidas no caso (eNASF e eSF). Como ressalta o entrevistado, foi uma estratégia de intervenção que se pautou na integralidade e interdisciplinaridade. Contudo, o discurso prevalente do profissional persiste na culpabilização da família para a falta de resolutividade do caso.

Nesse sentido, dando continuidade à análise proposta, reflete-se sobre a construção da demanda em saúde mental infantil como um objeto e prática social que perpassa diferentes instituições: a família, os serviços de saúde e a escola.

4.2.3 A infância e as demandas em saúde mental: “*porque o menino não para...*”

No tocante às demandas em saúde mental infantil, todas/os as/os psicólogas/os entrevistados/as identificam que as dificuldades das crianças em relação à aprendizagem e ao

comportamento social (como por exemplo, agitação, agressividade, hiperatividade) se apresentam como questões principais na atenção básica.

Bem gente, atualmente o que tem chegado muito são crianças com dificuldades na escola. **Ai nisso é dificuldade de aprendizagem, tá chegando muito. Porque tem períodos que sempre tem muito muito mesmo.** Quando a gente vai fazer uma escuta, porque assim, não é só dificuldade na escola, aí tem, é agressivo, bateu, mordeu algum aluno, arrancou um pedaço da bochecha. Ai o outro não para, é hiperativo, corre, é menino mal educado... tem tudo que você imaginar (P6).

Destacaram-se algumas palavras e expressões que evidenciam a ênfase atribuída pelas/os profissionais do NASF aos encaminhamentos advindos da escola. Pode-se dizer que se trata da principal questão anunciada.

É, tem chegado essa coisa da educação que tem me... me inquietado. Porque tanta coisa assim “poxa, nem era pra tá aqui” ou então encaminha pra neurologista, já vi muito, porque ele repetia, tinha umas dificuldades encaminharam para uma neurologista. Não foi o médico que encaminhou não, foi a escola (P6).

Do ponto de vista das/os psicólogas/os entrevistadas/os, o crescente processo de patologização e medicalização da infância denuncia uma “falha” da família e das escolas, geralmente as primeiras e mais importantes instituições socializadoras em criarem e educarem as crianças. Interpreta-se tratar mais de uma dificuldade dessas instituições em lidarem com a criança do que uma dificuldade da própria.

A mãe com um problema porque a escola não tem, não sabe lidar com ele, e as escolas pedem muito diagnóstico de criança, então assim, as escolas também têm com dificuldade de lidar com as crianças... Assim, tem uma dificuldade então vamos pegar essa criança e vamos dar uma doença pra ela, vamos dar um diagnóstico pra ela, ela fica rotulada e não desenvolve. Acho que também tem uma fragilidade na educação pra lidar com as dificuldades da criança, né? (P4).

Nesse sentido, a busca insistente por diagnósticos psiquiátricos serve à justificativa das “inadequações” da criança. Isto é, esta criança não aprende ou não se comporta de maneira adequada: logo, possui um transtorno mental. Por conseguinte, família, escola e sociedade se isentam da responsabilidade de proverem à criança os recursos simbólicos, afetivos e materiais que necessitam para um desenvolvimento físico e mental saudáveis.

Agora **o que tem é a dificuldade da escola lidar com esses comportamentos, principalmente com criança agressiva, agitada.** Então, eles têm essa dificuldade e eles pedem muito ajuda da saúde pra que dê esse diagnóstico e a partir do diagnóstico eles tem um professor auxiliar. Só que esse diagnóstico eles não veem que vai ser ruim, porque vai rotular a criança, num é...e vai pedir medicação, somente medicação. Agora a gente entende também o lado do professor. Ele tá lá numa sala cheia de criança, aquela criança que demanda mais, que tem esse comportamento, é...vai demandar mais, dali ela não vai poder dar atenção aos outros. Aí a gente entende isso, agora isso é uma faca de dois gumes, num é...que é o que a gente conversa muito com o pessoal do CAPS. Tem um projeto que eles fazem, o pessoal do CAPS que promove, que é escola junto com a educação e a saúde, pra lidar justamente com essas necessidades dessas crianças. Projeto escola. Mas aí as questões levantadas são essas: a saúde e a educação (P4).

O TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seguido pelo autismo, tem pleiteado o lugar principal nesse processo. Esse transtorno é concebido como o distúrbio de neurodesenvolvimento pediátrico com maior repercussão na infância, com taxa de prevalência entre 3% e 7%, sendo um dos temas mais abordados em crianças em idade escolar (CORREIA, 2015; LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005). É estimado como uma das principais demandas de encaminhamento a serviços de saúde mental especializados na infância (ROHDE et al., 2004).

E crianças a gente tem recebido mais crianças com hiperatividade...né, que, não é com diagnóstico de hiperatividade, certo? Elas têm é... os pais chegam com essa fala, né? Mas não foram diagnosticadas, não tem fechamento sobre isso não. A gente traz assim, crianças com dificuldade na escola, que a professora pede pra procurar a psicóloga, né? Esse tipo de coisa (P8).

São também crianças. Tem casos de crianças que demandam. **Agora, é foda, essa discussão da medicalização, né? Do TDAH, né?** As crianças que chegam com TDAH, com o diagnóstico da escola já pronto. Mas às vezes as escolas são mais cuidadosas, falam de sintomas, né nem... Ficam nos sintomas, mas falam de comportamento...[...] Às vezes a escola já orienta a mãe pra pedir neurologista e psiquiatra pra criança. Já, já chegou casos assim.[...] E a mãe quer o remédio pra criança, entendeu? (P1).

Como se observou nos relatos, esse tipo de reflexão por parte dos profissionais de saúde é fundamental para questionar e problematizar um fenômeno social: a banalização de diagnósticos, relacionadas a um processo de patologização e medicalização da infância, como apontam Leonardi, Rubano e Assis (2011).

É também complicado, é um desafio, mas... é uma demanda que chega, né? De crianças que às vezes tem... É... Às vezes pode até ter TDAH, mas o que chega primeiro, o que chega não é a história de vida dela, é o diagnóstico da doença, nesse sentido. E afirmação inclusive da medicação (P1).

Assim, tal como ilustrado no caso clínico e relatos de entrevista apresentados, os resultados indicam que as dificuldades de aprendizagem e adequação ao ambiente familiar/escolar se impõe como principal demanda para as/os psicólogas/os atuantes no NASF. Esse quadro se confirma nos achados de Patto (1997), segundo a qual, o encaminhamento de alunos, cujos rendimentos e comportamentos ficavam aquém das expectativas da escola, para diagnóstico se constituía como um anseio crescente de professores e funcionários escolares, endereçado para psicólogos de serviços privados e públicos.

A Educação encontra-se mais uma vez, ou mais intensamente, atravessada pelo discurso especialista. [...] Se, por um lado, os profissionais da Educação se vêem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro, ao assumir e validar os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos (GUARIDO, 2007, p. 157).

Assim, ao analisar a história dos cuidados em saúde mental na infância, verifica-se que não se trata de um movimento novo, mas reatualizado com outras expressões e roupagens. Voltando um pouco mais no tempo, autores como Schmid (2004), Ferreira (2004) e Guarido (2007) retomam a Europa do século XVIII, quando a infância se configurava como objeto da pedagogia. De fato, apenas no século XX, a psiquiatria, psicologia e outras ciências passam a se ocupar do adoecimento psíquico infantil como campo de investigação e intervenção (RIBEIRO, 2006).

Antes disso, às crianças com algum “desvio” no comportamento e/ou desenvolvimento eram reservados tratamentos e instituições pedagógicas. Essas práticas de cuidado se ancoravam na negação da “loucura infantil” e em duas matrizes interpretativas: ou a criança possui alguma deficiência ou a criança é mal-educada, “encapetada, impossível, sem limites, danada” (FERREIRA, 2004, p. 14). De um lado a lógica da deficiência, de outro uma leitura moral. De todo modo, caberia à escola tratá-la/cuidá-la/educá-la.

Nesse âmbito, Ariès demonstra justamente como a concepção de infância que temos hoje foi se construindo em meados do séc. XIX em função dos papéis de educação e preparação para a vida adulta que a família e a escola passaram a desempenhar para atender aos ideais higienistas e às exigências político-sociais de um Estado moderno (ARIÈS, 1981). A criança e a escola se imbricam constitutivamente, isto é, nascem de um mesmo projeto de sociedade. Segundo Guarido (2007) os ideais educativos visavam, por meio de disciplina e vigilância, formar adultos plenos para o exercício de suas funções, intelectuais, morais (GUARIDO, 2007) e sociais.

Diagnóstico e tratamento das crianças são estabelecidos a partir das condições destas para o aprendizado, o que é fruto da difícil separação do sofrimento psíquico da criança de seu desenvolvimento psicológico e da expressão deste na apreensão pela criança dos códigos de moralidade vigentes, bem como de suas aquisições cognitivas. **Vale dizer que esse tipo de diferenciação continua sendo objeto de discussão atual** (GUARIDO, 2007, p. 156, grifos nossos).

A partir do século XX, os saberes psi (psiquiatria, psicologia, psicanálise, etc) passam a se apropriar da “loucura infantil” enquanto objeto de estudo, desenvolvendo diagnósticos e outras formas de intervenção. Todavia, esse processo não trilha um caminho diferente da clínica com adultos e também se caracteriza pela segregação e institucionalização. De acordo com Guarido (2007), mesmo com a reforma psiquiátrica, as propostas disciplinadoras e os efeitos da exclusão permanecem expressos na ampla utilização de diagnósticos e medicalização, quadro este que se agrava quando se trata de crianças.

Nesse sentido, algumas/uns entrevistadas/os se indignam com esse movimento de permeabilidade do discurso psiquiátrico no ambiente escolar.

O que tem é a dificuldade da escola lidar com esses comportamentos, principalmente com criança agressiva, agitada. Então, eles têm essa dificuldade e eles pedem muito ajuda da saúde pra que dê esse diagnóstico e a partir do diagnóstico eles têm um professor auxiliar. Só que esse diagnóstico eles não veem que vai ser ruim, porque vai rotular a criança, num é...e vai pedir medicação, somente medicação. Agora a gente entende também o lado do professor. Ele tá lá numa sala cheia de criança, aquela criança que demanda mais, que tem esse comportamento, é...vai demandar mais, dali ela não vai poder dar atenção aos outros. [...] Não tem como se dar um diagnóstico, todo mundo vai atrás de diagnóstico. [...] não tem como porque a criança tem chances, ela não pode ser marcada. E não é só uma coisa, são muitas coisas, então será que uma dessas questões forem resolvidas essa criança não vai desenvolver direitinho? Será que se essa professora tiver um pouquinho mais de paciência, se ela for também melhor remunerada, se ela tiver uma carga horária menor, pra ter mais paciência. Então é uma série de coisas que afeta que provoca esse adoecimento na criança. E muita coisa poderia ser evitada. Se tivesse um cuidado maior geral (P4).

Em decorrência desse modo de tratamento, os profissionais denunciam que a incompreensão do contexto familiar pode acarretar em intervenções inadequadas, pautadas na ordem de uma patologização das relações sociais. Com isso, a criança pode ser estigmatizada na escola ou em outros espaços interacionais como inapto e experiencia esse lugar em que é colocado de modo a desenvolver os efeitos dessa significação. A criança não aprende por não haver um espaço de potência para que esse processo se desenvolva. Ao mesmo tempo, para a seguinte entrevistada, ela pode não aprender devido a alguma característica de personalidade, como a timidez:

A maioria das escolas, eles às vezes confundem um pouquinho, e começam a ver a criança como um sintoma, ao invés de tratar, trabalhar a educação. Ai o que é que acontece? Um monte de **queixas “não esse menino é autista”, ai quando você vê não, não é possível, como é que esse menino vai ser autista né.** E isso fica uma uma marca pra essa criança muito grande e que impede ele de crescer enquanto pessoa, porque ele já foi ó... (gesto) pela palavra, tá no registro dele “ele é autista”, “a esse menino, ele tem um problema muito sério”. As vezes é uma dificuldade de aprendizado porquê? Porque ele tem vergonha. Quando ele vai ler ele junta as palavrinhas, as letras. Ai como ele não lê corretamente ainda porque ele tá aprendendo, ai ele fica com vergonha, se tem vergonha ele vai começar a ser agressivo, e ai é hiperativo né? Começa a não parar no lugar, correr, fazer um monte de coisa... mas ele não é hiperativo, ele simplesmente tá tirando de foco uma dificuldade dele porque ele tem vergonha de na frente de todo mundo ler quando ele não tá sabendo ler do jeito que ele acha que deveria ser. E na realidade ele tá sabendo, ele tá aprendendo, ele tá na escola pra aprender. E chega pra gente, a gente precisa às vezes... poxa, o que é que tá acontecendo... tem que ir às vezes na escola, conversar com esse professor, conversar com esse diretor, pra dizer que não é bem assim né... [...] Quando vem da escola eu fico muito triste porque eu digo, poxa a escola é pra fazer uma coisa não é pra fazer isso. Ai tá rotulando as crianças, infelizmente. Isso é uma das minhas preocupações (P6).

Nesse âmbito, fica clara a atribuição de causalidade do comportamento da criança a “fatores internos”, como proposto por Heider (ALVARO; GUARIDO, 2007).

Essa discussão se relaciona com resultados analisados em pesquisa anterior, na qual foram evidenciadas duas tendências por parte dos familiares no que diz respeito ao processo de construção de representações sociais do autismo. Primeiramente, observou-se claramente uma busca persistente das/os cuidadores pelos conhecimentos científicos produzidos sobre o transtorno mental, visando à apropriação de elementos do universo reificado. Ademais, esse objeto vai se concretizando, tornando-se familiar em confronto com o próprio estranhamento cotidiano com o mesmo, nas experiências dos cuidadores com as crianças, com os profissionais e com outros cuidadores. “Embora realçadas essas diferenças, tais processos não são excludentes, mas simultâneos, em maior ou menor escala, variando em função de alguns fatores, como o nível educacional e filiação religiosa” (FÉLIX, 2014, p. 124). Além disso, “vislumbrou-se que o esforço cognitivo em compreender o sofrimento psíquico é marcado por operações de classificação e ordenação opostos, o normal/anormal, o doido/são, o diferente/igual. Entender o outro como “alter”, como radicalmente diferente de mim é, paradoxalmente, uma forma de compreendê-lo, de significá-lo” (FÉLIX, 2014, p. 123). Para alguns informantes, assim como para Guarido (2007) a educação deveria existir como uma possibilidade de não sujeição aos diagnósticos e rótulos psiquiátricos e de encontro com a alteridade.

