



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDRÉA ACIOLY MAIA FIRMO

**AS TRAJETÓRIAS DE CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS
REDES DE ATENÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Produção do Cuidado e Resolubilidade

**FORTALEZA - CEARÁ
2013**

ANDRÉA ACIOLY MAIA FIRMO

**AS TRAJETÓRIAS DE CRIANÇAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS
REDES DE ATENÇÃO DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Produção do Cuidado e Resolubilidade

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Produção das Práticas em Saúde e as linhas de cuidado na rede SUS.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA - CEARÁ

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

F525t

Firmo, Andréa Acioly Maia

As trajetórias de crianças em sofrimento psíquico nas redes de atenção do município de Fortaleza: produção do cuidado e resolubilidade / Andréa Acioly Maia Firmo . -- 2013.

CD-ROM. 195 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Verônica Lima Pimentel de Sousa.

1. Saúde mental infantil. 2. Produção do cuidado. 3. Resolubilidade. 4. Apoio matricial. I. Título.

CDD: 368.38



U.E.C.E

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "As trajetórias de crianças em sofrimento psíquico nas redes de atenção do município de Fortaleza: Produção do Cuidado e Resolubilidade".

Nome da Mestranda: Andrea Acioly Maia Firmo

Nome do Orientador: Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)

Prof. Dr. Túlio Batista Franco
(1º membro)

Profa. Dra. Cinthia Mendonça Cavalcante
(2º membro)

Data da defesa: 29/11/2013.

Aos meus pais, pela inscrição simbólica de um projeto integrador de felicidade!
Às crianças, mães e trabalhadores de saúde que deram vida a este estudo!

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Salete Bessa Jorge, suas estimadas lições me levaram a reflexões profundas e, acredito, contundentes ao meu amadurecimento profissional e acadêmico... Mesmo ainda como uma pesquisadora jovem em saúde pública, possuir a marca de ter sido orientada por você me faz confiante e eternamente grata a você, Professora. Sua presença está entranhada na construção deste estudo e, também, no meu tão próprio processo de construção. Meu muitíssimo obrigada! Meu afeto e todas as honras são compartilhados com você, Mestra!

Aos estimadíssimos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde, que compartilharam suas experiências e se permitiram dialogar comigo nesta jornada. Em parte o trabalho é meu, mas em grande outra foram vocês quem o teceram... Com fios discursivos valiosos à sociedade. Meu agradecimento e esforço são para que o trabalho reverbere e colabore com o desenvolvimento dos “novos” rumos para o campo da saúde mental.

Ao Professor Doutor Túlio Franco, que com sua gentileza, suas contribuições acadêmicas e presença na banca examinadora iluminam esta dissertação em seu início, fim e meio. Professor, no início deste sonho, o Senhor me sugeriu aproveitar a união da filosofia com a política neste processo e eu busquei seguir com coerência e afinco esse desafio!

À Professora Doutora Cíntia Mendonça Cavalcante, que com sua perícia e qualidade analisadora, sabiamente me indicará erros e acertos centrais, mas, principalmente, os rumos a novas experimentações e parcerias acerca de um objeto de estudo que teima em continuar em nossas trajetórias: compartilhar saberes, angústias e incertezas criativas é sempre único, Professora.

Professora Vlândia Jucá, minha sempre coorientadora e inspiradora companheira de trajetória. Os caminhos são diversos, mas sempre temos valiosíssimos encontros! Sou insuportavelmente grata pela acolhida, amizade, respeito e comunicação que estabelecemos, inclusive, na leitura deste trabalho. Este estudo possui fios fortemente herdados de suas contribuições, preocupações e maestria em relação à compreensão do tema, *per si*, desde a minha graduação.

Aos professores, colegas de mestrado e profissionais envolvidos no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, pelo esforço cotidiano em firmar a missão e objetivos deste programa, e concretizar estudos tão ousados e pertinentes à sociedade e à academia cearenses.

Aos companheiros do Grupo de Saúde Mental, Práticas de Saúde, Família e Enfermagem – GRUPSFE, seu afeto e amorosidade! Daniele, Indara, Jardeliny, Kel

Celedônio, Leilson, Milena, Randson e Ozanira, mesmo distantes com tantos afazeres, nossos encontros se fizeram fortaleza e trouxeram equilíbrio à minha construção!

Parceiros encontrados no Instituto de Saúde Coletiva (ISC) via PROCAD, meu muito obrigada pela acolhida e compartilhamento das angústias e vicissitudes na busca pelo meu itinerário para a construção teórico-metodológica do estudo. Professores Leny Trad, Mônica Nunes e Marcelo Castellanos; colegas Cláudia Mascarenhas, Yemi, Sandra Brasil, Grey, Andrija, demais membros do FASA, suas contribuições certamente atribuíram requinte final e conclusivo ao trabalho que precisava terminar, além de trazer tantas novas conexões possíveis e pertinentes. Foi revigorante!

Às crianças usuárias do CAPSi Maria Ileuda Verçosa e suas cuidadoras, por, antes de tudo, compartilharem suas histórias de vida comigo, através do olhar, fala, gestos e sonhos.

A todos que se dedicam a ler, contribuir ou compreender este estudo, meu muito obrigada!!!

DEDICATÓRIA ESPECIAL

A Deus, pelo bom caminho e condução exitosa nesta trajetória.

À minha família, o seu companheirismo e parceria nesta jornada. Mamãe, Haydêe, Papai, Marcelino, e Irmã, Amanda, todos os meus esforços foram reforçados ao observar o zelo e paciência com os quais suportaram minhas chatices, pedidos de apoio e ausências.

Amigos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, IFCE *Campus Acaraú*: Samara Taveira, Teresa Gomes, Flaviana Damasceno, Maiara Cely, Bárbara Viana... Amigas queridas de trabalho e do cotidiano, seu suporte emocional nessa jornada, cada um ao seu modo, foi decisivo para a realização deste sonho.

Aos amigos que fiz pelas estradas da vida, quero dizer que sou infinitamente grata pela paciência, pela não paciência, afeto e por acreditarem nesta meta, quando até eu fraquejei. Meu laço de amizade com vocês: Aline Monteiro, Giovana Vilar, Juliana Lima, Naiana Damasceno, Neila Mesquita, Nistai Nascimento, Rúbia Santiago, Ticiane Santiago, Viviane César, amigos que conto nos dedos e, por isso mesmo, me lembram do quanto é fidedigna e próspera nossa parceria.

Olhos que tudo veem, olhos novos e envelhecidos... Olhos famintos!
O que veem às sete da manhã do dia sete?
O santo remédio! A Rita e a Lina na fila da farmácia, já a pleno vapor...
Raros encontros... Encontros raros... Pacientes e crianças, crianças em mãos
trêmulas... As mães tremem e é difícil tricotá-las.
E contam seus tratamentos e tecem suas histórias... Sossega tudo isso em seu
tecido, constituído de tantos meandros, trafegado em diversos tempo e lugar.
O que queres tu daí da sala de espera? Vá e busque coordenadas!
Por que me olhas? Quer abordar as inscrições no lençol branco?
“Como eu disse para você, ele não é de todo branco, nós temos uma história.”

1º Diário de campo, 07 de maio de 2013.

RESUMO

A resolubilidade da Saúde Mental infantil na Atenção Básica representa, especialmente, o desafio organizacional, político e epistemológico de efetivação de um “sistema de saúde”. Esta articulação possui características peculiares, produzidas pelo relacionamento entre modelo de atenção e micropolítica dos processos de trabalho em saúde, os quais se constituem. O sofrimento psíquico na infância tem se tornado exponencialmente visível, apontando outra lacuna teórica e interventiva no campo da saúde: propostas resolutivas, que venham a tempo e previnam as chances de cronificação do processo de adoecimento psíquico. Objetivou-se compreender como o cuidado à saúde mental infantil vem sendo produzido em interface com a rede de Atenção Básica, em busca da resolubilidade. Especificamente, caracterizar a população infantil, com sofrimento psíquico, assistida na Atenção Básica e psicossocial; descrever os fluxos e itinerários de crianças com sofrimento psíquico nas redes de atenção; discutir, a partir das narrativas dos sujeitos, as potencialidades, os limites e desafios enfrentados pelos sujeitos nas redes assistenciais e divisão territorial da Regional IV, em busca da resolubilidade. Definiram-se os participantes entre os grupos: I - Trabalhadores de saúde das UBS; II – Trabalhadores de saúde do CAPSi; III – Crianças usuárias de Serviços de Saúde Mental infantil e IV – Cuidadores das crianças usuárias de Serviços de Saúde Mental infantil. Optou-se pelo delineamento do tipo qualitativo e de perspectiva fenomenológica, ancorada na hermenêutica crítica-analítica de Paul Ricoeur, que foi escolhida como possibilidade de compreender os fenômenos a partir de linhas argumentativas, subjetividade dos grupos e micropolítica dos processos de trabalho. O campo empírico foi um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e cinco Unidades Básicas de Saúde da Regional IV do município de Fortaleza, capital do Ceará, definidos a partir da inserção no campo. O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, recebendo o Protocolo nº 08892812.8.0000.5534. Os sujeitos tiveram acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido, previamente, e, no caso das crianças, além destas, foram consultados seus os cuidadores, conforme Resolução 196/96. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, fluxograma analisador, narrativas dos itinerários terapêuticos; levantamento documental, como técnicas de coleta de dados. Observou-se que as crianças com sofrimento psíquico passam por diversos serviços até chegar ao CAPSi e quando chegam já estão com faixa etária escolar e, via de regra, com sofrimento psíquico em avançado processo de cronificação. A Saúde Mental na Atenção Básica encontra entraves, como: ausência de apoio matricial, como equipe e como metodologia de trabalho; os encaminhamentos acabam gerando descontinuidade no cuidado; os itinerários terapêuticos revelam que as equipes têm investido no “protagonismo” dos cuidadores, na trajetória das crianças na rede de serviços. Concluiu-se que a resolubilidade da Atenção Psicossocial infantil na Atenção Básica enfrenta tendências à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial e a resolubilidade se dá no relacionamento inter e intra-equipes, perpassando as tecnologias leves engendradas na produção do cuidado.

Palavras-Chaves: Saúde Mental Infantil, Produção do Cuidado; Resolubilidade; Apoio matricial.

ABSTRACT

The solvability of children's mental health in primary care is especially challenging organizational, political and epistemological realization of a "health system". This joint has unique characteristics produced by the relationship between the model of attention and micropolitics of work processes that constitute health. The psychological distress in childhood has become exponentially visible, pointing another theoretical gap and intervening in the health field: resolving proposals, which come in time and prevent the chances of chronicity of mental illness process. This study aimed to understand how children's mental health care is being produced at the interface with the primary care network in search of solvability. Specifically characterize the population of children with psychological distress in primary care and assisted psychosocial; depict flows and routes of children with psychological distress in care networks, discussing the narratives of the subjects: the capabilities, limitations and challenges faced by the subjects in care networks and territorial division of the regional IV in search of solvability. We defined participants between groups: I – Workers health UBS; II - Workers health CAPSi; III - Children who attend mental health services for children; and IV - Caregivers of children who used mental health services for children. We chose to design a qualitative and phenomenological perspective, rooted in analytical - critical hermeneutics of Paul Ricoeur, who was chosen as the possibility of understanding the phenomena from lines of argumentation, subjectivity groups and micro work processes. The empirical field was a Psychosocial Care Center Child -five Basic Health Units of the Regional IV in Fortaleza, capital of Ceará, defined from the insertion in the field. The research project was submitted to the Ethics Committee in Research of UECE receiving protocol number 08892812.8.0000.5534. The subjects had access to informed consent and informed beforehand and, in the case of children, has consulted carers and the same, according to resolution 196 /96. We used a semi-structured interview, flowchart analyzer, narratives of therapeutic itineraries documentary surveys and data collection techniques. It was observed that children with psychological distress undergo various services to reach the CAPSi and when they are already of school age children and , as a rule , with psychological distress in advanced process of chronicity; Mental health in primary care is as obstacles: lack of matrix support as a team and as a work methodology; referrals end up generating discontinuity in care, the therapeutic itineraries reveal that teams have invested in the "leading role" in the trajectory of caregivers of children in the service network. It was concluded that the solvability of the psychosocial child in primary trends facing the fragmentation of care and attention and unaccountability solving occurs in the relationship within and between teams, passing light technologies engineered to provide care.

Key Words: Children's Mental Health; the Care Production; solvability; Support Matrix.

LISTA DE SIGLAS

ABS: Atenção Básica em Saúde
APS: Atenção Primária em Saúde
CAE: Célula de Atenção Especializada
CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CID-10: Código Internacional de Doenças
CMCEE: Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRRIFOR: Central de Regulação e Referência das Internações de Fortaleza
DATASUS: Departamento de Informação do SUS
DPHL: Diretoria de Programação de Recursos Hospitalares e Laboratoriais
EAAC: Equipe de Auditoria, Avaliação e Controle
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF: Equipe de Saúde da Família
NASF: Núcleo de Apoio à saúde da família
NUCEPEC: Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre a Criança
OMS: Organização Mundial de Saúde
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
RAAE: Rede Ambulatorial de Atenção Especializada
SAMU: Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
UECE: Universidade Federal do Ceará
UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Esquema da noção de texto em Paul Ricoeur: da distanciação à identidade narrativa	34
FIGURA II: Modelo adaptado com base em Depraz e Cosmelli (2003), por Serpa Junior (2011).	35
Figura III: Ricoeur's Method Interpretation (TAN; WILSON; OLVER, 2009)	40
Figura IV: Percentual da População residente em Fortaleza – 2012	45
Figura V: Fluxograma-resumo, sugerido por Merhy (1997, p. 74), em representação dos espaços percorridos pelos usuários ao procurarem um serviço de saúde	46
Figura VI: Mapa regionalizado do município de Fortaleza	47
Figura VII: Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e de atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza	60
Figura VIII: Diagrama da representação dos momentos de encontro entre usuários e trabalhadores em uma unidade de saúde ou CAPSi	130
Figura IX: Fluxograma do Usuário Caio até chegar ao CAPSi	130
Figura X: Fluxograma do Usuário Bernardo Caçapava et al (2009)	132

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Quantidade geral de estabelecimentos de saúde, por tipo de estabelecimento de saúde na esfera administrativa municipal de Fortaleza, em abril de 2009	48
Quadro II: Serviços de Atenção à Saúde do município de Fortaleza. Fonte: relatório de gestão de 2009	48
Quadro III: Recursos humanos, segundo categorias selecionadas	54
Quadro IV: Grupos de representação dos participantes do Estudo	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1. 1. A trajetória da pesquisadora e a interlocução com o objeto	17
1.2 Contextualização do objeto de pesquisa e suas interfaces teóricas	19
2. O MÉTODO: OS OLHARES TEÓRICO-METODOLÓGICOS E OS CAMINHOS DA PESQUISA	30
2 1. Delineando um olhar: Marco teórico Conceitual	30
2. 2. Caracterização do Campo	45
2. 3. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	53
2. 4. As técnicas e os instrumentos da pesquisa	56
2. 5. Aspectos Éticos	61
3. “PROCURANDO NEMO... ONDE ELE ESTÁ?” ELEMENTOS PARA A ANÁLISE NARRATIVA DAS TRAJETÓRIAS DE CRIANÇAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS REDES DE ATENÇÃO	62
3. 1. A enunciação da infância (ou do infante?)!	62
3. 2. O perfil: De quais crianças e de quais famílias se está falando?	77
3. 2.1. "Ele não é um bebê Jonhson"	95
3. 2.2. "A mãe deu ele pra mim"	99
3. 2.3. "Inteligente? Uma incógnita!"	101
4. “NEM TUDO QUE CAI NA REDE É PEIXE”: REFLEXÕES ACERCA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO	105
4.1 Espaços estratégicos para os encontros: encaminhamentos, referência e contrarreferência e apoio matricial	110
4. 2. Descrição de fluxogramas	130
5. LIMITES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS SUJEITOS NAS ESF E CAPSI EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE	139

5.1	A percepção dos diferentes sujeitos sobre os processos e efeitos das intervenções: em busca do que, tecnicamente, chamamos resolubilidade	143
5.2.	Destaque à micropolítica dos processos de produção do cuidado: a Afetação e o trabalho vivo diante da criança que sofre	148
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
7.	REFERÊNCIAS	157
8.	APÊNDICES	177
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E DE SAÚDE MENTAL	178
	APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E DE SAÚDE MENTAL	179
	APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CUIDADORES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS ASSISTIDAS	180
	APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DAS CRIANÇAS NO ESTUDO (PARA CUIDADORES RESPONSÁVEIS PELAS CRIANÇAS)	181
	APÊNDICE E: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA REDE SUS NA REGIONAL IV DE FORTALEZA – CE	182
	APÊNDICE F: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR	183
	APÊNDICE G: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO	185
	APÊNDICE H: ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS CUIDADORES DE CRIANÇAS USUÁRIAS	187

APÊNDICE I: TEMÁRIO GRUPO FOCAL	188
9. ANEXOS	192
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UECE	193
TERMO DE ANUÊNCIA	195

1- INTRODUÇÃO

*Acho que o quintal onde a gente brincou é maior do que a cidade.
A gente só descobre isso depois de grande.
A gente descobre que o tamanho das coisas há que ser medido pela intimidade que temos com as coisas.
Há de ser como acontece com o amor.
Assim, as pedrinhas do nosso quintal são sempre maiores do que as outras pedras do mundo. Justo pelo motivo da intimidade.
Mas o que eu queria dizer sobre o nosso quintal é outra coisa.
Aquilo que a negra Pombada, remanescente de escravos do Recife, nos contava.
Pombada contava aos meninos de Corumbá sobre achadouros.
Que eram buracos que os holandeses, na fuga apressada do Brasil, faziam nos seus quintais para esconder suas moedas de ouro, dentro de grandes baús de couro.
Os baús ficavam cheios de moedas dentro daqueles buracos.
Mas eu estava a pensar em achadouros de infâncias.
Se a gente cavar um buraco ao pé da goiabeira do quintal, lá estará um guri ensaiando subir na goiabeira.
Se a gente cavar um buraco ao pé do galinheiro, lá estará um guri tentando agarrar no rabo de uma lagartixa.
Sou hoje um caçador de achadouros de infância.
Vou meio dementado a cavar no meu quintal vestígios dos meninos que fomos.
("Achadouros", Manoel de Barros)*

Hodiernamente, tem sido evidenciada a preocupação relacionada à dinâmica cotidiana do cuidado produzido nos Serviços de Atenção à Saúde. Apostar em um novo modelo de atenção¹ implica ampliar a 'dimensão cuidadora', mas de qual cuidado se está falando? Nessa direção, cinco princípios orientadores têm sido acionados para se compreender o paradigma emergente da "Reforma da Reforma" na produção do cuidado: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social (PAIM, 2008).

¹ Modelo de Atenção a Saúde: constitui-se a partir do modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar: do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares, no processo de construir saúde (SANTOS; MERHY, 2006, p.16). O modelo herdado desde o período colonial é o "médico-centrado hospitalocêntrico" (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013) de organização "piramidal", o qual apresenta níveis hierarquizados (primário, secundário e terciário) pela lógica de crescente complexidade dos recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (SILVA JR.; FERNANDES, 2004). Entretanto, observamos que a concepção de organização dos serviços restringe o acesso e fluxo a uma mesma possibilidade de racionalização do atendimento, ordenando-o tanto de baixo para cima como de cima para baixo. Propõe-se o "arredondamento" da pirâmide, criando um modelo em círculo, relativizando a idéia de hierarquização dos serviços, trocando os fluxos verticais pela idéia de transversalização das linhas de cuidado, interligados por mecanismos de referência e contra referência, constituindo redes integradas de atenção a condições ou grupos populacionais específicos, os quais constituem a base operacional de sistemas de saúde (MENDES, 2009).

A “resolubilidade da atenção à saúde” se desenvolve como fio condutor deste estudo, como horizonte e ideal possível. Um neologismo, a partir do qual se busca pensar estratégias, métodos e técnicas que inaugurem esse novo período paradigmático (CAMPOS, 1998), cuja exigência é avançar para além da discussão sobre eficiência e, inclusive, partir de outro parâmetro que não a lógica capitalista de relação custo-benefício, presente nos estudos avaliativos tradicionais de qualidade em saúde.