É importante esclarecer que a finalidade dessa crítica não está em crucificar as classificações diagnósticas ou o uso dos psicofármacos, que possibilitaram transformações positivas nos cuidados e tratamentos à loucura a partir do século XX. Trata-se de refletir que a banalização desse uso se baliza por ideais de normalização da vida, naturalização do sofrimento e culpabilização dos indivíduos por seus próprios problemas (GUARIDO, 2007).

esse recurso permite um discurso que, baseado na noção de déficit, explicaria os fracassos experimentados no interior das escolas, estando estes ora do lado da criança, que não seria capaz de desenvolver as famosas competências em função de falhas presentes em seu organismo, ora do lado da metodologia pedagógica, não realizada ou construída de forma a estar adequada às mesmas competências das crianças (GUARIDO, 2007, p. 159).

Nessa perspectiva, faz-se necessário refletir sobre as proposições de Patto (1997) acerca dos distintos efeitos da produção de diagnósticos psiquiátricos em função das classes sociais. De acordo com a autora, tal processo em geral conduz às crianças de classe média e alta aos psicopedagogos e psicoterapeutas, enquanto que, no caso de crianças pobres o mesmo processo poderá justificar, em algum momento, na exclusão da escola. “Nesse caso, a desigualdade e a exclusão são justificadas cientificamente (ou seja, com pretensa isenção e objetividade) através de explicações que ignoram a sua dimensão política e se esgotam no plano das diferenças individuais de capacidade” (PATTO, 1997, p. 47). Em consonância, Zucoloto e Chaves (2011)

classificam os trabalhos sobre a história da infância no Brasil em três tipos: “a infância pobre, a escolarizada e a medicalizada ou anormal, sendo que em determinados momentos as três se tornam uma só” (p. 103).

Mas às vezes não tem TDAH, na verdade esse diagnóstico camufla toda essa história de vida. Quer dizer, ninguém se responsabilizou por ela, ninguém construiu um vínculo de afeto, de amor com essa criança, de cuidado. Não teve uma figura paterna, materna que fizesse isso, e essa criança, ou adolescente também, chega tá dizendo aos quatro cantos que tá gritando, sendo agressiva, etc. Lógico. Tá dizendo, tá pedindo um socorro da forma dela. Como é que vocês lidam com isso, vocês família, nós equipe de saúde da família, e a gente? Como é que se discute isso? Então a demanda chega muito nesse sentido quando chega de criança, diagnósticos prontos mesmo (P1).

Nesse âmbito, ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde criticam o processo de patologização da infância como uma prática construída pelos profissionais da educação, nota-se um delicado tom de julgamento às famílias quando estas não reconhecem (ou não aceitam) “a dificuldade” da criança. *“Os pais muitas vezes não querem ver, ou não querem enxergar ou não acham que é, é dificuldade, né? Da criança...é, tem essa resistência familiar também, de enxergar.. é...e quando consegue enxergar não tem pra onde encaminhar...”* (P4). Assim sendo, verifica-se um impasse: a criança não é cuidada ora por culpa da família que não reconhece suas demandas e necessidades ora por culpa da ausência de serviços de saúde. Isto é, a rede é inexistente ou ainda, como diz essa mesma entrevistada, “tá dodói”.

Em contrapartida, observa-se também outra tendência de atribuição de causalidade aos comportamentos infantis tipificados como hiperativos, os quais passam a ser relacionados à estrutura familiar. Os entrevistados remetem os modos de agir das crianças como influenciados por uma dinâmica familiar “desorganizada”, ancorada em uma representação social normativa de família “ideal”, com determinados arranjos ou dinâmicas. Portanto, culpabiliza-se a família por todos os problemas que se passam com a criança, naturalizando a “deseestrutura familiar” como causa dos problemas.

Geralmente é se queixando do comportamento da criança e tal. Impulsiva, não obedece ninguém, tá agressivo, bate nos colegas. Aí geralmente a história é da família que tá desagregada, o pai tá preso, bebe ou a mãe não dá atenção, a mãe ou o pai largou aí e desapareceu. Então, é muito essa demanda que chega [...] Que é na verdade é uma repetição [...] porque essa que é a família desestruturada, o pai tá preso ou o pai toma droga ou bebe, a mãe toma droga também, não liga pra criança, geralmente é a avó que cuida, e já tá estressada, vai tomar psicotrópico pra se acalmar, e a criança tá no meio disso tudo. Então não pode ser comportar de uma maneira legal, não pode tá feliz. Né? Então extravasa de forma motora e... né? Então aparece muito a questão de criança. Muito mesmo. Por essas condições psicossociais da família. **É natural que aconteça** (P2).

Dessa forma, outro problema emergente no discurso dos profissionais entrevistados e que se articula com a culpabilização da família foi o tema da violência/ violência sexual. Nesse aspecto, o destaque ocorre nas marcas produzidas pela violência familiar na subjetividade das

crianças, que manifestam sintomas decorrentes dessa dinâmica, tais como a agressividade e agitação.

Muita queixa de agitação e agressividade. Muito! Comportamento que é dito comportamento de hiperatividade e se investiga isso, mas na verdade é o adoecimento da criança dentro do contexto familiar, é... Criança que lida com, com agressividade o tempo todo, com o pai que bebe, que bate na mãe, a mãe que descuida e que não tem, não tem disponibilidade afetiva pra esse filho, é muita coisa. É... Que a gente vê que é do contexto, que não é somente... Então a agressividade, a agitação ela é uma resposta da criança pra algo que tá incomodando (P4).

Pode-se observar o modo como é delineada uma relação direta entre a violência sofrida no contexto familiar e o desencadeamento de problemas desenvolvidos pela criança. Assim, o contexto familiar é atribuído como a fonte de comportamentos inadequados das crianças, sendo a “deseestrutura” dessa ordem institucional que delimita condutas que terminam por ser patologizadas. A concepção dos entrevistados remete à pobreza como uma marca que implica no surgimento desses problemas na infância: *“que a gente vê que é do contexto”* (P4). Desse modo, parece que o modo de vida do pobre sempre se associa a determinados estereótipos³⁹ de gênero e classe que associam o alcoolismo e a violência aos homens e uma postura negligente e submissa às mulheres.

A relevância enaltecida pelos entrevistados ao papel da violência na educação das crianças se articula também com as tendências atuais de contestação dessa prática. É importante salientar que o fenômeno da violência, seja no âmbito societal, familiar ou escolar, é multideterminado, não devendo ser reduzido a explicações unicasais (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012). *“Tem pessoas que bate muito na criança, bate, bate, bate... e precisa muito de ajuda, não tá batendo por que quer, tá batendo por que tá reproduzindo algum sofrimento nele, agressivo, e vai pra criança. Então, a gente precisa olhar pra família”* (P4).

Como destacou Félix (2014), ao analisar as práticas de cuidado à saúde mental entre cuidadores de crianças usuárias de um CAPSi, a “palmada” é desqualificada como prática educativa em crianças em sofrimento psíquico, pois elas “não têm culpa do que fazem”. Um processo que desresponsabiliza a criança de suas condutas, impedindo que ela atribua sentido à realidade e tenha controle de suas ações. E, nesse aspecto, aponta mais um domínio de anulação da autonomia e do desejo da criança (FÉLIX, 2014).

Se historicamente a violência e punição física às crianças era algo comum e até naturalizado em algumas culturas, nos últimos anos, tem sido veementemente combatida em

³⁹ Esquemas que concernem aos atributos pessoais que caracterizam os membros de um determinado grupo ou categoria. São resultantes de processos de simplificação próprios do pensamento do senso comum (JODELET, 2010).

diversas esferas (mídia, senso comum, políticas públicas e academia). São diversos os estudos que se propõem a refletir sobre os efeitos das práticas educativas coercitivas no desenvolvimento da criança e do adolescente (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004). Além dos fatores de risco ao desenvolvimento associados à punição física referenciados pela literatura, identificou-se nos dados empíricos, que o sofrimento psíquico se apresenta como mais uma justificativa para evitar essa prática.

Porque a criança precisa basicamente de segurança, de referência adulta que dê essa segurança, que dê, né, a gente aprende isso, não só alimento mas um contexto geral que dê uma segurança pra ela, uma certa estabilidade. A instabilidade é frequente, a agressividade e a falta de um, um, de estabelecer um ambiente afetivo pra essa criança pode tá causando essa, essa... Porque são muitas queixas de agitação e de agressividade (P4).

Como evidenciado na fala da psicóloga e no estudo de Santos, Novelino e Nascimento (2001), os discursos psicológicos criam e legitimam quadros de referência para as práticas parentais. Se, em Félix (2014), bater numa criança com transtorno mental grave era considerado pouco produtor em termos educativos, agora se observa que bater na/ violentar a criança emerge como causa para o seu sofrimento psíquico. De um modo ou de outro, as representações sociais cumprem a sua função: ora orientam ora justificam as práticas.

Todavia, os dados remetem a uma consideração acerca dessa peculiaridade: a pobreza é ocultada por trás da máscara de uma “família desestruturada”. Nesse processo de culpabilização da família, ainda pode ser evidenciado um destaque para a pobreza como modo de justificativa para a configuração desse modo de patologizar a criança. O preconceito dos profissionais à emergência de tipos de existência que rompem com os parâmetros das experiências preconizadas como adequadas desconsidera o reconhecimento e legitimidade de uma alteridade marcante. O pobre ou a família pobre são descaracterizados em suas marcas culturais, sendo relegados ao crivo de uma desestrutura social. Esse processo de ocultar quadros de desigualdades sociais utilizando recursos simbólicos que validem a manutenção do preconceito foi apontado por Acioli Neto e Santos (2015) no contexto da cultura do uso de crack no Brasil, mas que possui inúmeras similaridades.

Essa questão se evidencia também na diferenciação da implicação desses profissionais ao atuarem no setor público e privado. Observam-se os discursos das/os psicólogas/os entrevistadas/os declaradamente diferenciam as especificidades do trabalho entre esses dois setores, da infraestrutura às demandas, impondo desafios significativos para a atuação desses e dos outros profissionais atuantes na AB. No tocante à prática do psicólogo, algumas/ns entrevistadas/os evidenciam que a atuação no setor público impõe em dificuldades na própria “escuta”, ferramenta técnica tradicional dessa profissão.

É muito diferente. Porque no consultório ali o, a pessoa fala, outra coisa, veja... uma coisa é você atender num *setting* terapêutico, você tem o tempo, a hora, tudo estabelecido e tudo, né... Você tem como se fosse uma espécie de controle. Quando você tá na casa do sujeito é outra realidade. Você vê como é que ele como, como ele dorme, né? A gente foi fazer mesmo um mutirão de TB, de tuberculose, tinha casas minha gente que mal cabia uma pessoa, mas tinha uma moto lá, tinha uma TV desse tamanho. Aí você vai vendo também os valores que as pessoas têm, tá ligado? Às vezes não tem muito às vezes o que comer, mas de repente tem um eletrodoméstico, mas aquilo dali pra ele é um status, representa uma coisa importante, entendesse? **Então é muito diferente.** Tipo eu não vou, quando eu faço uma intervenção, eu não vou esperar daqui uma semana pra atender aquela pessoa. É uma coisa mais direta. Sabe? (P3)

Nessa perspectiva, deve ser destacado que pelo princípio de equidade do SUS, que prima pelo acesso aos usuários segundo suas necessidades, o contingente populacional que é atendido se caracteriza por viver em condições desfavorecidas socioeconomicamente: são populações pobres. Como apontado anteriormente, além do governo, a sociedade se organiza em mais duas esferas: o mercado e a sociedade civil. Em um país com grandes desigualdades sociais e com serviços públicos limitados, logo se criou uma tradição que as pessoas com maior poder aquisitivo se utilizam de serviços privados enquanto que aquelas desprovidas usam o SUS.

Interessante pontuar que, no discurso da gestora entrevistada, a importância do trabalho em rede no âmbito do SUS também se relaciona com o contexto de pobreza de seus usuários.

É diferente, eu vejo o meu serviço particular que eu atendo no meu consultório, **as pessoas que chegam aqui não são as pessoas do SUS** né, aí quando você vai pra lá que são pessoas que estão com outro tipo de demanda, eles estão com uma **demand subjetiva** importante que a gente precisa acolher, mas aquelas pessoas que chegam no SUS elas não têm essa demanda, ela pode até aparecer mas ela não é a prioridade. Não é. Não tem como a gente pensar nisso. Eu vou ter que dar conta do quadro sintomático desse psicótico, mas o psicótico ele tá na rua, ele tá sujo, ele não tem parente, ele não tem ninguém pra dar conta, aí eu vou trabalhar a psicose dele? Mas a psicose dele se agrava porque tem tudo isso que não dá, então eu vou ter que dar conta de tudo isso primeiro pra depois eu pensar em cuidar disso, e isso é serviço público. Então isso é muito diferente do que o serviço particular, em momento nenhum né o SUS diz que o ambulatório não tem seu lugar, mas é que do jeito que funciona é exatamente dentro dessa lógica, e a gente quer romper com isso, e mostrar que as pessoas precisam de um cuidado lá no território (Gestora).

Assim, a entrevistada ratifica que os usuários do SUS, ou seja, os pobres apresentam demandas de outras ordens que precisam ser atendidas. A proposta do cuidado em rede territorializado e intersetorial visa a atender essas demandas que emergem como expressões da questão social. De fato, verifica-se que saúde, educação e assistência social precisam se articular na provisão de cuidados que se pautem pelo princípio de integralidade. O que se questiona aqui são algumas dicotomias subjacentes a esses discursos: demanda subjetiva *versus* objetiva, afetiva, emocional e psicológica *versus* social.

Existe uma conduta autodestrutiva já causada pela história de vida, porque muitas vezes a avó se acomoda e não traz ele aqui, não leva pra canto nenhum. Então a criança é vítima dessa, dessa condição. [...] Então assim, **é social, em geral. É uma questão**

maior do que somente emocional, do que somente psicológica. Principalmente com as crianças (P4).

Isto posto, considera-se que a Psicologia Social pode trazer importantes contribuições a este debate, ao propor uma compreensão histórico-dialética de subjetividade:

É uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. [...] É o mundo de idéias, significados e emoções construído pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2002).