Com efeito, o alargamento do espectro de bens e serviços disponíveis para prover saúde, conjugado com padrões demográficos e epidemiológicos da população brasileira, não garante acessibilidade e qualidade da atenção (TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012). Atribui-se outra perspectiva a esse estudo, partindo do pressuposto chave de que construir redes de atenção resolutivas se constitui estratégia almejada, mas também um nó que constela entraves, perigos e potencialidades ainda não conclusos.

À luz da resolubilidade, pode-se pensar na proposta de uma reforma social ampla, o que perpassa a discussão sobre redes e suas interconexões. Assim, a transversalidade do cuidado em Saúde Mental infantil nas redes de atenção representa o ponto de ancoragem para pensar também em como se vivificam os processos de trabalho na produção do cuidado à criança com sofrimento psíquico e seus cuidadores.

Com efeito, há desde já a compreensão de que neste processo dissertativo é forjada uma produção humana que “só pode se realizar efetivamente se for capaz de ir para além do humano que temos em nós e acionar os diferentes devires que nos habitam” (ROLNIK, 2010, p. 38). É o que se enfatiza no debruçar persistente em um tema que se mostra cotidiano e que, paradoxalmente, se faz novo, dinâmico, sinuoso e vivo.

Assim, o estudo compartilha a urgência de enfrentar tensões da vida humana nas situações em que sua dinâmica de saúde/doença encontra fluxos interrompidos ou, no mínimo, esmaecidos. Este desafio não guarda em si somente a dimensão técnico-interventiva, mas, sobremaneira, fala da criatividade e inventividade de profissionais, familiares e crianças que teimam em querer se lançar no trabalho vivo, que aparecem no cotidiano dos serviços de saúde,

tensionadas pelo paradigma psicossocial emergente, à luz da resolubilidade (MERHY, 2002).

Para que as questões possam ser imbuídas da lógica de integralidade do cuidado, sem perder a singularidade dos processos que caminham nas redes de atenção, deve-se reconhecer que “nem tudo que cai na rede é peixe?” – Está lançada a questão!

1.1 A trajetória da pesquisadora e a interlocução com o objeto

Este projeto constitui-se um desdobramento da pesquisa intitulada “PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA INTERFACE COM A SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE”², cujo objeto de análise é a produção da Atenção em Saúde Mental, na Estratégia Saúde da Família, tendo como eixo orientador a rede de atenção e suas interfaces com o campo psicossocial e o apoio matricial, em busca da resolubilidade. Este estudo objetivou compreender como o cuidado à Saúde Mental vem sendo produzido na ESF e suas interlocuções na rede de Atenção à Saúde Mental, nos municípios de Fortaleza-CE e Maracanaú-CE (JORGE et al, 2012).

A definição do tema como “Produção do cuidado em saúde mental infantil: a resolubilidade na rede de atenção psicossocial da Regional IV do Município de Fortaleza” constitui um movimento de articulação com o projeto supracitado e se faz, em certa dimensão, antigo no percurso acadêmico e profissional da autora da pesquisa, tanto pelas situações inusitadas, quanto por desafios e possibilidades que levaram a pensar na temática em questão.

Primeiramente, no início da graduação, foram desenvolvidos estudos e atividades de ensino-pesquisa-extensão voltadas ao público criança e a defesa de seus direitos e deveres, em colaboração com a equipe do Núcleo de Estudos e Pesquisas da Criança e do Adolescente (NUCEPEC) na Universidade Federal do Ceará. Destaca-se a experiência do projeto de extensão “novas cores”, no qual

² Este projeto possui o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ (bolsa de produtividade da Professora orientadora deste estudo) e está em andamento desde meados de 2009. Gerou a publicação do livro “Matriciamento em saúde mental: múltiplos olhares na diversidade do cuidado em saúde mental” (2012).

foram trabalhadas com crianças as preconizações do ECA, de modo lúdico, e o engajamento na disciplina de “psicologia do desenvolvimento” na monitoria.

Na graduação a autora deste estudo estagiou em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Fortaleza (CAPSi) e, no mesmo período, foi bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- SAÚDE) do mesmo Município, quando atuou na Rede de Atenção Básica e nas interfaces com a Atenção Psicossocial.

Este momento se constituiu um profícuo mergulho na rede SUS, quando se evidenciaram inquietações e reflexões relativas às inúmeras situações que demandavam uma assistência articulada, integradora de saberes e práticas, um desafio considerado pertinente, mas, ainda assim, desafio!

O interesse se fez objetivo de pesquisa para o trabalho de conclusão do curso de Psicologia, quando se buscou compreender de que maneira as práticas institucionais que perpassavam os processos diagnósticos encontravam-se articuladas à construção dos projetos terapêuticos singulares dos sujeitos e, por conseguinte, se coadunavam com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e clínica ampliada. O título desta foi: “Oh Tia, como é mesmo essa avaliação?” - Investigando a avaliação psicológica como prática institucional dos CAPSi de Fortaleza.

Contudo, foi constatada uma lacuna central no final do estudo, pois as reflexões construídas remetiam-se, estritamente, ao núcleo da psicologia, apontando questões centrais para a prática da avaliação psicológica no campo da saúde mental e a restrição de sua ação, entretanto, pouco se relacionava ao caminho mais amplo, posto que o processo de inserção e construção do fluxo de práticas do cuidado em saúde do usuário demanda como prerrogativa pensar a equipe de saúde e o exercício da interdisciplinaridade.

Neste mote, percebeu-se que para a análise da gestão da micropolítica dos processos de trabalho, faz-se central se pensar o estudo sobre as práticas profissionais em saúde a partir do campo da saúde coletiva e não somente de um núcleo profissional (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Considera-se este “erro” de itinerário um processo tão próprio quanto da própria psicologia, que passa desde as

reformas curriculares da década de 90 pelo “dilema” em relação à sua identidade enquanto área da saúde.

Compreende-se que produção do cuidado em saúde constitui, necessariamente, ponderar as práticas de saúde envolvidas e de qual forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se presta, qual o alcance das suas ações, para quem estão voltadas e qual a concepção saúde que se vislumbra.

Admito que no mestrado este desprendimento parcial ou flexibilização do núcleo das práticas “psi” a partir do exercício da interdisciplinaridade dos saberes e práticas e da perspectiva de cuidar no Campo da Saúde Coletiva vem transgredindo diversos entrincheiramentos tecnológicos e disciplinares.

Foi uma aposta a inserção no mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no grupo de pesquisa em Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) e na orientação da Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, cujo contato fora revigorante quanto a pensar o enfoque de estudo e fundamentos teórico-metodológicos.

Tal cenário de inquietações foi responsável pela obstinação em pensar a assistência à saúde mental infanto-juvenil a partir do recorte da categoria intitulada resolubilidade, que se presentifica no estudo de tecnologias³ que efetivem o cuidado de modo integral e humanizado.

1.2 Contextualização do objeto de pesquisa e suas interfaces teóricas

No bojo do conjunto de mudanças políticas, sociais, culturais e clínicas evidenciadas desde a ascensão do movimento reformista brasileiro⁴, embutido no

³ De acordo com Merhy (2002), as tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. As leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais.

⁴ Este processo iniciou-se a partir de meados da década de 70, intensificando-se nas décadas de 80 e 90, luta esta que ainda perdura. Além da nova carta constitucional de 1988, regulamentada pelas Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8.080 de 16-9-1990 e Lei nº 8.142 de 28-12-1990), outros acontecimentos serão marcantes nesse período, sendo importante destacar: 1) o surgimento da proposta o Sistema Único de Saúde; 2) a realização da primeira Conferência de Saúde Mental (1987) e; em 1989, 3) o nascimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Luis Cerqueira, em São Paulo) e 4) a apresentação ao Congresso do projeto de lei de autoria de Paulo Delgado que

processo de redemocratização do país há, também, a reforma do setor saúde e o movimento de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as propostas para a renovação da assistência no SUS, tem-se a reforma psiquiátrica que, fundamentalmente, visava mudar o lugar do hospital no sistema de tratamento e na vida das pessoas. Este ponto foi concebido como “processo de desinstitucionalização”, disparado pelo paradigma da “Atenção Psicossocial” o qual passa a ser lugar de enfrentamento às condições precárias, ameaças e situações de violências às quais se submetiam os pacientes internos e os funcionários dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

Avançou-se no combate à tradição asilar, entretanto, se colocam algumas lacunas nesse processo de reforma: como redefinir redes de atenção e produção do cuidado visando substanciar o modelo de saúde brasileiro e atender às necessidades das pessoas e objetivos dos serviços? Como avançar para além do processo de desinstitucionalização e partir para a promoção e prevenção do adoecimento psíquico ou de sua cronificação? Como não só oferecer serviços, mas integrar para garantir integralidade e continuidade do cuidado?

As tentativas de dissuasão do tema de pesquisa foram muitas. A advertência mais veemente surgiu durante os trâmites de apreciação e permissão da entrada nos serviços de saúde foi a de que poderia esbarrar em um “objeto de pesquisa inexistente”, afinal, a questão central deste estudo trabalha a produção do cuidado⁵ ancorada na perspectiva da resolubilidade, temática que ainda se apresenta controversa e pouco discutida nos estudos acadêmicos e nos próprios serviços de saúde.

propunha a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de outros dispositivos terapêuticos (Lei que foi sancionada, pelo presidente da república, apenas em 2001).

⁵ Define-se produção do cuidado enquanto todo processo político, organizacional, de trabalho e das práticas assistenciais que busque responder á concepção de saúde preparada para lidar com as necessidades dos usuários, compreender e produzir significados sobre suas naturezas e na relação com os sujeitos implicados no momento de produção e consumo da saúde buscando produzir autonomia nos sujeitos (CECIM, 2005). demarca a produção do cuidado, como dinâmico processo de desenvolvimento de ações e serviços das equipes de saúde, que não apenas produzam consultas, atendimentos e procedimentos, constitui, sobretudo que se constitua numa prática cuidadora, com criação de laços de compromissos, balizados por um agir interdisciplinar, de responsabilização e postura acolhedora dos trabalhadores de saúde na interação com os usuários do serviço, através de respostas as suas necessidades de saúde, levando-se assim à resolubilidade.

Ao contrário, foram encontradas lacunas importantes e que devem chegar aos participantes, gestores em geral e meio acadêmico.

Primeiro, vejam-se os eixos orientadores da produção do cuidado em saúde (a saber: acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia), que partem da lógica ainda inovadora do cuidado na saúde e trazem em seu bojo as prerrogativas: ter o usuário como destaque, fornecendo-lhe uma postura dialógica, escuta ampliada e a utilização de terapêuticas adaptadas à realidade dele, saindo do escopo medicamentoso exclusivo e da concepção biomédica. (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Por isso, estes eixos configuram as “categorias de análise” do estudo da resolubilidade na produção do cuidado.