Finalmente, argumenta-se que outra potencial contribuição da Psicologia Social a esse respeito se refere aos estudos sobre preconceito e exclusão social (LIMA; VALA, 2004; RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000; JODELET, 2010).

Lima e Vala (2004) se referem a uma clássica definição de Allport, segundo a qual o preconceito é uma atitude (posicionamento) hostil contra um indivíduo, simplesmente porque ele pertence a um “*grupo desvalorizado socialmente*.” (LIMA; VALA, 2004). É importante ponderar que o preconceito não necessariamente leva a atos hostis ou comportamentos discriminatórios (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 2000). Enquanto um fenômeno extremamente complexo, envolve distintas dimensões: uma cognitiva, relativa a forma e conteúdo (crenças e estereótipos); uma afetiva, que abarca emoções e valores engajados na interação (antipatias, aversões, etc.); e outra conativa/avaliativa, isto é, de descrição positiva ou negativa (JODELET, 2010).

Assim, já foram evidenciadas algumas dimensões, por exemplo: dos estereótipos e crenças relativas à “família pobre e desestruturada”, à qual está embutida uma dimensão avaliativa: a família pobre é inapta para criar uma criança. Por isso, essas desenvolvem demandas em saúde mental. Por fim, salienta-se a dimensão afetiva: a miséria produz sentimentos de impotência e medo aos profissionais.

Eu percebo assim, **no consultório fica bem mais fácil da gente ter uma escuta, porque você tá lá, tá tranquilo né.** Às vezes no NASF você vai precisar ouvir na rua, vai precisar ouvir em qualquer lugar porque aquela pessoa tá naquela... Aí você vai ter que ir na... “vamo pra cá um pouquinho”, aí depois você “não vamo marcar em tal lugar, vamo lá no posto conversar”. Em casa mesmo pode acontecer de você ser chamada, a pessoa sofreu uma violência e a pessoa que é digamos assim quem está fazendo com que você se sinta mal, que você se sinta agredida, tá lá dentro da sua casa. E **você tem que escutar e ter cuidado com o que você vai falar, porque aquela pessoa ali pode fazer alguma coisa muito pior** né. E a pessoa não pode se abrir ali né, então a gente tem que ter esse cuidado. (P6).

Muitas vezes o lugar é tão pequeno, do tamanho dessa sala, que você não tem nem onde sentar entendeu? A realidade da gente é essa, **eu nunca vi tanta miséria depois que eu vim trabalhar no NASF.** Eu fui pra visita em palafitas ali nos Coelhos, perto do IMIP, naquela área que já pegou fogo uma época, acho que vocês lembram né. Olhe, **ali é deprimente, é de você sair assim super se sentindo impotente que não**

vai poder fazer nada. Um dia eu ia caindo literalmente porque entre uma tábua e outra tem uma abertura e eu não vi, foi eu, a enfermeira do PSF e agente de saúde nesse dia. E assim, eu saí de lá arrasado, arrasado. Eu disse, “o que é que eu vou fazer?” Isso foi logo no início. Hoje em dia a gente já tá um pouco mais digamos... É, calejado com essas coisas né (P7).

Nessa perspectiva, a impotência e o medo diante da pobreza e da “imprevisibilidade” do pobre desemboca em práticas de proteção identitária: o “calejamento”, isto é, a naturalização desses processos, e consequente (des)responsabilidade pelo cuidado desses usuários, ou o “cuidado”, a cautela nas ações. Nesse sentido, Jodelet (2005) afirma que o plano do vivido corresponde a um estado caracterizado por uma invasão de emoção, um momento em que o indivíduo toma consciência de sua identidade. Ao mesmo tempo, a experiência também engloba uma dimensão cognitiva que favorece uma experimentação do mundo e sobre o mundo. Contribui, assim, para a construção da realidade a partir de categoriais socialmente produzidas.

Os termos nos quais vai ser formulada essa experiência, e sua correspondência com a situação em que ela emerge, vão ser emprestados de pré-construções culturais e de um estoque comum de saberes que vão dar forma e conteúdo a essa experiência; ela mesma constitutiva de sentidos que o sujeito dá aos acontecimentos, situações, objetos e pessoas ocupantes de seu meio próximo e seu mundo de vida. Nesse sentido, a experiência é social e socialmente construída (JODELET, 2005).

Além desses, evidenciam-se outros processos identitários subjacentes a esse contexto de atuação. Há relatos que explicitamente denunciam a existência de preconceito por parte dos **outros** profissionais de saúde para com os usuários do SUS.

E tem preconceito com pobre também, sabe? Preconceito! Eu acho que tem um elitismo da... Da classe, principalmente, médica ainda, que tá posto, nesse sentido. Em alguns cenários, em algumas equipes e unidades mais e outras menos, mas tem também atravessado em todas as profissões de saúde que também interfere no NASF claramente, né? Que tem que fazer, tem que fazer isso e tal... (P1).

Apesar de admitir que o preconceito perpassa o cotidiano da atuação na atenção básica, o psicólogo circunscreve que este processo se restringe aos outros profissionais (médicos da atenção básica, não psicólogos do NASF). O preconceituoso é o outro profissional, não eu. Trata-se de uma das múltiplas possibilidades de manifestação do preconceito. Essas interpretações ganham respaldo na definição de Lima (2011) acerca do denominado preconceito “sutil”. O preconceito sutil é também composto por três dimensões. Uma dessas dimensões se relaciona à defesa dos valores tradicionais. Refere-se, assim, à percepção de que os membros do exogrupo (como profissionais da eSF e familiares usuários desse equipamento) agem de forma incorreta, ou até mesmo, condenável. Além disso, esse tipo de preconceito se caracteriza pela rejeição a expressões de simpatia e admiração quanto aos membros do exogrupo. Por fim,

uma terceira dimensão se refere ao exagero das diferenças culturais. Trata-se da percepção de que exogrupo e endogrupo são culturalmente muito diferentes (como usuários do SUS *versus* clientes dos consultórios).

Nesse sentido, reflete-se que o preconceito potencializa a exclusão social de grupos sociais, como crianças e familiares. Como destacam Acioli Neto e Santos (2015), esse processo termina construindo mecanismos de exclusão a classes socioeconômicas mais desfavorecidas que, sob o status de “desestruturado”, encoberta um revestimento simbólico que torna passível a desconsideração de ações dos profissionais de saúde. A pobreza é mascarada pela “desestrutura” de um modo de ser, que pode ser invisibilizado. Assim, esse processo permite a validação de normas sociais, tornando-as subjetivamente acessíveis aos indivíduos, justificando determinadas práticas (ou sua ausência), tornando-as plausíveis e aceitáveis, por meio de uma rede de legitimações sustentadas nas interpretações normativas do que é uma família (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015). Essa ordem de sentidos delimita, na concepção dos psicólogos entrevistados, um processo que retroalimenta o problema demandado, aprisionando a criança em uma espécie de cadeia (ao mesmo tempo simbólica e concreta) de limitações.

Segundo Santos (2016), as pesquisas em representações sociais desenvolvidas na realidade brasileira apontam que a família pobre é sempre associada a um quadro de desestruturação, negligência e desvinculação afetiva, remetendo ao que parece ser uma relação entre as representações de pobreza e o preconceito. É o pobre que é inapto, frágil, ignorante, desestruturado e violento. A violência é percebida como um componente da vida do pobre, estabelecendo um cenário social em que emergem dois papéis: os pobres violentos e os ricos violentados. Desse modo, legitimam-se as relações de desigualdade entre grupos sociais e se mantém padrões de dominação.

Conforme Lane (1985), é imprescindível que se reconheça a natureza histórico-social do ser humano, evitando seu isolamento ou fragmentação. Parte-se, pois, de uma crítica à tradição biologizante da Psicologia, que reduz o indivíduo a um organismo em interação com o meio físico e com o reconhecimento apenas para processos intrapsíquicos como causas e explicações de seus comportamentos. Nesse sentido, “caberia à Psicologia Social recuperar o indivíduo na intersecção de sua história com a história de sua sociedade – apenas este conhecimento nos permitiria compreender o homem enquanto produtor da história” (p.40).

Diante desses aspectos, afirma-se que ao situar o sofrimento psíquico como algo inerente ou intrínseco à criança, subjaz a negação do papel dos processos de institucionalização e de socialização. “O ser humano traz consigo uma dimensão que não pode ser descartada, que

é a **sua condição social e histórica**, sob o risco de termos uma visão distorcida de seu comportamento” (LANE, 1985, p.12), que nesse contexto remete a condição da pobreza.

Isto posto, cabem ainda algumas reflexões relativas à persistente invisibilidade da infância nesse contexto. Apesar de endossarem a existência dessas demandas no território onde atuam, algumas/uns psicólogas/os entrevistadas/os relatam que a atenção às crianças não constitui uma atividade comum em suas práticas cotidianas. *“Mas assim, infantil eu não recebi muito não. É mais adulto”* (P3).

Alguns atribuem a ausência de estrutura física ou mesmo formação teórico-técnica. *“Pois é, pra criança tem chegado bem pouco pra mim, né? É... até porque também a gente não tem muito recurso pra tá atendendo criança não, né? Não tem locais propícios. Então de início eu faço uma escuta e eu faço um encaminhamento pra rede”* (P8).

Essa possível “ausência” de demandas em saúde mental da infância e adolescência do âmbito do NASF é alvo de críticas pela gestora, que atribui esse quadro à falta de mapeamento do território de atuação:

Agora fulaninha que tá lá também né enquanto seu núcleo, ela também tem um fazer né, então vamos supor que essa esse menino que tá lá no CAPS, ele teve uma alta né, ele tá bem porque não precisa mais daquele atendimento lá mas ele tá num território e precisa ser monitorado, não tem? No mínimo. Quem monitora isso? É o NASF junto com o ACS que vai na casa dessa pessoa, que monitora isso. Ele precisa tá antenado quem são os adolescentes do território dele, que é quando a gente se espanta quando a gente vai no território e pergunta assim: quantos adolescentes tem aqui que tem questões com transtorno mental? Ah, não tem nenhum. Hã? Então não tem nenhum né. Então ela tem que fazer o mapa de saber quem são os adolescentes e as crianças que estão no território (Gestora).

Fica a questão: não há demanda ou as/os profissionais não se sentem aptos a reconhecer e acolhê-las? Este argumento faz sentido quando se analisa o contexto de desenvolvimento dessas crianças e a RAPS infantojuvenil, em seus tantos furos, tal como vem se apresentando aqui. Para onde vai uma criança com um diagnóstico desse? *“Não tem como a gente ver, isso é uma coisa que o CAPS infantil”* (P4).

O NASF já afirmou que não lhe cabe, entretanto, a criança também não é acolhida no CAPS, seja pela insuficiência seja pelo perfil desses serviços em atender aos “transtornos mentais graves e consistentes”. Não há ambulatorios. Fica a pergunta: para onde vai a criança? Cabe pensar então: quais são os efeitos disso? O que se faz com todos esses “diagnósticos”? Em alguns grupos sociais este pode ser um mote para se investir na criança enquanto em outros para aprisioná-la. Observam-se, contudo, algumas evidências de co-responsabilização entre as psicólogas entrevistadas no que concerne à atenção às crianças, embora essas ações ainda sejam permeadas por conflitos quanto às funções do NASF, como ilustra o seguinte trecho de fala:

Ai você diz assim “é pra trabalhar isso num NASF?”, a gente não tem como trabalhar porque a gente não vai fazer psicoterapia mas também a gente não pode dizer porque eu não posso trabalhar, porque eu não posso ir numa escola e pedir pra aqueles professores tenham cuidado que a gente tá fazendo uma orientação, e ver aquela criança ou aquele adolescente de uma outra forma né. Porque assim, não é porque eu não vou fazer que eu não vou deixar de mão. Porque esse menino é da minha área, ele vai voltar ou pequeno ou grande. Se ele não for pra mim chega pra outra pessoa mas ele vai voltar (P6).

Nesse contexto, a emergência das demandas de microcefalia ainda merece ser destacada, pois ocupam um lugar de doença “emergente” que requer uma série de “emergências”.

4.2.4 A infância e as demandas em saúde mental: A **emergência** da microcefalia

A microcefalia foi destacada como uma das preocupações emergentes no âmbito do cuidado exercido pelas/os profissionais entrevistadas/os. *“Agora mesmo nessa discussão da microcefalia, da zika, que tá todo mundo em polvoroso nessa história”* (P1).

A microcefalia diz respeito aos possíveis efeitos do vírus Zika no feto, correspondendo a uma redução do perímetro cefálico no neonato. A epidemia da síndrome congênita do Zika, portanto, engloba casos de microcefalia e/ou outras alterações do Sistema Nervoso Central, como observa Diniz (2016).

O Zika é um caso típico de vírus emergente que havia circulado de forma restrita, tendo chegado ao Brasil em 2015 e tornando-se parte de uma emergência em saúde pública (AGUIAR; ARAÚJO, 2016), como confirmando por algumas/uns participantes: *“ultimamente a gente teve muito, uma coisa muito batida a respeito da microcefalia”* (P6).

De acordo com dados da vigilância epidemiológica, até março de 2016 foram notificados 6.480 casos do Zika, dos quais 863 confirmados para microcefalia (DINIZ, 2016). Pernambuco é um dos estados alertados com um número crescente de casos (SOUZA et al., 2016).

Segundo as/os entrevistadas/os, a epidemia de microcefalia denunciou a fragilidade da RAPS infantojuvenil do Recife, sobretudo no que diz respeito à consolidação do dispositivo NASF na atenção básica. *“As equipes disseram ‘e pra cuidar das crianças com microcefalia e fazer a estimulação precoce dela, ne? Cadê a equipe NASF? Cadê meu fisioterapeuta, meu terapeuta ocupacional, meu psicólogo?’ As equipes falam nisso direto”* (P1).

Além de impulsionar o incentivo de capacitações envolvendo a temática, as demandas de microcefalia apontam para a necessidade de articulação com outras políticas e construção de novos equipamentos em saúde, como explicitado pela gestora:

Dentro dessa política existe a articulação com a política da pessoa com deficiência de Recife e a política da atenção básica que não tá dentro da política de saúde mental. Essas três políticas se conversam e montaram um núcleo que é o núcleo do desenvolvimento infantil. [...] Então isso é um núcleo que tem né e que vai ter que funcionar assim e não vai ser só pra microcefalia, a gente tá porque tem um boom, né? A gente tá com mais a gente tá com 25 meninos, 25 bebês né, então é um bom número, mas vai abrir pra todos os bebês de risco, né, com sinais precoces. Então vai ser um núcleo de estimulação precoce pra Recife né, daí isso vai surgindo (Gestora).