Uma possível compreensão de cuidado⁶ tem significados e sentidos voltados para a saúde como direito de ser e, nesse sentido, resgata o tratar, o respeitar, o acolher e o atender ao ser em seu sofrimento. É uma ação integral de relações subjetivas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, instituições e profissionais, que geram uma atenção digna e respeitosa, acolhedora e compartilhada (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Para tal, desencadeiam que é preciso uma reorientação da prestação do cuidado em saúde, de forma que o sistema seja delineado, com base nas complexidades dos serviços, a valorização do primeiro nível do sistema, ou seja, tomando a Atenção Básica como eixo de orientação mais complexo, invertendo a lógica do modelo pirâmide, posto que é neste campo privilegiado que se têm produzido resultados significativos, de eficácia diante dos problemas individuais e coletivos, a partir da ampliação de ações de promoção, prevenção e garantia de articulação com os serviços de maior complexidade, tanto em organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, entre outros.), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. (STARFIELD, 2002).

Por isso, a estratégia Saúde da Família é apontada como eixo reorientador das práticas de saúde mental, posto que pressuponha uma reestruturação sob uma

⁶ Pensamos a concepção de integralidade do cuidado representada no ato de construir as ações de saúde a partir da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos “totalidades integradas, cujas propriedades centrais sempre serão o todo, uma vez que nenhuma das partes a possui isoladamente”, sugerindo a conformação do sistema de saúde como rede de serviços e de relações (SILVA, 2011).

nova lógica, que só poderá ser concretizada a partir de um novo olhar e um novo fazer centrado no usuário, e que assume uma postura de afecção dialógica e de associação entre conhecimentos técnicos (núcleo profissional) e micropolíticas inerentes ao trabalho em saúde, dentro desses “novos serviços” (núcleo cuidador). (ASSIS et al, 2010; MOYSÉS; SILVEIRA FILHO, 2002).

Esta questão se desdobra em uma melhor combinação entre a capacidade de lançar procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais que se expressam no campo da cooperação (núcleo cuidador) pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e compreensão do processo de trabalho em equipe e entre equipes de diversos dispositivos de cuidado (SOUZA; SANTOS, 1993).

A complexidade de um novo modelo de atenção à saúde é exposta quando o mesmo demanda a dimensão integral na produção do cuidado, cuja prerrogativa é balizada em processos compartilhados e abertos à diversidade de núcleos específicos de saberes, ciências e profissões, que se conectam na indução da plenitude de soluções capazes de ampliar a atividade, dignidade e liberdade dos Sujeitos (MATTOS, 2004).

Com efeito, investigar a atuação dos profissionais “híbridos” (BARROS, 2000) e generalistas demonstra a possibilidade da diferença em relação ao poder biomédico, pois hipoteticamente eles incorporam, com maior facilidade, outras racionalidades de práticas de saúde (CUNHA, 2010).

Portanto, tem-se os entraves e desdobramentos a partir das transformações no campo da produção do cuidado em saúde, sua práxis e apreensão de sua dinâmica. Tais fragilidades e desafios se evidenciam em busca de promover mudanças estruturais, romper com a prática procedimento-centrada e serviços que ainda continuam a privilegiar ações individuais, atendimentos baseado na queixa-conduta e nas “fichas” como dispositivos organizadores dos serviços.

Tal perspectiva do cuidado à qual se reporta aqui, diz respeito “(...) a organização da gestão setorial e das práticas assistenciais que responda por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento de doenças, mas na

inclusão de pessoas em sistemas de produção do cuidado à saúde e de participação na afirmação da vida” (CECCIM, 2005, p. 01).

Este cuidado envolve, sobremaneira, os aspectos relacionais, construídos no contato (algumas vezes confronto) entre os trabalhadores e usuários da rede e dos serviços de saúde, no ato de lidar com as necessidades destes últimos, nos encontros que se estabelecem nesse ínterim (FRANCO, 2006).

Neste contato, utilizam-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade da atenção e na inserção sociocultural. Busca-se, para tal, enfatizar a responsabilidade técnica e de gestão dos serviços como resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, articulado à relação equipe de saúde e usuário, com vistas à produção de um cuidado integral (ASSIS et al, 2010).

Assim, entende-se como proposta central do modelo de atenção à saúde a circunscrição de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como “malha de cuidado ininterrupto à saúde”, e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos (CZERESNIA, 2003, p. 46).

É a partir desta concepção de entrelaçamento das linhas de cuidado que se encontra o grande nó e a segunda categoria de análise deste estudo, a resolubilidade, compreendida como exigente, demandando intervenções que deem respostas às necessidades das pessoas; e enfática no entendimento de que, geralmente, é em meio à tensa e conflituosa dinâmica das relações de produção do cuidado da saúde, que se demarcam os entraves e possibilidade dos gestores da micropolítica dos processos de trabalho no agir e no encontro em ato com o usuário (MERHY, 2002).

A resolubilidade aparece em preconizações de políticas de saúde contemporâneas (BRASIL, 2006), representando a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

Representa o alcance das necessidades e demandas desses indivíduos, enquanto variável dependente de outras variáveis, quando se analisa o sistema de saúde, dentre elas: acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização, e, ao mesmo tempo, independente, quando se volta o olhar para os serviços ou redes assistenciais (SANTOS *et al*, 2007).

A resolubilidade envolve a articulação entre os diversos setores, tecnologias e atores (SANTOS *et al*, 2012b). Enquanto concepção que surge em meio a um novo paradigma, se remete, sumariamente, à alta complexidade da micropolítica existente nas inter-relações e subjetividades envolvidas. Pergunta-se: como se efetiva este redimensionamento no ato de cuidar a partir do ideal de resolubilidade?

Para esta pergunta faz-se necessário observar a concepção de saúde, o cenário dos processos de trabalho, bem como as práticas que as equipes de saúde privilegiam. Um sistema ou serviço de saúde é considerado resolutivo ou não com base na capacidade da equipe de saúde em “resolver” as demandas do usuário, baseada numa lógica de atenção voltada para a queixa-conduta (MERHY, 1994), mas isto não configura, necessariamente, a resolubilidade.

[...] a resolubilidade não se limita a ter uma conduta, vai mais além, ao colocar a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e causas reais do problema do paciente. É colocar à disposição do paciente toda tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e a satisfação do mesmo (MERHY, 1994, p. 139).

Para tal, parte-se do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque se circunscreve num Trabalho Vivo, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo cuidado (MERHY, 2002). Estas relações podem ser, de um lado, sumárias e burocráticas, nas quais a assistência se produz centrada no ato prescritivo sobre a demanda, compondo um modelo que apresenta na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem ocorrer como relações intercessoras, estabelecidas no trabalho em ato, realizado em torno da questão das necessidades, ampliadas e sistematizadas em quatro grandes conjuntos:

Se ter 'boas condições de vida' [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida (CECÍLIO, 2001, p. 36).

A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do trabalho vivo sobre o trabalho morto, um desafio organizacional ou de gestão dos processos de subjetivação, o que significa que a produção da saúde passa a ter como base, sobremaneira, as tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado, de forma integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centradas nas necessidades dos usuários e escuta das pessoas (CECÍLIO, 2006; ONOCKO CAMPOS, 2003).

Concorda-se Jorge et al (2011) que o estudo da produção do cuidado e da atenção integral e resolutiva se torna profícuo quando se desdobra na análise dos seguintes dispositivos relacionais: acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia na produção das práticas assistenciais e de qual modo potencializam a relação usuário-profissional.

É sabido que o modelo de operacionalização do sistema de saúde ainda presta-se, muitas vezes, tradicional e *taylorista* na organização do trabalho, conformado em arranjos piramidais hierarquizados em níveis de atenção burocrática e, portanto, apresentando forte centralização das decisões, atendimentos despersonalizados e fragmentados (LACERDA; VALLA, 2005). Mas que aportes podem ser construídos em busca da resolubilidade? Para o fortalecimento e implementação do modelo de atenção composto em redes descentralizadas e articuladas (MENDES, 2009)?

O terceiro e último fator desencadeante que recebera muitos questionamentos é referente à escolha de abordar a saúde mental infantil⁷, ou seja, no contexto das crianças pequenas com sofrimento psíquico⁸, visto que para muitos

⁷ Pensar a Saúde Mental Infante-Juvenil, no Brasil, requer compreendermos este percurso e que, neste mesmo desvelamento, o campo de intervenção, cuidados e estudos voltado à criança com sofrimento psíquico não teve nada estruturado ou sistematizado até o século XIX, quando surgiram as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria (RIBEIRO, 2006).

⁸ O leitor deverá notar que utilizamos no estudo o termo “sofrimento psíquico” e não outros, como: doença/transtorno ou deficiência mental. Inserimos o termo sofrimento psíquico, enquanto construto

profissionais de saúde e gestores estas não apresentariam, ainda, tais sofrimentos psicossociais. Arrisca-se aqui pensar o laço criança-família e quais propostas terapêuticas têm sido construídas nos primeiros anos de vida de criança que sofre? Quem são as crianças encaminhadas para o serviço fornecido nos CAPSi?

O desafio central consiste em, assim como se preconiza ao indivíduo adulto, a criança com problemas de saúde mental possa ser cuidada de maneira integral e do modo mais resolutivo possível, com base em suas peculiaridades de desenvolvimento e necessidades específicas.

Pensar estratégias para esse tipo de sofrimento em crianças e adolescentes e a subsequente construção de uma rede de cuidados a esse público específico é algo complexo, pois além de envolver diversas redes sociais de apoio para a consolidação de uma perspectiva integral, a reforma dos processos de cuidado à saúde mental infantil é considerada tardia⁹.

Por conseguinte, embora já se estime que o sofrimento psíquico na infância tenha crescido exponencialmente, estudos relativos à temática ainda são escassos, diante da magnitude dos problemas de saúde mental infantil e das peculiaridades da atuação em Saúde Mental na Atenção Básica¹⁰ junto ao público a ser investigado (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010).