Como tratado anteriormente, um dos grandes desafios evidenciados pelas/os entrevistadas/os se referiu à des(composição) das equipes NASF e falta de investimento em processos formativos e na estruturação da atenção básica no Recife. Cenário este que foi posto em evidência pelo crescente número de casos de microcefalia identificado nesse município.

Tá aí agora a questão da microcefalia que surgiu e “botou” a bunda de todo mundo de fora, né? Porque já era pra tá acontecendo há muito tempo isso não acontece aí quando chega corre todo mundo pra fazer, né. Aí como é que você faz com isso? Tem uma falta de investimento no NASF, porque aí assim, equipes desfalcadas, né? Aí agora tá se vendo a importância do NASF (Gestora).

Diante desse cenário, quais são as implicações para a atuação desses profissionais? Como apontado no capítulo anterior, cabe ao NASF em apoio à atenção básica realizar o acompanhamento ao longo da vida de crianças, identificando sinais de risco/agravo ao desenvolvimento e intervindo precocemente.

Os NASF vão ter que monitorar os bebês porque esses bebês precisam o longo do tempo de um monitoramento porque é assim que se faz com bebê de risco, todo bebê de risco da comunidade tem que ser monitorado. Isso não é prerrogativa da microcefalia, então assim, onde é que tá os sinais de risco precoce? Quem é que olha isso? É o NASF dentro do território, pra quando necessitar de algum apoio eles acionar um CAPS, e aí o CAPS tem que atender os bebês (Gestora).

4.3 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO

As considerações do estudo 2, organizado neste capítulo e no anterior, apresenta os seguintes propósitos: 1) Retomar, brevemente, os objetivos e principais resultados analisados; 2) Refletir sobre a argumentação de que os impedimentos para a construção de um campo efetivamente voltado para a população infantojuvenil perpassa a superação de um conflito de projeto de sociedade; 3) Concluir tratando das possíveis contribuições da Psicologia Social, mais especificamente das representações sociais, para este debate.

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a produção de cuidados formais à saúde mental infantojuvenil em sua relação com as práticas profissionais no contexto dos serviços de saúde. No capítulo anterior, buscou-se compreender os desdobramentos da legislação de saúde mental sobre a configuração da Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Recife. Foram verificados diversos impasses que demonstram a fragilidade da rede disponível nesse município

para atender às crianças com demandas em saúde mental, dentre estes: a insuficiência de serviços substitutivos para absorver a demanda; a existência de enfermarias psiquiátricas que reproduzem práticas manicomiais; e mais, a permanência de padrões e ações manicomiais nos próprios serviços criados para promover rupturas no modelo asilar.

No que concerne ao funcionamento e desafios vivenciados pelas/os psicólogas/os no curso de suas atuações no NASF, foram destacadas a existência de precárias condições de trabalho, objetivadas na ausência de recursos físicos e humanos, na desqualificação dos profissionais e na existência de conflitos na natureza do vínculo (contrato temporário *versus* concurso público), que se desdobram em diferenças salariais e de oportunidades de formação e construção de planos de cargos e carreiras para os profissionais de saúde. Nesse contexto, o descaso da atual gestão municipal emerge como principal causa para vários desses problemas.

Diante desse cenário, refletiu-se sobre o lugar da criança na rede de saúde, como também na família e na comunidade. Verificou-se que a (in)visibilidade da infância no campo da saúde mental infantojuvenil perpassa diferentes níveis de análise: instituições, organizações e grupos sociais. Apontou-se no capítulo 2 que as políticas públicas concebem a criança como sujeito de direitos e desejos. A criança não emerge como sujeito, mas como objeto de intervenção e objeto de apropriação da escola, da família e/ou dos saberes e práticas psicológicas.

Considerando o discurso hegemônico de que há prevalência de demandas relativas à infância, e que essas são tradicionalmente e correntemente endereçadas à/ao psicóloga/o do NASF, interrogou-se então: como se dá o acompanhamento desses casos? Quais as possibilidades do trabalho com crianças nas esferas da promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental?

Uma das evidências dessa (in)visibilidade é objetivada na escassez de atividades desenvolvidas no NASF voltadas para crianças no tocante à saúde mental, como o apoio matricial e o atendimento individual. Essa lacuna é atribuída à ausência de recursos físicos e teórico-técnicos que possibilitem o cuidado específico à criança. Para os profissionais, a falta de salas de atendimento, espaços amplos para a realização de grupos e saberes sobre a “clínica infantil”, assim como a falta de adesão das famílias se configuram como as principais barreiras nesse sentido.

Ademais, analisou-se as dificuldades de manejo de distintos grupos sociais (psicólogos, profissionais da equipe de saúde da família e professores) frente às demandas da infância no âmbito da atenção básica. Argumenta-se que, o desafio em manejar essas demandas se objetiva na própria anulação da existência dessas, visto que ora são construídas pela escola em seu

discurso patologizante e medicalizante, ora são provocadas pela família “pobre” e “desestruturada” (sic), “inapta” a cuidar da criança. Pondera-se que, quando as ciências humanas se atêm apenas na descrição, seja macro ou microsocial, das relações entre os homens e as instituições sociais sem considerar a sociedade como produto histórico-dialético, elas não conseguem captar a mediação ideológica e a reproduzem como fatos inerentes à “natureza” do homem (LANE, 1985, p.13).

Consideramos que a elaboração de possíveis respostas para essa questão deverá enfrentar o complexo debate sobre o não reconhecimento da possibilidade de uma criança portar o enigma da loucura, ou ser um sujeito passível de tormentos mentais. Se essas vicissitudes da condição humana não forem atribuídas a uma criança e não forem tomadas como questões relevantes ao campo das políticas de cuidado eticamente orientadas, a pauta da cidadania e direitos dos loucos pode não interessar diretamente à pauta da cidadania das crianças; o contrário também sendo verdadeiro (COUTO; DELGADO, 2015, p. 31).

Ratifica-se que a criança possui demandas próprias que precisam ser evidenciadas por parte dos profissionais que lhes acompanha. Nesse sentido, reitera-se a importância de problematizar o sofrimento psíquico na infância a partir de sua construção como um fenômeno social, que para além de características orgânicas, é também atravessado por diversos fatores psicossociais e por diferentes formas de saber que circunscrevem os limites entre o normal e o patológico. Ao mesmo tempo, atenta-se para a relevância das investigações epidemiológicas e clínicas, pois reafirmam a concretude do adoecimento psíquico na infância, e, por conseguinte, ampliam e reiteram a importância da construção e consolidação de políticas e programas públicos voltados para essa questão (FÉLIX, 2014).

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela (BRASIL, 2005b, p.12).

Por isso, faz-se necessário investigar as complexas relações entre os discursos teóricos oriundos da medicina, psicologia, educação, etc., as concepções que o senso comum toma como natural, apropriado e desejável, e a visão do indivíduo sobre suas fases do desenvolvimento, a qual é perpassada por seu pertencimento aos diferentes grupos sociais (OLIVEIRA; REGO; AQUINO, 2006).

No tocante à atenção em saúde mental e à garantia do direito à saúde integral para a população infantojuvenil, é fundamental a construção de redes e articulações intersetoriais. Nesse âmbito, destacam-se as instituições que se ocupam desses processos educacionais. As escolas, ao agregarem diversidade, singularidades e recursos potentes para a produção de saúde

e detecção de riscos, podem se constituir como espaços privilegiados para o desenvolvimento de crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 2014; FELIX; SANTOS, 2016).

A partir dos resultados apontados nesta pesquisa e em Félix (2014), constata-se que muitas crianças são privadas de seu direito inalienável e incondicional à educação, configurando uma condição de exclusão social. Segundo Frigotto (2010), “no âmbito do embate ideológico e político, a exclusão social expressa, certamente, o diagnóstico e a denúncia de um conjunto amplo, diverso e complexo de realidades em cuja base está a perda parcial ou total de direitos econômicos, socioculturais e subjetivos” (p. 419). É de suma importância problematizar a antinomia incluído/excluído, uma vez que esses e outros achados (BENITEZ; DOMENICONI, 2015; NUNES; SAIA; TAVARES, 2015; FÉLIX, 2014, etc.) apontam não apenas a exclusão explícita de crianças do contexto escolar, como também outros processos de exclusão que operam mesmo na denominada inclusão escolar.

O cenário da atenção a crianças e adolescentes no campo da saúde mental testemunha que ainda coexistem intactas, ao lado da Reforma Psiquiátrica, práticas manicomiais capazes de produzir efeitos tão devastadores quanto os produzidos pelos hospícios. Para muitas crianças, o campo da saúde mental é ainda cercado, senão por um silêncio, por uma discrição no tratamento de questões relativas à loucura, operando-se aí uma sutil exclusão, um sutil confinamento (DIAS, s/a, p. 03).

Nesse aspecto, cabe refletir que mais uma vez (como ocorreu com a epidemia de uso de crack) a emergência de um novo fenômeno social cumpre a função de desvelar problemas estruturais e fragilidades do sistema de saúde e, por conseguinte, de mover os atores sociais para a articulação e construção de novos referenciais, políticas e serviços, face à demanda alarmante. Conforme a gestora entrevistada: “*a questão da microcefalia que surgiu e “botou” a bunda de todo mundo de fora*” (sic).

Apoiando-se nas ideias de Luz (2000), pode-se refletir que o campo da saúde mental é atravessado por discursos científicos e práticas disciplinares, como também por mediações de natureza políticas, sociais e culturais. Assim sendo, o processo de desenvolvimento nacional tem se caracterizado por uma intensa concentração de renda que acentua, cada vez mais, a carência da maioria da população: “*eu nunca vi tanta miséria*” (Sic): “Tudo de transforma, mas a miséria permanece” (ANDRADE, 1980, p. 110). Nesse sentido, as condições de saúde vêm à rebote, refletindo as condições de existência. Sendo assim, pondera-se que a viabilidade de **qualquer mudança**, de fato, significativa nas condições de saúde da população exigem “transformações também significativas na relação de forças existente na sociedade, de maneira a exprimir orientação hegemônica diversa da atualmente existente” (AUGUSTO, 1989, p. 116). Chama atenção que Augusto publicou essas reflexões em 1989. Todavia, cabem perfeitamente ao nosso contexto atual.

O direito de *todos* termina por se traduzir em assistência, muitas vezes precária, aos mais carentes. Mantidas na condição de população “assistida”, “beneficiada” ou “favorecida” pelo Estado, esses segmentos dificilmente conseguem se perceber como “usuários”, “consumidores” ou “possíveis” gestores de um serviço a que têm direito, como qualquer cidadão (AUGUSTO, 1989, P. 114).

No cenário nacional brasileiro, tem prevalecido interesses de ordem econômica em detrimento à questão da equidade social na formulação e execução de programas sociais pelo Estado. Desse modo, as intervenções nessas esferas têm sido realizadas prioritariamente pela articulação entre o aparelho governamental com o setor privado, produtor de bens e serviços, não se evidenciando nenhuma melhora significativa na qualidade dos serviços ofertados ou na qualidade de vida das populações beneficiárias (KOWARICK, 1985, apud AUGUSTO, 1989, p. 113).

Nesse âmbito, com base em Santos (2016), questiona-se: “o que estaria em jogo é a convivência de novas e velhas concepções ou seriam esses saberes a expressão de disputas de concepções de sociedade? O que estaria em disputa não seria a ideia de uma sociedade igualitária x a ideia de uma sociedade hierárquica?”. A autora sugere que em vez de pensarmos na negociação de velhas e novas concepções ou paradigmas como a clínica biomédica *versus* a clínica ampliada ou o modelo hospitalocêntrico *versus* o modelo psicossocial, “por que não buscar compreender a complexa dinâmica social e simbólica que sustenta os posicionamentos e práticas profissionais?” (SANTOS, 2016, p. 21).

Especialmente quando queremos pensar as interfaces da Psicologia com o Sistema Único de Saúde (SUS) urge que problematizemos o que podemos, o que queremos e, principalmente, como fazemos para contribuir na construção de um outro mundo possível, de uma outra saúde possível e, digo logo, de uma saúde pública possível (BENEVIDES, 2005, p. 21).

A história e a atualidade dos acontecimentos políticos na esfera pública brasileira parecem fortalecer a hipótese de que há, ao mínimo, duas grandes concepções de sociedade em constante conflito. Nesse sentido, acredita-se que a superação de uma lógica assistencialista e a construção de uma sociedade plenamente voltada para a garantia de direitos sociais (SANTOS, 2016) necessita daquilo que Jodelet (2011) enfatiza para a potencial grande contribuição da Teoria das Representações Sociais: “análises das realidades sociais colocadas em evidência através das pesquisas” (p. 24).

Todavia, Valentim (2013) relembra que no atual modelo neo-liberal dominante, a inovação é geralmente sinônimo de tecnologia, seja nas políticas de investigação, seja nas políticas universitárias. Desse modo, não sobra grande espaço para investimentos no estudo de sistemas de significação ou de representações sociais (VALENTIM, 2013). O autor ainda tece críticas a algumas tendências dos pesquisadores dessa área, as quais precisam ser superadas

quando pensamos num futuro possível para as representações sociais. Primeiramente, argumenta que, nos estudos em representações sociais, é comum o uso do “social” como sinônimo de identificação de determinado grupo que apresenta um repertório de respostas em comum, isto é, reduz-se o estudo em TRS ao reconhecimento de um conjunto de “representações consensuais”. Ademais, fundamenta essa afirmação numa crítica aos limites que o rigor metodológico pode impor, caracterizando a prática da pesquisa como um tecnicismo sem muita utilidade pública. De acordo com Valentim (2003), o futuro das representações sociais deve se consolidar como uma lente compreensiva da realidade social.