No âmbito dos cuidados em saúde da criança, observa-se que é cultural e operacionalmente complexo e, muitas vezes, conflituoso planejar e executar a integração das equipes da Estratégia de Saúde da Família e equipe da Atenção Psicossocial. Isto por que o tema da saúde mental infantil é ainda pouco estudado; a

que melhor se aproxima do que preconiza a reforma psiquiátrica brasileira em seu propósito de de consolidação do paradigma psicossocial (AMARANTE, 2007). Esta concepção se distingue da noção psiquiátrica e dos modelos normativos de “paciente com transtorno mental”, com ênfase na “situação que causa incômodo, decepção ou desfavorecimento ao outro... Faz uma anulação na subjetividade e não do que faz sofrer o sujeito” (FERREIRA, 2004, p. 15), quando a riqueza do estudo com crianças está no intento de reconhecendo a complexidade inerente ao caso de pessoas em pleno estado de desenvolvimento e onde as condutas julgadas inadequadas podem se relacionar a formações relacionais, testemunhando a ocorrência de fatores estressantes no ambiente familiar ou se revelando como um protesto saudável contra essa ocorrência, inclusive. Também, a opção se justifica devido considerarmos que a deliberação de um diagnóstico a partir de algum manual classificatório é como uma prospecção negativa de situações de sofrimento que não necessariamente chegarão a um estado patológico crônico e grave.

⁹ Alguns teóricos, inclusive, situam tais estratégias como aquém em cerca de dez anos das políticas públicas voltadas ao público adulto (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

¹⁰ Falamos de saúde mental como campo de atuação e grande área do conhecimento e de ações que se caracteriza por seu caráter amplamente interdisciplinar e intersetorial, que na atenção básica constitui um eixo que transversaliza o cuidado (PAULON; NEVES, 2013).

capacitação dos trabalhadores de saúde, em saúde mental infantil, é escassa; a visibilidade desta população, no âmbito da ESF, é insuficiente; e há dificuldade dos familiares da criança de exporem questões de saúde mental dos filhos nos serviços de saúde (CAVALCANTE; JORGE; SANTOS, 2012, p. 161).

Na maioria das vezes, apreende-se, nos serviços, que sem tratamento adequado, aumentam as chances de que este sofrimento psíquico inicial se configure transtorno mental e o adoecimento se torne crônico na idade adulta.

Portanto, conceber este estudo é um desafio quase contraditório diante destes três tensionamentos que foram destacados. Mesmo estando longe de se tornar uma ideologia prontamente divulgada e aceita, a temática gera inquietação quanto à reestruturação produtiva em saúde e entendimento de que é preciso responder ao ideal de transição tecnológica, a partir dos moldes do trabalho vivo.

Pelos motivos expostos, parece-nos urgente desenvolver, no Município de Fortaleza, uma pesquisa que objetiva responder à seguinte questão: Como se dá a produção do cuidado em saúde mental infantil na interface entre Rede de Atenção Básica e Psicossocial quanto à resolubilidade dos problemas detectados?

No esforço de ampliar esta questão, sem a pretensão de esgotar tais provocações, e a fim de gerar uma compreensão sistêmica e complexa da rede de cuidados, e a compreensão sobre o fenômeno aqui posto, no primeiro capítulo, em analogia à procura de Nemo, pretende-se refletir criticamente a reestruturação da produção do cuidado, ancorada na observação de onde estão estas crianças com sofrimento psíquico? Quem são as crianças e famílias que chegam ao CAPSi? Quais as possíveis trajetórias, os fluxos de atendimento de crianças, com sofrimento psíquico, atendidas na Estratégia de Saúde da Família e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial (CAPSi), percalços e estratégias que se apresentam? O que se discute sobre dispositivos como o apoio matricial; a regulação da entrada e articulação com outros serviços.

No segundo capítulo, parte-se da frase emblemática de Paim (2008): “nem tudo que cai na rede é peixe”, como mote para a discussão das convergências e divergências, possibilidades e desafios apresentados nos discursos dos sujeitos sobre resolubilidade do cuidado no encontro entre Atenção Básica e Atenção Psicossocial. (ESF, CAPSi, NASF).

Por fim, pensa-se a pertinência do uso das tecnologias de cuidado e a busca pela resolubilidade como horizonte normativo e imperativo, como esta “eficiência” vem sendo observada pelos trabalhadores das Redes de Atenção Básica e psicossocial, usuários e suas famílias e quais aportes são construídos a partir dos participantes e compreensão da pesquisadora neste caminho.

Em virtude disso, a pesquisa desdobra suas análises no espaço molecular de produção do cuidado, a partir da análise fenomenológica de leitura hermenêutica da micropolítica das relações entre os sujeitos no cotidiano de suas ações de cuidado e no devir de suas trajetórias existenciais.

O interesse em pesquisar os processos de produção do cuidado à Saúde Mental de crianças nas Unidades Básicas de Saúde de uma das seis regionais existentes em Fortaleza (Regional IV) e um CAPSi, foi traçar um cenário que se dá no trânsito e integração existencial e discursiva dos sujeitos e suas famílias na estratégia de saúde da família para as ações especializadas de saúde mental, posto que “é na atenção básica, via de regra, que chegam todos os tipos de queixas. (...) Dessa forma acentua-se a importância do conhecimento e atenção de todos esses profissionais às queixas e sintomas na área de saúde mental.” (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010, p. 17).

Partiu-se de entrevistas com profissionais da saúde (UBS e CAPSi) para compreender os elementos-chave relacionados à resolubilidade (cuidado, resolutividade, integralidade, intersectorialidade, apoio matricial); a aplicação do mapa dos cinco campos com crianças do Serviço de Saúde Mental para correlacionar os elementos, redes, figuras de apoio que elas tinham sobre seu percurso no processo de saúde-doença.

E, por último, as narrativas com relato dos cuidadores sobre os itinerários terapêuticos que seguiram com suas crianças, que exploram as relações entre a experiência pessoal e social mais ampla, ao analisar as formas de interpretação e processos de significação das experiências de adoecimento e cuidado, em contextos sociais específicos (CANESQUI, 2007; CASTELLANOS, 2011).

Considera-se a temática de extrema pertinência no cenário atual, no qual é necessário fazer uma análise crítica de como tem funcionado. Diagnosticar as fragilidades e desafios existentes permite: 1) investir numa formação diferenciada

para os que estão cursando ou irão cursar a graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva e; 2) propor capacitações e outras atividades (inseridas em projetos de educação permanente) para os profissionais já inseridos nos serviços, os quais não contaram, durante sua formação, com a possibilidade de desenvolver as habilidades e competências necessárias para uma atuação mais integrada às políticas públicas de saúde, com o objetivo de ampliar a resolubilidade do SUS (CAMPOS, 2003).

Longe de aludir às concepções dos profissionais da rede de atenção à saúde, que se aproximam da imagem mítica de uma *hýbris*¹¹ heróica, como protagonistas de uma tragédia que desafia as leis morais vigentes na “polis” ou as proibições dos “deuses”, aborda-se a temática, com base na tríade: criança, seus cuidadores e profissionais, como heróis e heroínas que, confrontados com situações-limite (*métron*), como a ordem social das coisas, buscam linhas de fuga, traçando o vir-a-ser, gerindo a micropolítica dos processos de trabalho (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

A partir da realização deste estudo, que se considera de caráter analítico e situacional, acredita-se que poderão ser propostas ações que venham a contribuir para a construção de uma atuação mais afinada com a trajetória singular de cada criança no SUS, observando a relação entre o modelo de atenção apresentado pelos sujeitos e sua capacidade resolutiva, em meio ao processo dinâmico de produção do cuidado.

¹¹ A respeito do conceito de *hýbris*: substantivo feminino grego, de raiz provinda do indo-europeu **ut + qweri*, (peso excessivo, força exagerada) passa a significar o que ultrapassa a medida humana (o *métron*). É, portanto, o excesso, o descomedimento, a desmesura, a transgressão dos limites humanos (DICIONÁRIO GREGO-PORTUGUÊS, 1997, p. 749).

2- O MÉTODO: OS OLHARES TEÓRICO-METODOLÓGICOS E OS CAMINHOS DA PESQUISA

A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um sabiá,
 mas não pode medir seus encantos.
 A ciência não pode calcular quantos cavalos de força existem
 nos encantos de um sabiá.
 Quem acumula muita informação perde o condão de adivinhar:
 divinare.
 Os sabiás divinam.

(*"A ciência pode classificar"*, Manoel de Barros)

2.1 Delineando um olhar: o marco teórico-conceitual

Pretende-se, a seguir, explicitar os principais pressupostos teóricos que orientam a abordagem do tema desta pesquisa. Tais pressupostos são oriundos da fundamentação teórico-metodológica denominada de "Hermenêutica Crítica Analítica" desenvolvida por Paul Ricoeur, cujas questões epistemológicas que referenciam o método em construção da narrativa ligada à temporalidade (ONOCKO-CAMPOS, 2013), onde:

O mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal. Ou o tempo torna-se tempo humano na medida em que está articulado de modo narrativo; em compensação, a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal (RICOEUR, 2011, p. 69).

Faz-se uma análise crítica, que além desta questão fundante, se ancora em três compreensões centrais ao recorte teórico-metodológico construído: o método fenomenológico, a perspectiva hermenêutica¹² e a identidade narrativa em Paul

¹² Na perspectiva da análise das mentalidades, após a crise dos estudos das macroestruturas, como o estruturalismo, funcionalismo e marxismo; temos as perspectivas de análise em contextos da vida

Ricoeur, diante dos vários “conflitos de interpretação” (CAPRARA, 2003; GEANELLOS, 2000).

Os fundamentos teórico-metodológicos da hermenêutica crítica analítica de Paul Ricoeur passaram por três momentos decisivos: o encontro com a fenomenologia *husserliana*, o desenvolvimento de uma hermenêutica da distanciação e, por fim, a hermenêutica do si-mesmo (GEANELLOS, 2000).

A partir do estudo fenomenológico da vontade, se pode atentar para a passagem exegética da fenomenologia transcendental para a fenomenologia ontológica neste fundamento, posto que, em seu encontro com a teoria *hurssealiana*, vai se destacar a redução transcendental como aplicação do método fenomenológico ao sujeito e aos seus atos.

Porém, Ricoeur (1989) não se restringe à atitude fenomenológica que estanca ao chegar na “consciência pura” ou “ego transcendental”. Neste ponto, o hermeneuta se desprende da obra de Husserl, considerando “idealista” suas conceituações: “Fenomenologia e hermenêutica só se pressupõem mutuamente se o idealismo da fenomenologia husserliana ficar submetido à crítica pela hermenêutica” (p. 43).