Nessa perspectiva, lista 4 (quatro) razões principais que ratificam a potencialidade deste referencial teórico: 1) a TRS se situa num cruzamento com outras ciências que permitem a compreensão dos fenômenos sociais, tais como a sociologia, antropologia e história, e que contribuem para um nível de análise do tipo societal; 2) por sua especificidade em estudar o senso comum. Ao contrário de outras teorias psicossociológicas clássicas, a TRS não se centra nos erros e enviesamentos que se afastam da lógica formal. Portanto, busca evidenciar sentido à lógica e coerência interna do pensamento cotidiano; 3) Seu papel enquanto “grande teoria”, perspectiva escassa na Psicologia Social; e por “fim”: 4) Propicia atenção à mudança social, sendo útil para a compreensão dos processos de transformação social, assim como das próprias representações sociais, nas comunidades e sociedades:

trata-se de sublinhar a utilidade da noção de RS na intervenção, em termos de transformação social. Porque, qualquer que seja a escala de um projecto de mudança, sem a compreensão dos sistemas de significação em jogo, o trabalho de transformação social está condenado ao fracasso (VALENTIM, 2013, p.164).

Em consonância, Jodelet (2011) chama atenção para a necessidade de que os estudos envolvendo o estado da arte da TRS não se restrinjam ao usual levantamento das áreas e referenciais teórico-metodológicos empregados, mas se complementem e se complexifiquem a partir de análises que realcem as realidades sociais subjacentes às pesquisas. Para tanto, a autora propõe como estratégia teórico-metodológica considerar ideologias e sistemas de valores específicos ao funcionamento dos campos de investigação. No que concerne à saúde e educação, por exemplo, concebe-se que

Esses campos aparecem em cada país como **sistemas ligados às organizações institucionais, aos estados e aos problemas particulares da sociedade e de seus diversos grupos**, como as escolhas políticas. Especificar as características desses sistemas, como contextos de formação das representações próprias aos grupos profissionais ou sociais envolvidos, permitiria uma melhor aproximação da formação e das funções das representações ao nível categorial e ao nível individual. Assim poderíamos esclarecer a dinâmica social e simbólica que sustenta as tomadas de posições dos sujeitos da pesquisa. Poderíamos também aprofundar, via comparações interculturais, os processos de gênese social das representações sociais que entram em combinação com a experiência vivida dos sujeitos (JODELET, 2011, p. 25).

Para Berger e Luckmann (1996), a institucionalização não se define como um processo irreversível, embora exista a tendência à permanência e tradição. Compreende-se reificação como a apreensão de fenômenos humanos como coisas, sendo o ápice do processo de objetivação. A esse respeito, pode ser delineado que os papéis também se reificam, tal qual as instituições.

Nesse sentido, os resultados apontaram a existência de práticas profissionais balizadas por crenças e valores conservadores que comprometem, dentre outros, a qualidade da atenção ofertada aos usuários do SUS, bem como a articulação entre os serviços existentes. Considera-se que tais condutas favorecem a manutenção de um *status quo* que invisibiliza as crianças, assim como comprometem a potência do cuidado a essas destinadas. Nesse sentido, com base em Lane (1985), é importante refletir que: “Se a Psicologia apenas descrever o que é observado ou focar o indivíduo como causa e efeito de sua individualidade, ela terá uma ação conservadora, estatizante – ideológica – quaisquer que sejam as práticas decorrentes” (p. 15).

Não é preciso ir muito longe para percebermos que o discurso sobre o sujeito tem vindo acompanhado, no campo das práticas psi, de um processo de despolitização destas mesmas práticas. No mesmo movimento em que o sujeito é tomado como centro (ou mesmo eventualmente descentrado) opera-se uma dicotomização com o social que se acredita circundá-lo (BENEVIDES, 2005, p. 21).

Nesse sentido, Yamamoto (2007) defende a perspectiva de que a ação do psicólogo no campo do bem-estar social por si só não define seu compromisso social, sendo possível inclusive que essa inserção tenha efeito oposto. Como o autor exemplifica, essa oposição pode se manifestar através da resposta capitalista à questão social, típica do atendimento desqualificado.

Observou-se ainda um esforço por parte de algumas/uns profissionais em superar problemáticas decorrentes do desinvestimento de gestões pouco comprometidas com a consolidação do SUS, assim como as limitações de suas próprias formações, ao buscarem referenciais teórico-técnicos e aproveitarem os espaços disponíveis (como capacitações, fóruns e reuniões de categoria) para desenvolverem saberes-fazeres pautados pelos princípios da reforma psiquiátrica e do trabalho e cuidado em rede.

Destacou-se ainda que as parcerias entre NASF, ESF e CAPSi, quando existentes, são fortalecidas mediante vínculos de amizade e afinidade entre profissionais. Nesse sentido, as/os entrevistadas/os não relatam o uso de instrumentos técnicos oficiais de referência e contra-referência entre serviços e profissionais ou mesmo reflexão sobre essas práticas. Observou-se que o papel da experiência e da implicação com o objeto sobre os processos representacionais

e categoriais que organizam as experiências e práticas profissionais põem em jogo elementos de forte caráter emocional. Para alguns autores (DANY; ABRIC, 2007), a implicação é um dos componentes da “distância ao objeto” no campo das representações sociais. Nesse sentido, a implicação traduz um posicionamento seja de observador seja de ator em relação ao objeto. Dada sua importância, faz-se necessário, portanto, considerar e compreender as dimensões subjetivas, os afetos e as identidades nos processos de construção do conhecimento e na vida social (JOVCHELOVITCH, 2008).

Assim, as vozes das/os entrevistadas/os revelaram esse movimento dinâmico de discussão, negociação e reorganização das práticas profissionais e institucionais, no qual os envolvidos vão “se virando com o que tem” e “inventando como podem”. Tais achados convergem com Souza (2012) e Alves (2016) quando afirmam que a atividade representacional se caracteriza pela fragmentação e sincretismo dos conhecimentos produzidos, assim como pela coexistência, em um mesmo grupo ou sujeito, de diversos e heterogêneos tipos de racionalidade. O mesmo fenômeno ocorre no âmbito das práticas sociais, o que eles denominam de polifasia comportamental.

Para Jodelet (2011) em áreas que se conformam pela formação de seus agentes, como ocorre no campo da saúde e educação, é importante utilizar como critério o modelo desempenhado pelos especialistas da formação profissional, os quais se situam em torno de 3 (três) tipos de representações das atividades profissionais:

- 1) as representações compartilhadas na sociedade que constituem o recurso mental dos agentes no momento de sua entrada na formação; 2) as representações sócio-profissionais que são delineadas no curso da formação; e 3) as representações profissionais que são cristalizadas no momento onde o agente exerce uma atividade profissional concreta” (JODELET, 2011, p. 25).

Tendo isso em vista, como o conceito de profissão pode ser definido? Yamamoto (2007) discute a prevalência de uma visão endógena acerca desse conceito, no qual se enfatiza a prática em detrimento do trabalho. Com isso, privilegiam-se “as preferências dos profissionais, as atividades, os locais de trabalho entre outros aspectos que são *dimensões do trabalho* do psicólogo, trabalho que é tradução de *relações sociais estabelecidas sob uma base econômica específica*” (p.35). Concebido como um trabalho, a Psicologia se torna mais uma das especializações decorrentes da divisão social e técnica do trabalho, traduzindo-se sob o capital, através da venda e compra de sua força. Desse modo, um aspecto deve ser ressaltado: ao se inserir no escopo profissional, uma prática institucionalizada, socialmente legitimada e legalmente sancionada, encontram-se condições materiais que vão impor limites para a

autonomia da profissão, definindo seus trajetos, apesar de não ocorrer um condicionamento unidirecional (YAMAMOTO, 2007).

Ao analisar o significado e os limites da intervenção do psicólogo no terreno do bem-estar social, é necessário um duplo cuidado: ao mesmo tempo em que a crítica à reiteração das formas convencionais e inadequadas de intervenção clínica nas diversas modalidades de ação deve ser feita, é preciso evitar fazer exigências que vão além das possibilidades da ação profissional (confundindo a ação profissional que comporta uma dimensão política com a ação propriamente política) (YAMAMOTO, 2007, p.35).

Nesse âmbito, é o contexto definido pelo sistema que vai organizar no campo de atuação as diferenças em termos de formação e prática profissional, estabelecendo quadros que delimitam a possibilidade de análises e comparações dos processos de emergência e funcionamento das representações sociais.

Seria possível ultrapassar uma mera descrição de estados de representação, uma mera explicação das repostas dos sujeitos a partir de sua posição nas interações grupal e social, para incluí-las numa perspectiva social e nacional mais abrangente; e assim enriquecer a aproximação do lado social do estudo dos fenômenos representacionais. Hoje, duas grandes orientações teóricas se destacam no estudo das representações sociais. Uma orientação interativa e comunicacional, centrada nos discursos e na linguagem, nos processos de comunicação intersubjetiva e massiva. A outra orientação é de tipo societal, focalizada nos quadros sociais das produções mentais. Nos campos de aplicação as duas orientações podem ser combinadas e complementares (JODELET, 2011, p. 25).

A produção do pensamento espontâneo ocorre em espaços públicos, nos quais as interações sociais ocorrem. Esse pensamento se constitui a partir dos acontecimentos, em conjunto com a ciência e a ideologia. É por meio desses encontros que os sujeitos podem falar e dar sentido ao cotidiano, sendo nesse processo que as representações sociais são formadas (JOVCHELOVITCH, 2008).

As informações do cotidiano com as quais os profissionais têm contato são por eles apropriadas, debatidas, comentadas e avaliadas coletivamente, seja nos encontros fugazes nos corredores, no refeitório, ou nas reuniões de equipe, como esforço para dar sentido à realidade circundante e ao fenômeno com que se trabalha (ALVES, 2016, p.304).

Alves e Rabelo (1998) sugerem que os estudos, sobretudo nas temáticas saúde/doença englobem: “as formas temporalmente circunscritas pelas quais os atores imputam e negociam significados para suas experiências, vivenciam dificuldades de sustentar esses significados, delineiam e levam a cabo projetos e estratégias para se (re) situar no mundo social” (p.119). Desse modo, a dimensão da experiência pode contribuir para renovar e dinamizar as reflexões sobre as relações representação/prática social. Representações e práticas sociais se imbricam mutuamente, configurando um sistema dialético, aberto e heterogêneo que é constantemente ampliado e reelaborado no decorrer das interações e experiências sociais.

A dimensão da experiência deve ser compreendida no âmbito da vivência subjetiva, situando-se no campo de saberes acerca dos conhecimentos do senso comum. Nessa perspectiva, articula-se com as representações sociais, pois a experiência e o conhecimento se estabelecem de maneira dialética: “a representação como saber local pode estar subordinada à experiência, que por sua vez é significada a partir de meta-sistemas de representações socialmente partilhados”. Assim, a partir da experiência emergem novas significações, tornando esse fenômeno social um mediador e filtro que seleciona e atribui valor às informações na construção de conhecimentos espontâneos, devido à sua pertinência relativa ao sistema de valores e práticas (JODELET, 2005, p. 47).

Nesse sentido, pondera-se que a utilização da narrativa de episódios e condução de entrevistas menos estruturadas favorecem a construção de um espaço intersubjetivo onde entrevistados e entrevistadores dinamicamente dialogam e refletem sobre a vida cotidiana. Os resultados aqui apresentados e discutidos apontam que o uso deste recurso metodológico é privilegiado para fazer avançar os estudos em representações sociais em seu entrecruzamento com a dimensão experiência/prática social. Em Félix (2014) o uso de entrevistas orientadas para a investigação de práticas de cuidados também se mostrou profícuo para a análise de práticas e representações sociais subjacentes.

Ademais, no decorrer desta tese, apoiou-se nas contribuições de Minayo (1994) acerca da abordagem hermenêutico-dialética. Essa perspectiva abarca os fenômenos em sua historicidade, sua posição no modo de produção, sendo essa marcada pela designação do meio cultural, tais como a cultura de classe e as representações sociais como manifestações do local e das condições sociais dos sujeitos. Desse modo, compreende as relações sociais em seus aspectos de contrariedade, conflitualidade e totalidade. Em termos cognoscitivos, abrange a relação dialética “entre a razão e a experiência, entre as categorias analíticas e as categorias empíricas, entre o mundo natural e o mundo social, entre o pensamento e a existência, entre a multiplicidade e a unidade, entre a exterioridade e a interioridade, entre a análise e a síntese” (MINAYO, 1994, p.237).

Portanto, propõe-se que o direcionamento analítico de qualquer estudo no campo da saúde deve ter como norte uma vinculação estratégica com a realidade. Ou seja, que as conclusões de uma investigação indiquem pistas e caminhos que sirvam de base para propor planejamentos e avaliação de programas, repensar conceitos, transformar relações, etc. (MINAYO, 1994).

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Penso que as considerações tecidas em cada um desses estudos permitiram evidenciar a tese defendida: as práticas de cuidado à saúde mental infantil são construídas em meio às negociações de saberes de distintas ordens e da experiência vivida face às demandas e às circunscrições das condições concretas sociais e de trabalho.

Nesse sentido, reservou-se esse espaço (considerações finais) para apontar outras reflexões que podem servir como mote para o desenvolvimento de pesquisas e outras produções humanas, tais como políticas públicas. Os resultados apresentados nesta tese ratificam o título: “(In)visibilidades da infância no campo da Saúde Mental”. Conclui-se que, de fato, da criança existe uma dimensão de invisibilidade nesse campo, seja no nível das instituições (políticas públicas), seja no nível das organizações e grupos sociais (serviços, profissionais de saúde e educação, e pela própria família).

Resta agora, refletir sobre o porquê disso. Argumenta-se que a criança em sofrimento psíquico usuária do SUS é invisibilizada pelo atravessamento de 3 (três) marcadores: O primeiro se refere à *infância* enquanto categoria geracional⁴⁰. Nega-se à criança sua condição de ser falante e sujeito de desejos: a criança foi e continua não tendo “voz nem vez”. Por isso, todas e todos falam por ela e sobre ela: profissionais, professores e familiares. O segundo marcador diz respeito à “*loucura*” enquanto objeto que remete à alteridade radical. A loucura é estranha, é incompreendida, é ameaçadora, e por isso, requer modos de normatização e controle para superar o caráter de imprevisibilidade e, por conseguinte, periculosidade imbricadas em suas representações sociais. No caso da infância ainda há um agravante: A loucura parece ser tão ameaçadora que se anula inclusive a possibilidade de a criança “portar o enigma da loucura”, tal como expressa Couto e Delgado (2015, p. 31). Por isso, o histórico e atual tamponamento do sofrimento psíquico infantil sob o manto da deficiência: admite-se que a criança possa ser deficiente, porém “louca” não. Por fim, reconhece-se a marca da *pobreza*, e todos os preconceitos subjacentes a essa e aos estereótipos do pobre: o pobre é violento, é ignorante, desprovido de saberes e emoções necessários à tarefa de cuidar de um outro. A cultura da pobreza é inferior à cultura da classe média. “Nós” sabemos como cuidar de uma criança no bojo de uma família “estruturada”, “eles” não.