Então, o mesmo passa a estudar a vontade em suas estruturas eidéticas, não na sua condição existencial concreta. Passa a qualificar como “Poética da vontade” o desenvolvimento de sua hermenêutica, chegando a postular a “hermenêutica da distanciação” ou a teoria do “mundo do texto”¹³.

Ancorado em Heidegger (2002; 1973), enfatiza a “convicção da precedência dum ser-a-dizer em relação ao nosso dizer”, enfatizando o elemento linguagem por mais que a fenomenologia revele “a coisa em si mesma”, posto que o *eidōs* necessita interpretar o que fica por detrás das coisas¹⁴ (RICOEUR, 1989, p.45).

cotidiana como possibilidades de não determinismo: estudos microsociológicos (como ocorre no interacionismo simbólico); estudos fenomenológicos e estudos hermenêuticos, todos com base na invenção do Eu reflexivo.

¹³ No conceito de “mundo do texto”, Ricoeur atribui ao discurso um elemento fundamental do ponto de vista semântico, principalmente, quanto à existência de uma referência para a qual todo o discurso - enquanto um sistema de signos estruturado - sempre se remete. A diferença é que o estruturalismo limita-se a uma análise do texto, desconsiderando por completo sua relação com a realidade, e considerando o “texto como jogo diferencial de significantes”, enquanto Ricoeur enfatiza a mediação pelo texto, que o texto diz algo acerca da realidade; ou dito melhor, ele é um conjunto específico de signos que porta significado (GEFFRÉ, 1989, p.50).

¹⁴ Segundo Ricoeur, a redução fenomenológica, chamada por Husserl de *epochè*, não atentou para sua descoberta principal: o aspecto da intencionalidade, capaz de jogar a consciência para fora de si.

Conclui-se que a interface entre fenomenologia e hermenêutica se dá como um “enxerto” da hermenêutica na jovem planta, ou seja, na fenomenologia (TAN; WILSON; OLVER, 2009).

Dito de outro modo, a reflexão deve se tornar hermenêutica: "porque a reflexão não é uma intuição de si para si, ela pode ser, ela deve ser, uma hermenêutica" (RICOEUR, 1989, p. 221), em que o papel do signo é a mediação da consciência e da constituição do sujeito, do "si", enquanto uma tomada de posição crítica à filosofia reflexiva, na qual: "eu sou", quer dizer que o ato de constituição do sujeito é, também, ato mediado pelo signo (IDEM, p. 213).

É esta proposta, ainda, que contém os elementos teóricos que possibilitam fazer a ponte entre fenomenologia, hermenêutica e teoria da ação, posto que Ricoeur entende que a articulação destes carrega em si várias possibilidades de reconhecer a si mesmo, por meio das narrativas que, por serem a própria explicitação do eu em outro, representam obra a interpretar.

Daí a problemática da identidade narrativa, pois esta possui, no mínimo, dois polos: a identidade, como mesmidade (*idem*), e a identidade, como ipseidade (*ipse*). Em último caso, é o texto que serve para a contação de uma pessoa como sendo ela mesma, ao longo do tempo (“conceito de caráter”); e o narrador em sua dimensão prospectiva, que se atrela ao conceito de promessa, que é o que “me” liga ao cumprimento da palavra dada (“conceito de promessa”) (RICOEUR, 2011).

E mais, a palavra dada a partir do homem capaz, que engloba em si a questão de saber quem é capaz de falar, quem é capaz de agir, quem é capaz de narrar, quem é capaz de imputar seus próprios atos, âmbitos diferentes do Ser-no-mundo¹⁵.

O problema da identidade narrativa, tônica presente em toda a sua obra, passa a ganhar ênfase ao final das obras referentes às conceituações trabalhadas até então. Tematizada como “paradigma da tradução”, a questão do sujeito é levada ao centro de sua obra.

¹⁵ Remetemo-nos à reflexão sobre as aporias construídas por Santo Agostinho diante da percepção da paradoxal existência do tempo, conforme Ricoeur (2011), no instante em “que é, já foi e não é ainda, uma vez que o presente nos escapa e o passado e o futuro não existiriam senão na continuidade daquele que observa o tempo passar” (ONOCKO-CAMPOS, 2013, p. 2849).

Castellanos (2013) indica, pelo menos, três correntes de análise das narrativas: análise estrutural das narrativas, advindas dos trabalhos dos formalistas russos; análise avaliativa de Lebov, com base nas narrativas; análise fenomenológica da experiência pessoal e social, destacando a vertente hermenêutica de Paul Ricoeur e das performances narrativas.

A fenomenologia hermenêutica do si, escolhida para o estudo, entende que o homem é, necessariamente, um ser narrativizado, cuja pergunta do hermeneuta é sempre direcionada a “quem narra?”, observando as singularidades e valorizando a polissemia do ser e de interpretações, reforçadas pelo caráter ontológico e as múltiplas formas de alteridade possíveis no paradigma da tradução, sem se fechar em si mesmo.

A “identidade narrativa” é sugerida pela hermenêutica crítica analítica como a emergência de ‘novos paradigmas’, ou seja, de aspectos não restritos ao cunho metodológico dos estudos, mas, principalmente, dirigidas ao aprimoramento epistemológico da produção do conhecimento científico pós-positivista (Brockmeier; Harrè, 2003, p. 525), não se restringindo ao seu uso instrumental na produção do material empírico (“coleta de dados”). Ou seja:

Essas reflexões incidem sobre as próprias bases e lógicas que estruturam a produção de um tipo de conhecimento que tem na reelaboração dos relatos e observações, efetuados por pesquisados e pesquisadores, a construção de interpretações validadas cientificamente. (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010, p. 1353).

Quanto ao percurso metodológico propriamente, há quatro categorias referentes ao processo de construção do objeto e o desenvolvimento da identidade narrativa da pesquisa, a saber: aproximação, distanciação, explicação e compreensão.

A aproximação e distanciamento representam a procura por ultrapassar o dilema entre a *distância*, ligada à objetividade do texto, e a *proximidade* ou a *pertinência*, ligada à compreensão histórica (GEFFRÉ, 1989). A construção do texto representa a distanciação na comunicação: do dito entre os interlocutores à construção do texto; separação do mundo do autor e o mundo do texto; afastamento da função descritiva da linguagem vulgar na conversação, para a relação dialética

entre afastamento e proximidade do acontecimento e da significação a qual se atribui, o que na exibição deixará o caráter de referência de primeira ordem para a referência de segunda ou terceira ordem:

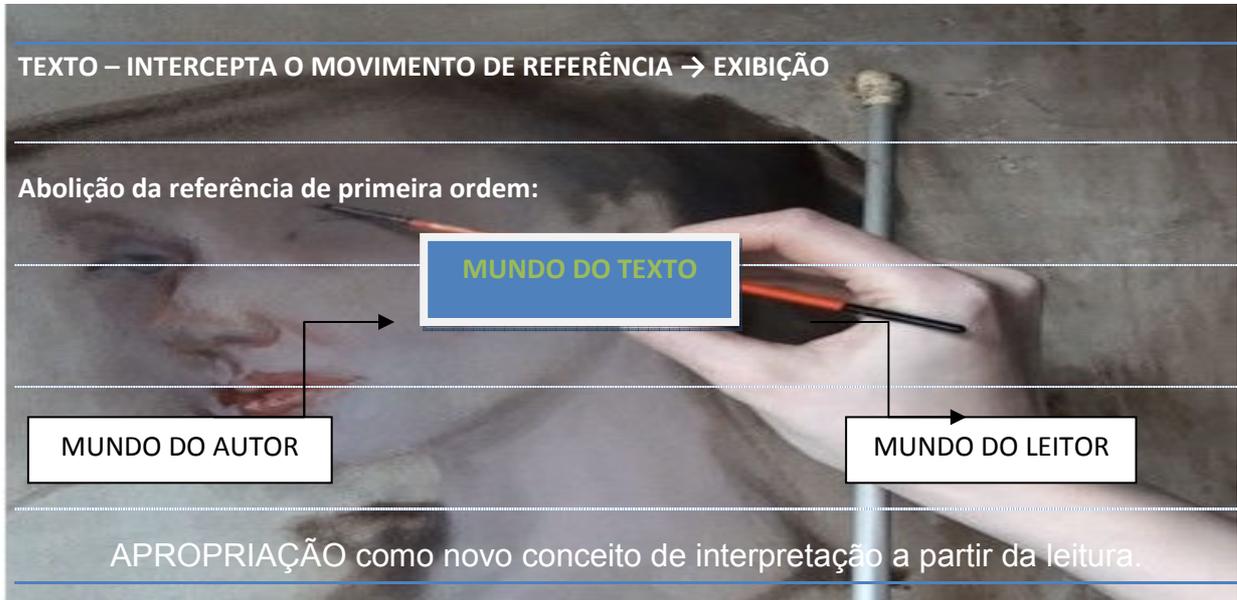


FIGURA I: Esquema da noção de texto em Paul Ricoeur: da distanciação à identidade narrativa.

No "mundo do texto", segundo Ricoeur, há a tríplice autonomia do texto: em relação à intenção do gênio criador; à recepção do leitor e ao contexto histórico, cultural, social e econômico de sua produção. A *coisa* do texto ou o *mundo* do texto; intenção e estrutura designam o sentido; o mundo do texto designa a referência do discurso, não só o que é dito, mas aquilo sobre o que é dito, o que requer análise semântica e da forma reflexiva. A coisa do texto é o objeto da hermenêutica e, concomitantemente, é o mundo que o texto desdobra diante de si (RICOEUR, 1989, p.10).

O sujeito narrativo, isto é, construído na e através da narrativa, se apresenta em uma construção aberta, sujeita a constantes revisões, referida aos valores, ideais e objetivos ancorados em uma dada cultura, organiza e dá sentido às experiências vividas singularmente. O sujeito narrativo é o narrador e o personagem de uma vida da qual é, no máximo, coautor.

Conforme ilustra Serpa Junior (2011), “a singularidade radical da experiência traduzida e compartilhada por meio de uma narrativa tece os vínculos entre o

indivíduo e a cultura, integrando as três perspectivas: primeira, segunda e terceira pessoa” (p. 4681):

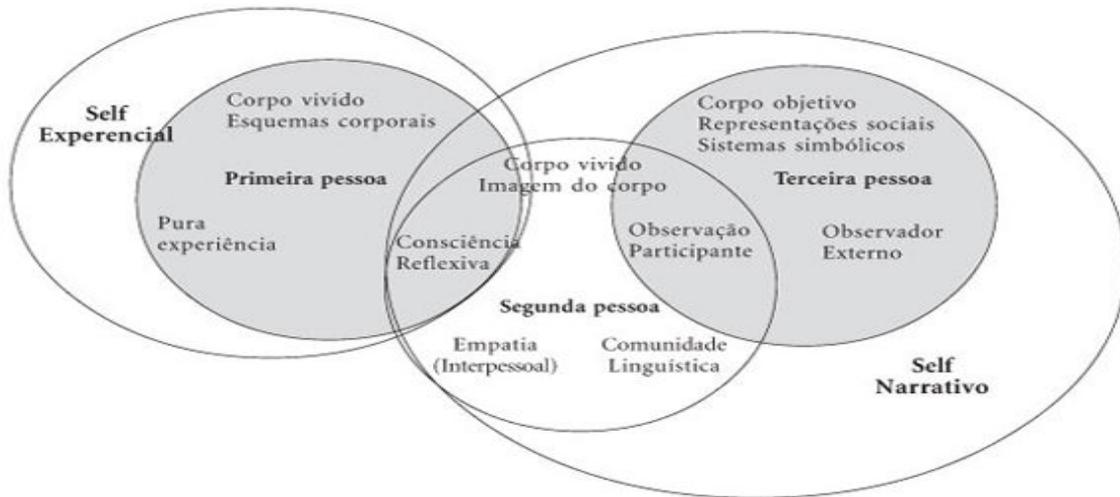


FIGURA II: Modelo adaptado, com base em Depraz e Cosmelli (2003), por Serpa Junior (2011).

Portanto, a compreensão requer o engajamento das impressões do pesquisador, necessários para que se possa abrir o devir da significação a partir da enunciação do pensamento cotidiano, na conversação e na ação como uma condição do ser humano e “ser-aí-no-mundo”, onde a compreensão gera o processo de metaforização, constitui a interpretação, e vice-versa, em outro movimento dialético entre evento e significação, processo comunicativo da experiência (HUSSERL, 2008). Nas palavras de Ricoeur (1989):

[...] Se todo o discurso se atualiza como um evento, todo o discurso é compreendido como significação. [...] a própria linguagem é o processo pelo qual a experiência privada se faz pública. A linguagem é a exteriorização graças à qual uma impressão é transcendida e se torna uma expressão... A exteriorização e a comunicabilidade são uma só e mesma coisa, porque nada mais são do que a elevação de uma parte da nossa vida ao logotipo do discurso. De qualquer modo, a solidão da vida é aí iluminada por um momento pela luz comum do discurso. (p. 30-31).

Isto quer dizer que o objeto não é uma pura invenção (ou construção) do sujeito da pesquisa, mas na medida em que há uma narrativa e trama no diálogo entre participantes e o intérprete, o objeto adquire uma configuração particular.

Aqui se tem, inevitavelmente, o contato com a identidade (*idem/ipse*) do agente pesquisador no decorrer de sua permanência no tempo, mediante as diferentes capacidades práticas que aparecem no momento reflexivo discursivo: a fala, a ação, a narração e o juízo.

A linguagem, como núcleo da hermenêutica, e a mediação dos signos traçam o caminho possível para este projeto de uma filosofia hermenêutica do sujeito, conforme sua fórmula hermenêutica se expresse:

[...] não há compreensão de si que não seja mediatizada por signos, símbolos e textos; a compreensão de si coincide, em última análise, com a interpretação aplicada a estes termos mediadores (RICOEUR, 1989, p.40).

Com efeito, há a necessidade de apreender hermeneuticamente o sujeito que se constitui por relações linguísticas bastante complexas; comportando duplos sentidos e, até mesmo, expressões *multívocas*, a despeito dos modelos artificiais construídos pelos lógicos nos quais reina o princípio da univocidade: "toda estrutura de significação onde um sentido direto, primário, literal, designa além disso um outro sentido indireto, secundário, figurado, que apenas pode ser apreendido através do primeiro" (RICOEUR, 2011, p.16), isto é, "as expressões de duplo sentido, quer criados por uma cultura quer criados metaforicamente por um indivíduo em particular" (RICOEUR, 1989, p.41).

Renova-se, com isso, a filosofia do símbolo, ancorada na dialética entre seus significados arcaicos e as figuras antecipatórias que emerge; em interpretações rivais e recomposições no seu itinerário hermenêutico, bem como no entendimento da linguagem a partir das teses: a significação é a categoria mais englobante de descrição fenomenológica; o sujeito é o portador da significação; a redução é o ato filosófico que torna possível o nascimento de um ser para a significação. Existem desdobramentos conceituais engendrados a partir deste modo de compreender a pesquisa em Paul Ricoeur (2011):

Linguagem é a unidade base da língua, composta por signos que, fonológico e lexicalmente, apresentam medidas-padrão que subsidiam as necessidades de delimitação, ordenação e explicitação para a comunicação.

Os símbolos demonstram eficácia, desde que sejam instrumentos culturais da apreensão da realidade, ou seja, veículos portadores da função significante, que faz com que ele seja válido para outra coisa, um contexto. O simbólico pretende exprimir, antes de tudo, a não imediatez da apreensão da realidade, mesmo quando empregado de modo universal (matemática, religião, etc.).

O texto, por sua vez, acresce riqueza semântica ao discurso, fixado pela linguagem escrita, sendo muito mais que um caso particular de comunicação inter-humana, sua função é subsidiar o paradigma da distanciação na comunicação. Distanciar-se, portanto, sugere as premissas de autonomia semântica: em relação à intenção do locutor, à recepção por parte do auditório primitivo e às circunstâncias econômicas, sociais e culturais da sua produção.

A textualidade, dada a ênfase de que é tarefa do hermeneuta procurar no próprio texto a dinâmica interna que governa seu processo de estruturação como obra e seu poder de projetar-se para fora de si-mesma, tal é o duplo papel do texto (TAN; WILSON; OLVER, 2009).

Assim, há a apropriação a partir da leitura e interpretação do hermeneuta, bem como do leitor. Correlato da distanciação operada pelo texto, a apropriação vence a distância cultural imposta pelo texto, tornando próprio (*meu*) um sentido antes estranho:

Por apropriação, eu entendo isto: a interpretação de um texto completa-se na interpretação de si de um sujeito que doravante se compreende melhor, se compreende de outro modo, ou que começa mesmo a compreender-se (RICOEUR, 1989, p.155).

Com esses elementos, vê-se que cada narrativa apresenta a construção de uma identidade, ou seja, o ser humano é experiência temporal e narrativa, dada a impossibilidade de haver conhecimento direto de si mesmo ou de alguém, daí a concepção de devir e os desdobramentos da análise no campo metafórico nas narrativas. Há uma dialética entre mundo do texto e mundo do leitor, que contribui para a compreensão da “*identidade narrativa*”, no qual a compreensão de si é narrativa, é apropriar-se da história da própria vida, pois compreender a história é narrá-la, a partir dos relatos, tanto históricos como fictícios, como leitores da própria vida (RICOEUR, 2000).

A metáfora, para além de uma figura de linguagem, representa que “toda criação narrativa é um ‘criar com regras’, ou seja, algo singular sobre algo já sedimentado” (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013, p. 2849), por isso tomada como “viva”, que opera como imitação criativa da experiência temporal vivida e que implica aceitar que nada é completamente original, que as narrativas são “tramas”: “tudo o que se pode narrar desenvolve-se em relação ao tempo; e tudo o que transcorre no tempo é passível de ser narrado” (IDEM), aproximando ficção da história.

A metáfora é, então, o ponto de cruzamento entre o símbolo e a linguagem. É uma das formas essenciais através da qual a própria realidade se pode dizer – a metáfora redescreve e descobre a realidade. Por outro lado, a metáfora é a pedra de toque do valor cognitivo das obras literárias, sendo que a obra literária é uma obra de discurso distinta de qualquer outra, especialmente discurso científico, pelo fato de pôr em relação um sentido explícito e um sentido implícito.

O problema da metáfora articula-se ao nível da semântica da frase e não da semântica da palavra, visto que a metáfora só faz sentido numa enunciação, que ela é um fenómeno de predicação e não de denominação (como entendiam os antigos retóricos e, concretamente, Aristóteles). A metáfora, nada tem a ver com um mero deslocamento na significação das palavras. De fato, para Ricoeur, não se pode separar a metáfora da frase – ela é um jogo de sentido que se constitui no interior da própria frase.

Assim, a metáfora é o resultado da tensão entre dois termos numa enunciação metafórica; ela não existe em si mesma, mas numa e por uma interpretação; joga-se na criação de um parentesco (de uma semelhança) entre duas ideias incompatíveis, nas quais a visão ordinária não observa qualquer relação; numa metáfora, a tensão entre as palavras ou, mais precisamente, entre as duas interpretações, uma literal e a outra metafórica ou figurativa, ao nível de toda a frase, extrai uma verdadeira criação de sentido.

Por isso, a metáfora é viva e tem como seu corolário a noção de uma única estrutura semântica e um duplo domínio funcional: a retórica e a poética, estando na busca pelo sentido, anunciada como a tarefa do hermeneuta, muitas vezes obtida pela “torção” do sentido literal das palavras.

O Conflito de interpretações constela-se na ideia de que o campo hermenêutico é constitutivamente fragmentado e a linguagem, embora possa e deva fazer interagir todos os seus usos, apesar disso, não logra encontrar uma plataforma unificadora última.

Deste modo, o Conflito de interpretações decorre da suposição do caráter unilateral de todas e de cada uma das hermenêuticas, e, por conseguinte, do reconhecimento de que o seu valor e a sua legitimidade resultam do assumir uma inelutável limitação. Por outras palavras, o conflito de interpretações assenta no pressuposto de que a força de cada hermenêutica advém de integrar a fraqueza de ser apenas válida dentro do campo que definiu como o seu espaço interpretativo.

O autor prioriza a questão da compreensão, buscando perceber no círculo hermenêutico uma positividade ontológica, ou seja, mais do que estipular metodicamente, tecer análises sobre o processo hermenêutico da compreensão, defende uma ontologia em que o compreender é mais que um modo de conhecer ou explicar, é modo de ser, embora os processos anteriores façam parte da compreensão: “O problema hermenêutico torna-se assim uma província da analítica deste ser, o *Dasein*, que existe compreendendo” (RICOEUR, 1989, p.10).