⁴⁰ A sociologia da infância distingue semântica e conceptualmente *infância*, que significa uma categoria social do tipo geracional, de *criança*, referente ao sujeito concreto que integra essa categoria geracional e que, na sua existência, para além da pertença a um grupo etário próprio, é sempre um actor social que pertence a uma classe social, a um género, etc. (SARMENTO; 2005;).

Reflete-se ainda que esses três marcadores possuem características que eminentemente nos remetem à alteridade. Os adultos não são crianças, portanto, não conseguem reconhecê-las, escutá-las e observá-las. Os profissionais de saúde também não se consideram “loucos”, portanto, a loucura persiste como objeto radicalmente distante e estranho. Do mesmo modo, a pobreza. Há um limite discursivamente delimitado pelos entrevistados entre sua classe social e a classe social do usuário do SUS. Por isso, o pobre, assim como suas concepções, crenças e práticas permanecem destituídas de legitimidade. Reiterando: a família do pobre é “desestruturada”. Logo, lhe faltam ferramentas para prover um cuidado adequado às crianças. Logo, cabe às/aos psicólogas/os prover essas ferramentas. Nesse processo, a Psicologia ainda é constantemente convocada, por diversos atores sociais (profissionais de saúde, professores e famílias), a realizar seu tradicional papel de normatizar comportamentos desviantes. Tal como lembrado por Eidelwein (2007), a Psicologia (assim como o Serviço Social) são profissões que emergem como tecnologias voltadas para a manutenção de determinado *status quo*, agindo “sobre as “disfunções” do social na direção de torná-las funcionais, sob termos como ressocializar, reabilitar, resgatar, incluir, dentre outros” (p. 307).

Nesse sentido, ainda se levanta um questionamento: Por que o usuário de crack incomoda tanto ao ponto de mobilizar sociedade civil e governo a construírem tantas medidas de repressão e cuidado? O crack teve lugar de destaque na análise da legislação em saúde mental. Outro exemplo notório se verifica nas propostas de internação compulsória que retomam a lógica higienista do modelo asilar: limpar das ruas tudo aquilo que incomoda, todos os indivíduos que representem rupturas à norma social. Em concordância com Santos e Acioli Neto (2015), trabalha-se com a hipótese de que o usuário de crack incomoda tanto por objetivar constantemente a miséria, a pobreza e tantos outros processos de exclusão social.

Já as crianças e adolescentes não incomodam tanto assim por que, afinal, por onde transitam? Há insuficiência de espaços de lazer e de serviços para que elas possam circular e, efetivamente, ocupar a cidade. As crianças estão privadas do espaço público devido à violência urbana e reservadas ao espaço privado, onde junto às suas famílias também estão suscetíveis a uma série de violências. Assim, passam “quase” despercebidas. Pelo menos até agora. Pelos resultados apresentados, parece que uma epidemia de microcefalia foi “necessária” para que o poder público e a sociedade civil começassem a se mobilizar em torno do cuidado à infância.

Ademais, reflete-se que “loucura” e “pobreza” são objetos e fenômenos sociais extremamente mobilizadores. Não por menos, os profissionais de saúde expressam tão fortemente suas emoções quando tratam desses por meio de palavras como: medo, receio,

dúvida, angústia, impotência e preconceito. Todavia, cabe ressaltar que esses afetos estão implícitos na narrativa dos entrevistados. Não são apreendidos por todo e qualquer tipo de recurso metodológico. Essas nuances e particularidades foram passíveis de interpretação a partir da narrativa de suas experiências e de uma aliança entre uma perspectiva psicossocial e hermenêutico-dialética. Reconhece-se a pertinência o uso de distintas estratégias metodológicas para alcançar o objetivo geral desta tese, a saber, analisar as dimensões da prática profissional na construção dos cuidados em saúde mental infantil em suas imbricações com as representações sociais.

É importante destacar que a ação discursiva de narrar possui uma natureza conjunta, delineada por se constituir como um processo situado e relacional (dialógico) sempre dirigido a plateias e situações sociais distintas. São, portanto, embates na legitimação de sentidos, sendo fundamental considerar o “quem” se conta a história, assim como o “onde”: agente alvo e contexto (BASTOS; BIAR, 2015), além do “para quem”. Com isso, torna-se possível observar como

Narradores e personagens narrados são discursivamente construídos através do uso de noções como posicionamento, agência, alinhamentos, entre outras. A partir delas, é possível elaborar articulações com o contexto macro-contextual ou sócio-histórico, perguntando-se, por exemplo, como estereótipos são aceitos ou rejeitados, ou como as identidades localmente instituídas relacionam-se com discursos especializados ou de senso-comum que circulam na sociedade (BASTOS; BIAR, 2015, p.109).

Tanto as políticas públicas quanto as narrativas dos profissionais são construídas tomando por base aquilo que é canônico, normativo, “politicamente correto”, como por exemplo, “*eu gosto muito do meu trabalho*”, “*eu sinto muito prazer no que eu faço*”, “*eu tenho encontrado muita realização no meu trabalho aqui no NASF*” (sic). Todavia, seus discursos e práticas também são interpelados por constantes conflitos, negociações e contradições. Esses movimentos se evidenciam quando os entrevistados descrevem suas atribuições e condições de trabalho, e refletem sobre suas experiências profissionais. Cabe lembrar que psicólogas/os também estão “submetidos a relações e condições de trabalho que são determinantes de suas possibilidades e limitações, fazendo com que não possuam o domínio completo sobre o próprio processo de trabalho” (EIDELWEIN, 2007, p. 308).

É fundamental que as problemáticas apresentadas sejam compreendidas enquanto construções sociais, evitando-se a reprodução de práticas orientadas pela crença de que “*é natural que isso aconteça*” (sic). Desse modo, concebe-se que as representações e práticas profissionais são passíveis de mudança, transformação e invenção, desde que sejam reconhecidas como “frutos de construções históricas da sociedade em determinadas épocas

temporais, caracterizadas por determinadas formas de acumulação do capital” (EIDELWEIN, 2007, p. 307). Em outras palavras, cabe aqui compartilhar as reflexões de Eidelwein (2007):

É possível “olhar” apenas para as situações de desigualdade e exclusão social sem “olhar” para os modos como os sujeitos significam tais experiências? É possível “olhar” para os significados que os sujeitos atribuem a suas experiências de vida sem “olhar” para as condições materiais de (re)produção da sociedade na qual se encontram inseridos? (EIDELWEIN, 2007, p. 308).

No tocante ao tema desta pesquisa, cabe lembrar que “o cuidado de crianças e adolescentes demanda ações intrinsecamente intersetoriais”. Portanto, “**todos** devem participar do processo desde o início, assumindo e compartilhando responsabilidades” (MATEUS, 2013, p. 326). Assim sendo, este é um campo que merece ser refletido à luz de diversas áreas de conhecimento, pautado pelo constante exercício da interdisciplinaridade.

No que concerne à Psicologia se reconhecem as potenciais contribuições das atualidades da Psicologia Clínica, Psicologia da Educação, Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia Social para o campo, entre outras. Da *Psicologia Clínica* em interface com as propostas da Atenção Psicossocial e Clínica Ampliada, superando olhares e práticas individualistas, a-políticas e a-históricas. Da *Psicologia da Educação*, em contribuir para a consolidação de uma escola que, de fato, inclua, acolha e cuide das crianças em suas múltiplas possibilidades e modos de ser, existir, desenvolver e aprender, e que não apenas enfoque os processos cognitivos envolvidos na aprendizagem. Uma escola que esteja disposta a rever seus modelos e práticas pedagógicas falidos, que não ensinam, ao contrário, segregam, excluem e culpabilizam as crianças por seus “fracassos”. Da *Psicologia do Desenvolvimento*, quando se volta para suas perspectivas sócio-interacionistas, em detrimento de tendências clássicas preocupadas apenas etapizar a curva “normal” do desenvolvimento infantil. Compreende-se que, o campo da saúde mental, englobando instituições, serviços e saberes-fazeres, pode se configurar como um contexto de desenvolvimento, onde conhecimentos e práticas específicas são dirigidas às crianças, oferecendo limites e possibilidades para o desenvolvimento. Apresenta-se, portanto, como *lócus* profícuo de estudos, na medida em que evidencia outros modos de subjetivar e vivenciar os diferentes ciclos de vida. Da *Psicologia Social*, a partir de correntes ternárias, que se proponham a lançar um “olhar psicossocial”, como diz Moscovici (1984), sobre a realidade social. Correntes que efetivamente resgatem o “social”, muitas vezes tamponado por pesquisas que tomam o “indivíduo” e a “primazia do método” como foco de análise. Considero que a Teoria das Representações Sociais constitui um referencial que pode cumprir este papel. Aliada a esta, apontam-se ainda a potencialidade da Psicologia Sócio-Histórica:

Essa perspectiva está guiada por princípios que pensam e querem o mundo em movimento; que pensam e querem o humano pensado como ser ativo, social e

histórico. [...] Além disso, a relação do sujeito com o mundo social onde está inserido é eixo de seu pensamento. Assim, suas práticas estão voltadas para as condições de vida a que estão submetidos os sujeitos. [...] A psicologia sociohistórica, ao desnaturalizar os sujeitos e pensá-los como sujeitos singulares e ativos na construção de seu mundo, não pode deixar de contribuir produzindo saberes que permitam novas relações entre o Estado e a população em geral (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, p. 83).

Isto posto, são tecidas as seguintes reflexões: Profissionais de saúde são cuidadores. Cuidadores. São pessoas que atravessam a formação para ao fim (que na verdade é o começo) cuidarem da dor do outro. Anos de estudos, outros tantos de submissão a trabalhos mal (ou não) remunerados, e outras condições precárias. Tentam cuidar da dor do outro como podem, como conseguem. Mas quem cuida das suas dores? Quem se responsabiliza pelo cuidado dessas pessoas que tomam o cuidado ao outro como profissão, como projeto de vida?

As mesmas reflexões cabem à família, considerada prestadora dos “cuidados informais” em saúde. Esses cuidadores fizeram a minha pesquisa de mestrado possível. Cuidavam das dores de seus filhos e netos, das dores que o sofrimento psíquico causa/va em suas vidas. Muitas dessas crianças tinham direitos garantidos. Muitas tinham famílias, acesso ao CAPSi, acesso à escola, acesso ao benefício assistencial. Mesmo assim, são trajetórias de crianças e familiares marcadas pela exclusão. Na pesquisa atual me deparei com um cenário ainda mais deplorável.

Exclusão dos serviços de saúde, exclusão da escola, exclusão do espaço público, exclusão da própria família. Exclusão de todo um universo simbólico que, por algum motivo, seja ele de ordem biológica, social, inconsciente, espiritual ou tudo isso junto, segregam as crianças de um mundo de significados. Significados que famílias e profissionais muitas vezes se esforçam por construir, por compartilhar. O sofrimento psíquico exclui as crianças, mas também seus cuidadores. E mais uma vez, quem cuida dessas dores? Quem cuida das dores de uma pessoa, quando ao seu filho falta o “bem”, a “dádiva” da saúde? A saúde é um direito constitucional. Mas o que significa isso? Significa que todos têm direito a ter saúde enquanto um direito social. Contudo, se pensarmos numa definição de saúde em termos amplos e globais, relacionada com as condições de vida da população, o fato é que o “direito” à saúde tem se constituído como um “privilégio” para poucos.

Os resultados aqui apresentados denunciam que o Estado tem falhado gravemente em garantir saúde aos cidadãos. Não garante a saúde sequer os seus profissionais de saúde. E às crianças, historicamente negligenciadas pelo poder público, quais direitos têm sido garantidos por aqueles que teriam o dever de fazer valê-los? O que o Estado, a sociedade e a família estão “devendo” às crianças? Tudo ou quase tudo. Saúde, educação, proteção, condições adequadas de moradia, liberdade de brincar, de construir laços afetivos e sociais saudáveis. Alimento.

Como dizemos no senso comum: “o básico do básico”. Nesse momento, convido uma das psicólogas entrevistadas para ilustrar essas reflexões:

Porque são coisas que a gente não consegue ter sossego se a gente não enfatiza essas carências, essas necessidades. Aí “não, você só vê coisa ruim”. Não, é porque por mais que o profissional tenha vontade de fazer, mas não tem. **Falta, falta** profissional, **falta** neurologista pra ver esse menino e passar uma, e ver o que fazer, exame. Quando é que isso vai acontecer? **Falta** um acompanhamento psicológico, **falta** comida na casa, **falta** essa mãe ter uma assistência direito. **Falta** muita coisa. E **falta** compromisso principalmente das pessoas (P4).

Espera-se que essas tantas **faltas**, de condições de trabalho a condições de vida e existência, não sejam naturalizadas, não sejam concebidas como uma produção endógena, mas sim, como fruto “de toda uma conjuntura social, econômica, política e cultural que condiciona ou favorece determinadas visões da natureza e do ser humano, formas de investigação e compreensão da realidade, bem como modos de intervenção sobre a realidade pensada e investigada” (EIDELWEIN, 2007, p. 308).

Enquanto trabalhadores que fazem parte da classe-que-vive-do trabalho, psicólogos sociais “participam do processo de (re)produção do capital em sua totalidade”, ora “instaurando movimentos de sujeição e manutenção”, ora “instaurando movimentos de resistência e enfrentamento às forças instituídas” (p. 307). Nesse sentido, Eidelwein (2007) lembra que “o compromisso dos pesquisadores com a produção do conhecimento decorrerá de sua competência técnica, crítica, política e criativa. Desta forma, pode-se dizer que o olhar que cada um lança sobre a realidade diferencia as práticas profissionais” (p. 308).

Des-cuidados. Ninguém cuida das dores dos profissionais, tampouco das dores das crianças e de suas famílias. Não raro essas pessoas também entram num processo de sofrimento. Não para menos familiares e profissionais querem falar. Querem falar e falam. Querem ser escutados. Querem ser visibilizados. Querem compartilhar suas dores, fazem uso da entrevista como espaço de desabafo, de elaboração e ressignificação.

E o nosso papel nisso tudo? Que possamos “olhar” e “escutar” da forma que pudermos. Aos pesquisadores e psicólogos: que sigamos fazendo uso de nossos instrumentos teórico-técnicos para desvelar as tantas mazelas já naturalizadas; que possamos resistir e contribuir para a construção de um projeto de sociedade menos excludente. De fato, “uma sociedade sem manicômios”. Afinal, como disse Silvia Lane (1985): “toda psicologia é social”. Eis o nosso compromisso.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. Pratiques sociales, représentations sociales. In: ABRIC, J. C. **Pratiques sociales et representations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

ACIOLI NETO, M. L.; SANTOS, M. F. As máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 20, n. 4, 611-623, 2015. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28292/pdf_1. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

AGUIAR, R.; ARAUJO, I. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 10, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1088>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

ALMEIDA, A. M. O. Abordagem societal das representações sociais. **Soc. estado.**, v.24, n.3, p.713-737, 2009.

_____. A pesquisa em representações sociais: Proposições teórico-metodológicas. In SANTOS, M. F.; ALMEIDA, L. M (Orgs.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Alagoas: UFAL/UFPE, 2005, p.119-160.

ALMEIDA, A.M.O.; CUNHA, G.G.; SANTOS, M.F.S. Formas contemporâneas de pensar a criança e o adolescente. **Estudos**, v. 31, n. 4, p. 637-660, 2004.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 8, n. 3, p. 257-267, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300005. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

ÁLVARO, J. L; GARRIDO, A. **Psicologia Social: perspectivas psicológicas e sociológicas**. - São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

ALVES, R. B. **Entre a rodoviária e a prisão sem muros: sentidos e práticas sobre violência para profissionais de uma rede assistencial**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Vitória – ES, 2016.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: _____. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998, p. 107 – 121. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-07.pdf>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

ALVIM, C. G. et al. A avaliação do desenvolvimento infantil: um desafio interdisciplinar. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 51-56, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

AMARAL, A. E. V. et al. Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 62, n. 136, 37-52, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 de novembro de 2016.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ANDRADE, R. C. Política social e normalização institucional no Brasil. In: América Latina: novas estratégias de dominação. Petrópolis, Vozes; São Paulo, CEDEC, 1980, p. 87-114.

ARCE, V. A. R. Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1004-1012, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000301004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de Dezembro de 2016.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15981.pdf>. Acessado em 20 de novembro de 2016.

ARRUDA, A. Theory of social representations and social sciences: Transit and crossings. **Sociedade e Estado**, v.24, n.3, p.739-766, 2009.

ASSIS, S.G., et al.. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002. Acessado em 20 de novembro de 2016.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Tempo Social**; Ver. Sociol. USP, São Paulo, v. 1, n. 2, 105-119, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701989000200105. Acessado em 20 de novembro de 2016.

AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

BANCHS, M. A. Leitura epistemológica da teoria das Representações Sociais: Reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido. In: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. - Brasília: Technopolitik, 2011, p. 225-258.

BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, R. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: **Loucura, Ética e Política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 196-206.

BASTOS, L.; BIAR, L.. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **DELTA**, São Paulo, v. 31, n. spe, p. 97-126, 2015.

BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.; GARKELL, G. (Org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007, p. 189-217.

BENEVIDES, R. “A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces?” **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, 21-25, 2005.

BENITEZ, P.; DOMENICONI, C. Inclusão Escolar: o Papel dos Agentes Educacionais Brasileiros. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 4, 1007-1023, 2015.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. (1966) A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1996.

BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998.

BOCK, A. M. B.. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 14ª edição. São Paulo: Saraiva, 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; São Paulo: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34) – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012.** Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012.** Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010.** Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. 257 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** (Cadernos de Atenção Básica ; n. 24) – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata** [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 207 p. – (Série legislação; n. 83).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 414p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

BRUNER, J. **Actos de Significado.** Tradução de Vanda Prazeres. Lisboa: Edições 70, 2009.

CAMARA, Y. M. R. et al . Retrato de uma vida contida: estudo de um caso de autismo com internação prolongada. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 751-777, 2011. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 04 de dezembro de 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002. 04 Dezembro de 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia** – São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p. 81-103.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto e contexto enfermagem**, v. 15, n. 4, out/dez, p. 679-684, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>> 04 Dezembro de 2016.

CARVALHO, et al. Concepções dos profissionais da estratégia saúde da família sobre intervenção precoce em saúde mental. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 12, n. 1, 2013, 10 – 18.

CARVALHO, A. M. A. et al. Redes de cuidadores envolvidos no cuidado cotidiano de crianças pequenas. In: CASTRO, M. G.; CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. C. (Org.). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** – Salvador: EDUFBA, 2012, p. 63 – 110.

CARVALHO, A. M. A. Algumas reflexões sobre o uso da categoria “interação social”. **Anais da XVIII Reunião Anual da SPRP**, 25 a 29 de outubro de 1988, 511-515, 1988.

CASTRO, M. G. et al. Gênero e família em mudança: uma revisão com foco em cuidado parental. In: CASTRO, M. G.; CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. C. (Org.). **Dinâmica familiar do cuidado: afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos.** – Salvador: EDUFBA, 2012, p. 13 - 30.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-178, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de Dezembro de 2016.

CFP/CEFESS. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social** / Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). --Brasília, CFP/CEFESS, 2007.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. 04 Dezembro de 2016.

CORREIA, C. G. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e representações sociais: a construção dos saberes por pais de crianças em idade escolar.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife – PE, 2015.

COSTA, A.M. et al . Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 38, p. 235-249, jun, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 04 dez. 2016.

COUTINHO, N. N. As organizações sociais e o contrato de gestão. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 1, n. 2, 25-40, 2006. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/11565/10260> Acessado em 30 de Novembro de 2016.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. In T. Ferreira (Ed.), **A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política.** Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2004, p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G.. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, Julho, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, 2008.

CRUZ, V.; ALBUQUERQUE, C, P. Maus-tratos em crianças e adolescentes com deficiência e/ou perturbações do desenvolvimento. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 19, n. 1, p. 9-24, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. DE F. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 42-49, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000300006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

DANY, L.; ABRIC, J. C. Distance à l'objet et représentations du cannabis. **Revue Internationale de Psychologie Sociale**, v. 20, n. 3, 2007, 77–104.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, Fev, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de dezembro de 2016.

DIAS, F. W. S. **A criança e o adolescente no campo da saúde mental: que lugar?** Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_07/Revista%207%20art%205.pdf

DILTHEY, W. **Psicologia e compreensão**. Lisboa: Ed. 70, 2002.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, 53-81, 1998.

DIMENSTEIN, M. et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2009. Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 1-4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00046316.pdf>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

DOISE, W. Da Psicologia Social à Psicologia Societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002a.

_____. **Direitos do homem e força das ideias**. Livros Horizonte, 2002b.

DONATO, E. M., et al. (2010). Farmacologia e neurobiologia do consumo de crack. Em M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), **O tratamento do usuário de crack** (São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010, p. 76-89.

EIDELWEIN, K. Psicologia Social e Serviço Social: uma relação interdisciplinar na direção da produção de conhecimento. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v.6 n. 2, p. 298-313, 2007.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 34-46, 2008. Disponível em: <http://amazonia.fiocruz.br/arquivos/category/83-2013-09-17-0920-37?download=1688:2014-02-13-09-0018&start=60>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

FALCÃO, J. T. R., RÉGNIER, J.C. Sobre os métodos quantitativos na pesquisa em ciências humanas: riscos e benefícios para o pesquisador. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 81, n. 198, p. 229-243, 2002. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/index.php/rbep/article/view/937>. Acessado em 01 de Novembro de 2016.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. C. Problematic parent-infant relationships in two-parent families: prevalence and risk factors in a Brazilian neighborhood. **Trends Psychiatry Psychother**. Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 139-146, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000300005&lng=en&nrm=iso. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

FARIAS, C. A. et al . Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 12, p. 4819-4827, Dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204819&lng=en&nrm=iso. Acessado em 01 de Dezembro 2016.

FAVORETO, C. A. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev APS**, v.11, n.1, p.100-108, 2008.

FÉLIX, L. **O cuidado à saúde mental na infância: Entre práticas e representações sociais.** Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife - PE, 2014.

FÉLIX, L. B.; SANTOS, M. F. Infância e atenção psicossocial. **Ecos**, v.6, n.1, p. 36-50, 2016.

FERREIRA, T. Introdução – Sob o manto da deficiência. In : FERREIRA, T. (Org.) **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política.** Belo Horizonte : Autêntica/FCH – FUMEC, 2004, p. 13-38.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** São Paulo: UNIFESP; 2012.

FLICK, U. Entrevista episódica. In: BAUER, M. e GARKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis, Vozes, 2007, p. 114-136.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.

FRANZOI, M. A. H. et al . MUSICAL INTERVENTION AS A NURSING CARE STRATEGY FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100701&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de Dezembro de 2016.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios norteadores da prática psicológica na atenção básica: em busca da integralidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, 2010, 840-853.

FRIGOTTO, G. Exclusão e/ou Desigualdade Social? Questões teóricas e político- prática. **Cadernos de Educação**, Pelotas [37], 417 - 442, 2010.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B.. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 12, p. 2649-2654, Dez, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202649&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de Dezembro 2016.

GAUY, F. V.; ROCHA, M. M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 783-793, dez, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

GOMES, F. M. A. et al . Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 244-258, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100244&lng=en&nrm=iso. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

GONÇALVES, M. G.; BOCK, A. M. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, A. M. (Org.) **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p. 41-99.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, et al. (Orgs.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 237-255.

GUARESCHI, P. A. Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 8, n.3 p. 249, 256, 2000. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2000000300004. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf> . Acessado em 30 de Novembro de 2016.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

HASSAN, B.; WERNECK, G.; HASSELMANN, M. Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida. **Rev. Saúde Pública**, v.50, n.7, 2016.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200371&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 05 de Dezembro de 2016.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, n. 55, novembro, 2001. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

JODELET, D. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, v. 19, nº 1, 19-26, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100003. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão. In: SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010, p. 17-28.

_____. Representação da cultura no campo da saúde. In: ALMEIDA, A.M.O.; et al. (Org.). **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**. Estudos em Representações sociais. Brasília: EdUnB, 2006, p.75-109.

_____. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (Orgs.). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p 23 - 56.

_____. **Loucura e Representações Sociais**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005/1989.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17- 44.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KOBARG; A. P. R.; SACHETTI, V. A. R.; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: Reflexões teóricas. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 16, n. 2, p. 96-102, 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000200010. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

KUHN, T. S. **O caminho desde A estrutura**. Ensaios filosóficos, 1970-1993, com uma entrevista autobiográfica. São Paulo, Unesp, 2006.

LAMELA, D.; FIGUEIREDO, B. Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review,. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 92, n. 4, p. 331-342, Ago, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000500331&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

LANE, S. A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. In: LANE, S.; CODO, W. (orgs.). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1985, p. 10-19.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LEONARDI, J. L.; D. R. RUBANO; F. R. P. ASSIS. Subsídios da Análise do Comportamento para Avaliação de Diagnóstico e Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) no Âmbito Escolar. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.).

Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 111-130.

LIMA, M. E. Preconceito. In: CAMINO, L.; et al. (Org.) **Psicologia Social: temas e teorias**. Brasília: Technopolitik, 2011, p.451-500.

LIMA, M. E. O; VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. **Estud. psicol.** (Natal), v. 9, n. 3, p. 401-411, 2004.

LOPES, R. M. F.; NASCIMENTO, R. F. L.; BANDEIRA, D. R. A Avaliação de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos (TDAH): uma revisão de literatura. **Avaliação Psicológica**. Itatiba, v. 4, n. 1, p. 65-74, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100008. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

LORDELO, E. R. Contexto e desenvolvimento humano: quadro conceitual. In: LORDELO; E. R., CARVALHO, A. M. A.; KOLLER, S. H. (Org.) **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 05-18.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, Jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 02 de Dezembro 2016.

MACARINI, S. M.; VIEIRA, M. L. Crenças e práticas parentais: uma análise transcultural integrando biologia e cultura. In: MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P. (Org.). **Família e parentalidade: olhares da psicologia e da história**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 135-155.

MACHINESKI, G.G.; SCHNEIDER, J.F.; BASTOS, C.C.B.C. The significance of having family members assisted in a CAPSi: a phenomenological study. **Online braz j nurs** [periodic online], v. 11, n. 3, 653-67, 2012.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 126-132, Mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006,

MARTINES, W. R.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012 . Acessado em 30 de Novembro de 2016.

MATEUS, M. D. Formulação de políticas e programas de saúde mental. In: MATEUS, M. D. (Org.) **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013, p. 108-123.

MENANDRO, M. C. S.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. Representações sociais da adolescência/juventude a partir de textos jornalísticos (1968-1974 e 1996-2002). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 55, n. 1, p. 42-55, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100006. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005 Acessado em 24 de Setembro de 2015

MENEZES, L. O. et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1939-1948, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000012&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007 Acessado em 30 de Novembro de 2016.

_____. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. D. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo : Oposição ou Complementaridade ? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-248, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

MORIN, M.; APOSTOLIDIS, T. Contexte social et santé. In: FISCHER, G. (Org.), **Traité de psychologie de la santé**. Paris: Dunod, 2002, p. 463-489.

MOSCOVICI, S. (1961). **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. El campo de la psicologia social. In: MOSCOVICI, S. (ed.). **Psicologia social: influencia y cambios de actitudes, individuos y grupos**. Barcelona: Paidós, 1984.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. **Dissensões e consenso. Uma teoria geral das decisões coletivas**. Horizonte Psicologia, 1991.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100041&lng=en&nrm=iso. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, E. V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 287-299, 2000.

NOGUEIRA, R. C. A brincadeira de “parir gatos” ou como se faz política de saúde mental infantojuvenil: recortes. In: FERREIRA, T.; BONTEMPO, V. L. (Org.). **Crianças e adolescentes: o cuidado em saúde mental – o trabalho feito por muitos**. – Curitiba, PR: CRV, 2012, p. 29 – 36.

NUNES, C. K. et al . O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-72, dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300009&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 04 de dezembro de 2016.

NUNES, S. S.; SAIA, A. L.; TAVARES, R. E. Educação Inclusiva: Entre a História, os Preconceitos, a Escola e a Família. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1106-1119, 2015.

OLIVEIRA, M. K.; REGO, T. C.; AQUINO, J. R. G. Desenvolvimento psicológico e constituição de subjetividades: ciclos de vida, narrativas autobiográficas e tensões da contemporaneidade. **Pro-Posições (Unicamp)**, v. 17, p. 119-138, 2006. Disponível em:

http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v19_n2_2000_art_05_por.pdf. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

OLIVEIRA, L. C.; RIBEIRO, P. R. M. O Campo da saúde mental: algumas reflexões sobre interdisciplinaridade e trabalho integrado. **Salusvita**, Bauru, v. 19, n. 2, p. 89-100, 2000.

OLIVEIRA, P. S.; SIMOES, A. Maus-tratos à infância: As referências dos técnicos das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. spe1, p. 82-89, abr, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

OLIVEIRA, M. K.; TEIXEIRA, E. A questão da periodização do desenvolvimento psicológico. In: M. K. Oliveira, D. T. R. Souza, T. C. Rego (Org.). **Psicologia, Educação e as temáticas da vida contemporânea**. São Paulo: Editora Moderna, 2002, p. 23-46.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, 4643-4652, 2011.

PASIAN, M. S. et al. Negligência infantil a partir do Child Neglect Index aplicado no Brasil. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 106-115, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722015000100106&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 30 de Novembro de 2016.

PASSOS, I. C. F. Construção e desconstrução de demandas: uma cartografia dos dispositivos de saúde mental infanto-juvenil da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, p. 248-251, 2012.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Bater não educa ninguém! Práticas educativas parentais coercitivas e suas repercussões no contexto escolar. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 981-996, 2012.

PATTO, M. H. S. Para uma Crítica da Razão Psicométrica. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 47-62, 1997.

PAULA, C. S. et al. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 334-351, Out, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.25, p.295-307, 2008.

PEREIRA, P. K. et al. Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 654-1666, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000801654&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14084/15902>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017** - 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014.

REIS, C.; GIUGLIANI, S.; PASINI, V. L. Conversando sobre a Psicologia e o SUAS: Potencialidades e desafios para a atuação profissional dos psicólogos na Política de Assistência Social. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (Org). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, p. 149-166.

RIBEIRO, C. S. et al. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 5, n.1, 2010. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/ribeiro_et_al.pdf. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Mental Health, Mother-Child Interaction and Development at the End of the First Year of Life. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 59, p. 331-339, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2014000300331&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. Dissertação (Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto - Portugal, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf> Acessado em 4 de Julho de 2010.

RODRIGUES, A; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. 18. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

ROHDE, L. A. et al.. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na Infância e na Adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiq. Clín. USP**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000300002. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil: um estudo no CAPSi. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1045-1058, Dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 de Dezembro de 2016.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C.; AMORIM, K. S.; SILVA, A. P. S. Rede de significações: alguns conceitos básicos. In: ROSSETTI-FERREIRA, M. C., et al. (Org.) **Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano**. POA: Artmed, 2004, p. 23-33.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude dos anos 90. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, v.2, p.731-752, 1998.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 22, n. 1, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

SANTOS, M.F.S. **Representação social na América Latina: História e evolução**. Conférence Internationale sur les représentations sociales. Setembro, 2016.

_____. A Teoria das Representações Sociais. In: SANTOS, M. F. S.; GUERRA, L. M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais** (1ª ed.). Recife: Ed. Universitária da UFPE/Ed. Universitária da UFAL, 2005, p. 13-38.

SANTOS, M. F. S.; ACIOLI NETO, M. L. A.; SOUZA, Y. S. O. Adolescência em revistas: um estudo sobre representações sociais. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 13 de novembro de 2016.

SANTOS, M. F. S.; ALESSIO, R. L. S.; ALBUQUERQUE, C. M. C. Adultos e jovens: diferentes olhares sobre o desenvolvimento. **Revista de Educação Pública**, v.16, p.105-120, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228960821_Adultos_e_jovens_diferentes_olhares_sobre_o_desenvolvimento. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

SANTOS, V.; FERNANDEZ, A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 4, p. 319-329, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000400319&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 de Novembro de 2016.

SANTOS, M. F. S.; NOVELINO, A. M.; NASCIMENTO, A. P. O mito da maternidade: discurso tradicional sob roupagem modernizante? In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações Sociais: Teorias e Práticas**. EDU: João Pessoa, 2001, p. 269-293.

SARMENTO, M. J. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 361-378, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a03v2691.pdf>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I, n I, p. 1-14, Jul, 2009. Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estud. psicol. (Campinas)**, v.29, n.4, p.619-629, 2012.

SCHMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil e os casos graves. In : FERREIRA, T. (Org.) **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte : Autêntica/FCH – FUMEC, 2004, p. 111-127.

SENRA, C. M. G.; GUZZO, R. S. L. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, 293-299, 2012.

SERAFIM, M. P.; DIAS, R. B. Análise de política: uma revisão da literatura. **Cadernos Gestão Social**, v..3, n 1, jan/ jun, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/download/213/147>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

SEVERO, A. et al. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 143-155, 2007.

SILVA, J. V.; CORGOZINHO, J. P. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. **Psicologia & Sociedade**, v. 23(n. spe.), 12-21, 2011.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 12, n. 2, p. 61-72, dez, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

SOARES, J. N.; SUSIN, L.; WARPECHOWSKI, M. B. A clínica ampliada na assistência social. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (Org). **Políticas públicas e assistência social. Diálogo com as práticas psicológicas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 151 – 161.

SOUZA, L. G. S. **Profissionais de saúde da família e representações Sociais do alcoolismo**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Vitória – ES, 2012.

SOUZA, W. V. et al . Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400801&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 13 de novembro de 2016.

SPADONI, L. Por Que é Importante para a Psicologia Política Estudar o Direito? **Psicologia política**, v. 9, n. 18, 215-222, 2009.

SPINI, D.; DOISE, W. Universal rights and duties as normative social representations. In: FINKEL, N.; MOGHADDAM, F. (Eds.), **The Psychology of Rights and Duties, Empirical Contributions and Normative Commentaries**. Washington: American Psychological Association, 2005, pp. 105-134.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos**. 9ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan-abr, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

THIENGO, D. L.; FONSECA, D.; LOVISI, G. M. Satisfação dos familiares com os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 233-240, Set, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000300233&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP** – Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-50, maio/jun, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n3/a05v42n3.pdf>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

TSZESNIOSKI, et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200363. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

UNODOC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2015**. Vienna: United Nations Publications, 2015.

VALENTIM, J. P. Que futuro para as representações sociais? **Psicologia e Saber Social**, v. 2, n. 2, p. 158-166, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/8790>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WEINTRAUB, A. C. A. M. et al. Socio demographic characterization of users of Child and Adolescent Psychosocial Care Centers in the state of São Paulo. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 383-391, Set, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X20130003000008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 01 de Dezembro de 2016.

XIMENES, V. M.; PAULA, L. R. C.; BARROS, J. P. P. Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: Diálogos Sobre Atuações em Comunidades. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, 686-699, 2009.

YAMAMOTO, O.H. Políticas sociais, ‘terceiro setor’ e ‘compromisso social’: perspectivas e limites do trabalho do Psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 30-37, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100005 Acessado em 13 de Novembro de 2016.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26. n. Especial, p. 9-24, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500002. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 32, p. 27-37, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773003.pdf>. Acessado em 13 de Novembro de 2016.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 04 de Dezembro de 2016.

ZUCOLOTO, P. C. S.; CHAVES, A. M. Significados de infância na história: contribuições da História e da Psicologia. In: MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, E. P. (Org.). **Família e parentalidade: olhares da psicologia e da história**. Curitiba: Juruá, 2011, p. 95-113.

ANEXOS

Anexo A – Carta de Anuência da Secretaria de Saúde (Prefeitura do Recife)



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Maria de Fátima de Souza Santos, Renata Lira dos Santos Aléssio, Daniel Henrique Pereira Espíndula, Livia Botelho Félix, Fernanda Gomes Vasconcelos e Manoel de Lima Acioli Neti** pesquisadores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolverem pesquisa no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“A Atuação em Saúde Mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”**, sendo orientados por Maria de Fátima de Souza Santos e Renata Lira dos Santos Aléssio.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 13 de julho de 2015.

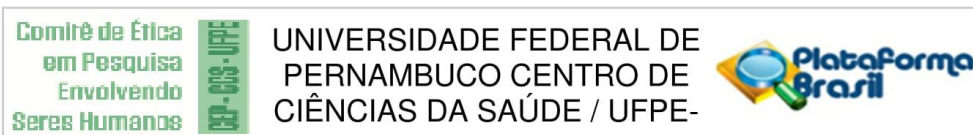
Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGDES/SESAU/PCT
Matrícula nº 99.986-8

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM PERNAMBUCO

Pesquisador: Maria de Fátima de SOuza Santos

Versão: 2

CAAE: 47092615.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 066660/2015

Patrocinador Principal: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Informamos que o projeto A ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL DOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) EM PERNAMBUCO que tem como pesquisador responsável Maria de Fátima de SOuza Santos, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Pernambuco Centro de Ciências da Saúde / UFPE-CCS em 13/07/2015 às 12:18.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de Entrevistas com Psicólogas/os do NASF

- **Apresentação – explicitar etapas da pesquisa**
 - ✓ Nós gostaríamos de propor a nossa entrevista em duas etapas: a primeira te convidando para nos contar da sua trajetória profissional e a segunda enfocando mais a sua atuação no presente.
 - ✓ Você pode nos contar sobre sua trajetória profissional? Relembrando desde a sua escolha profissional, passando pela graduação, conclusão do curso até sua entrada no NASF?
- **Agora gostaríamos que você falasse um pouco sobre a sua atuação aqui no NASF.**
 - ✓ Como é o seu cotidiano no trabalho... Como é o funcionamento geral do NASF?
 - ✓ Quais profissionais compõem essa equipe?
 - ✓ Existe alguma formação permanente para os profissionais do NASF? Se sim, como se dá?
 - ✓ Quais as principais atividades que você desenvolve?
 - ✓ Quais as demandas que mais chegam para você?

Eixo saúde mental infantil

- ✓ Na sua experiência profissional, existem/quais são as demandas para a infância? Como se dá o acolhimento e o reconhecimento dessas demandas?
- ✓ De que forma as crianças e familiares são orientados e direcionados na rede?
- ✓ Você poderia me relatar algum caso de uma criança com demanda em saúde mental que você se lembre e que tenha acompanhado? (Quais foram os caminhos percorridos...)
- ✓ Na minha pesquisa do mestrado, os familiares relataram vivenciar problemas na atenção às crianças, como, por exemplo, a falta de profissionais e de serviços qualificados. Para você, na sua experiência, quais são os principais desafios com os quais as crianças e suas famílias se deparam para obterem uma atenção integral em saúde mental?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa *A atuação em saúde mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Pernambuco* que está sob a responsabilidade dos pesquisadores Maria de Fátima de Souza Santos (coordenadora), Renata Lira dos Santos Aléssio (coordenadora), Lívia Botelho Félix e Fernanda Gomes Vasconcelos, com endereço na Avenida Professor Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, no Laboratório de Interação Social Humana no Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, da UFPE. Telefones: (81) 2126-8271, (81) 9961-0122, (81) 9998-3366, (81)9613-9383, (81) 8216-5996; e-mail: mfsantos@uol.com.br; renatalir@gmail.com; liviaboltehofelix@hotmail.com; fernandagvas@gmail.com, respectivamente.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e, apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa que tem como finalidade principal analisar a atuação em saúde mental no âmbito dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em específico, este estudo visa identificar as concepções e práticas dos profissionais do NASF que atuam em saúde mental (psicólogos e terapeutas ocupacionais), sobretudo, em relação a populações específicas como crianças e suas famílias. Além disso, também objetiva analisar a construção da identidade profissional dos psicólogos que compõem os NASF's.

Durante o estudo serão realizadas entrevistas e observações visando conhecer o cotidiano da atuação profissional. Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista proposta pelas pesquisadoras, que será gravada sob sua autorização e transcrita posteriormente, para fins de análise, com a garantia de que apenas as pesquisadoras terão acesso à íntegra das transcrições.

Esta pesquisa tem caráter voluntário de participação. Durante a realização da entrevista caso sinta-se desconfortável poderá solicitar às pesquisadoras que a entrevista seja paralisada ou encerrada.

- **BENEFÍCIOS** diretos e indiretos: Os resultados da pesquisa poderão beneficiar profissionais de saúde e usuários na compreensão sobre as especificidades e desafios na atenção à saúde mental. A oportunidade de falar sobre práticas correntes nos cuidados formais em saúde mental (incluindo a saúde mental infantojuvenil) pode proporcionar um momento de reflexão para os profissionais. Além disso, poderá gerar conhecimentos importantes para o trabalho dos diversos profissionais que lidam com a temática, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outros.

- **RISCOS** diretos e indiretos: Como possíveis riscos, no momento da entrevista poderá ocorrer algum desconforto ou conflito para o (a) participante, os quais as entrevistadoras tentarão minimizar. Caso seja

necessário, as pesquisadoras poderão recorrer a pesquisadores auxiliares ou realizar um encaminhamento a um serviço especializado (a exemplo do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Pernambuco). As pesquisadoras garantirão a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em (cd e hd externo), sob a responsabilidade das pesquisadoras responsáveis, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(Assinatura do (a) pesquisador (a))

(Assinatura do (a) pesquisador (a))

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com as pesquisadoras responsáveis, concordo em participar do estudo *A atuação em saúde mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Pernambuco*, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelas pesquisadoras sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Apêndice C – Grade utilizada para análise preliminar do Estudo 1

		COMENTÁRIOS PRELIMINARES
DADOS DA ENTREVISTA	Local: Serviço de saúde Duração: 1h16m47	- Entrevistada se deteve intensamente à questão do cuidado a saúde mental infantojuvenil. Hipótese de que isso tem relação com experiências precedentes, que aguçaram seu olhar para este campo. - Palavras-chave – escuta, apaixonar, gostar, cuidar aponta para relações entre emoções, afetos e práticas. - A formação de redes também se dá pela via do afeto e de criação de vínculo (afinidades, identificação com outros profissionais, confiança no trabalho desenvolvido por outros profissionais).
INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTADA ⁴¹	Nome: Formação: Outras experiências profissionais: Distrito Sanitário de atuação: Tempo de atuação no NASF Natureza do vínculo:	- Trata das relações entre NASF, ESF e outros serviços do setor saúde, como ambulatorios, CAPS e clínicas-escola, assim como da intersectorialidade com a educação. - Crítica ao excesso medicalização à infância - Atividades e desafios cotidianos de trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa

⁴¹ Informações omitidas para fins de garantia do anonimato da participante.