O principal mérito é uma superação radical da dicotomia entre sujeito e objeto na pesquisa. Nas palavras de Ricoeur (2000): “é preciso sair deliberadamente do círculo encantado da problemática do sujeito e objeto, e interrogarmo-nos sobre o ser” (p. 09).

A proposta é revolucionária, pois desloca a hermenêutica do problema da consciência histórica para o da compreensão originária, no qual o compreender passa do estatuto de uma forma de conhecer para uma forma de ser, já que o compreender, enquanto resultado da analítica do *Dasein*, um modo de ser, consiste num modo de se conhecer como tal (RICOEUR, 1989). Veja-se o esquema proposto em *International Journal of qualitative methods* por Tan; Wilson; Olver (2009, p. 6):

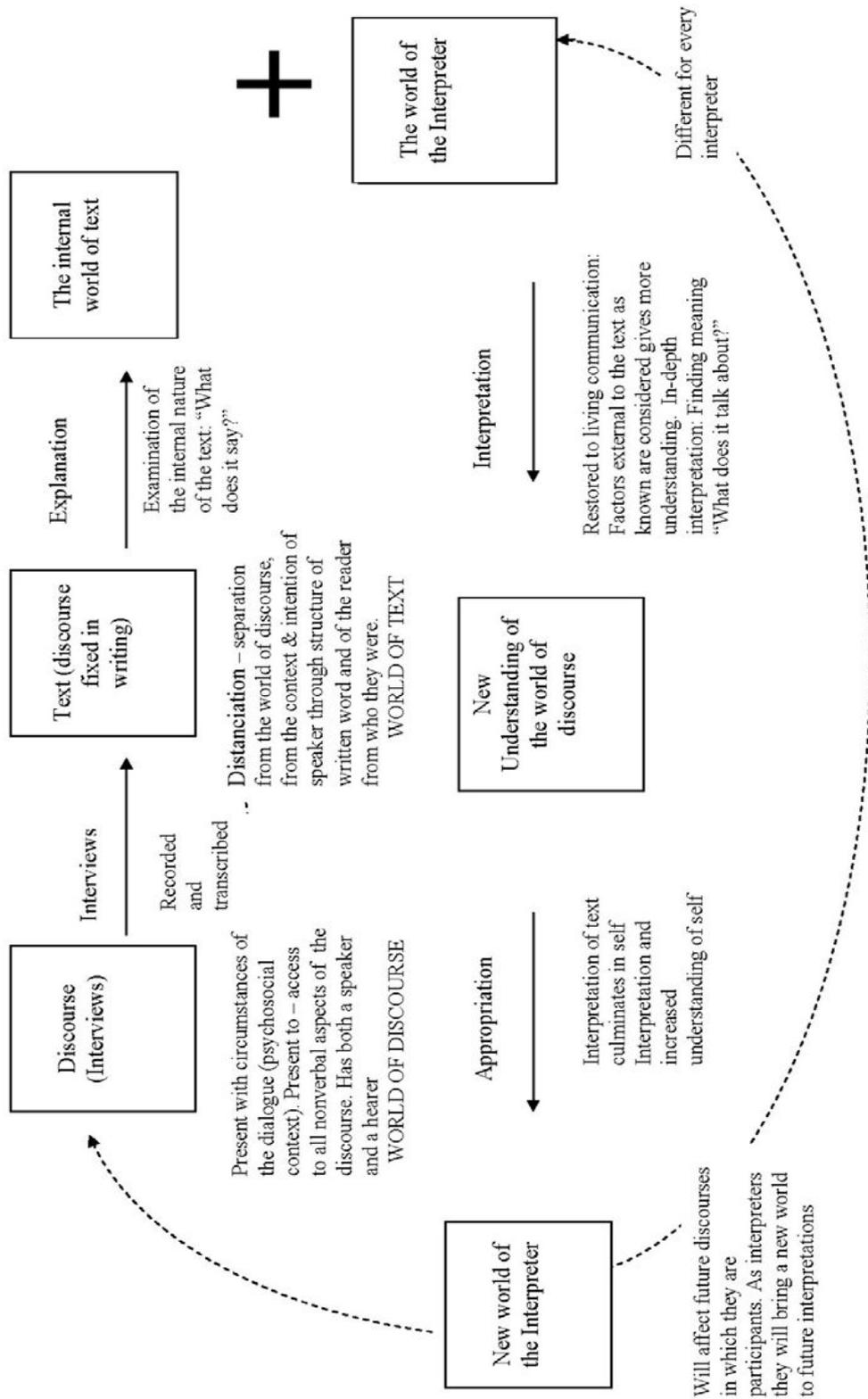


Figura III: Ricoeur's Method Interpretation (TAN; WILSON; OLVER, 2009, p. 06).

Portanto, dimensão 'interpretativa' é entendida como sendo composta pelos movimentos da análise e da construção, com os quais se procura agregar os fragmentos históricos e inerentes ao tema deste estudo, na produção de linhas de sentido. Essa construção de sentido se dá através do "agenciamento dos fatos", ou seja, da ênfase e composição de modo narrativo, "sempre ligada à temporalidade" (RICOEUR, 2000; ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2013; ONOCKO-CAMPOS, 2005).

Há um esforço desesperado para conciliar os métodos exegéticos, a fim de estabelecer a objetividade do texto, resistindo à desconstrução do sentido praticada, pelo estruturalismo; E, do outro, a compreensão hermenêutica:

Só teríamos direito de falar sobre este 'compreender' se pudéssemos edificar um saber que conservasse a marca da sua origem na compreensão dos signos, mas que, todavia, tivesse o caráter de organização, de estabilidade, de coerência de um verdadeiro saber (RICOEUR, 1989, p.164).

Ou seja, a compreensão passa a consistir em um modo de ser de si mesmo. Ricoeur chama a atenção para o fato de que esta descoberta não pode prescindir da linguagem, aliás, depende dela para chegar com êxito a tal descoberta, ainda que não exclusivamente (RICOEUR, 1989, p.14). Em "Da interpretação", ele diz que há "a condição originariamente linguística de toda experiência humana" (RICOEUR, 1989, p.40).

A hermenêutica de Ricoeur passa a tomar como central o texto, discurso fixado na escrita, das metáforas e narrativas, para além da análise da mediação dos símbolos, a passagem do texto à ação, já que "o mundo do texto intervêm no mundo da ação para configurá-lo ou transfigurá-lo" (RICOEUR, 2000, p. 189).

A exemplo, ele explica que quando compreende-se o que o autor diz, já é ação de interpretação, posto que esta se refere a uma estrutura intencional de segundo grau, ou seja, para além de algo que é visado de imediato, pois remete ao que é visado pelo sujeito em sua tradução.

Com efeito, há uma "conexão significativa" entre funções narrativas e a experiência humana do tempo, já que este se torna tempo humano na medida em que está articulado de maneira narrativa, e, em compensação, a

narrativa é significativa na medida em que desenha as características da experiência temporal. Dessa forma, é o caráter temporal da composição verbal que converte o texto em narração, pois tudo que se narra acontece e desenvolve-se no tempo, e o que se desenvolve no tempo pode ser narrado.

Segundo Ricoeur, é fundamental se entender esses termos, o *muthos* e a *mimese*, como processos ou operações e jamais como estruturas fixas. Enquanto que a composição ou tessitura de intrigas já é, por si só, uma atividade; a *mimese* também deve ser entendida como algo dinâmico, como a arte de produzir ou representar. Ricoeur trabalha com uma estreita identificação entre os dois termos. Apesar de reconhecer que na Poética predomina a ideia da *mimese*, como termo englobante, não dissociará um conceito do outro. E isso porque, segundo ele, não se pode identificar a representação da ação, a *mimese*, com uma mera réplica da realidade.

Quanto ao tempo, há o tempo vivido das micronarrativas (dos contextos cotidianos), tempo das macronarrativas (cosmologias e visões de mundo) e o histórico, que faz a mediação entre os dois primeiros, na relação Eu/Mundo, e configuram a “experiência social” e “reflexividade do si mesmo” nas narrativas (CASTELLANOS, 2013).

O tempo, *cronos*, é pensado como passível de ser subordinável em seu logos enunciativo, em virtude da experiência humana, numa concepção cairológica. É a diferenciação realizada quando se pensa o tempo de transmissão, o tempo da interpretação e, até mesmo, da narração. Vale ressaltar que tanto a tessitura da trama quanto a atividade mimética são compreendidas como empreendimento humano, cuja temporalidade aprofunda-se em níveis analíticos em face à estrutura narrativa.

Neste caso, haja vista que se pretende discorrer acerca de tema tão controverso na área de saúde mental — a resolubilidade — o auxílio da semiótica e da hermenêutica de base fenomenológica na construção de uma abordagem essencialmente qualitativa, permitiu o entendimento de que não se tratava de investigar um fato de existência empírica comprovada, mas de refletir sobre o tema, em um exercício de constante diálogo com as percepções e interpretações dos

sujeitos que se encontram vinculados aos processos de saúde-doença-cuidado nos serviços de Atenção Básica e Psicossocial.

Por último, tem-se a dimensão da produção do cuidado como modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos, cujo modo como se aplica e constrói tecnologia e conhecimento científico apresenta limites para o que se pode enxergar como necessidades de intervenção em saúde.

Procura-se manter os sentidos abertos e atentos à multivocalidade nas entrevistas realizadas com sujeitos pertencentes a um mesmo grupo como, por exemplo, os profissionais de saúde que, não obstante, compartilham de um mesmo código cultural, a partir de suas trajetórias¹⁶ individuais, produzem interpretações diversas acerca das questões investigadas.

“Do texto à ação”, como bem diz o título do texto de Ricoeur (1989), é o caminho que se percorre na análise e na escrita da dissertação. Ao mesmo tempo em que se encontra, nos informantes, interlocutores com os quais se trava conversas formais (entrevistas) e informais que vieram compor a dissertação, depara-se com o desafio de, por fim, atribuir interpretações às falas dos parceiros desta pesquisa e com estas tecer um texto com múltiplas vozes, inclusive a da “traducibilidade” da pesquisadora.

¹⁶ Define-se por trajetória a série das posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente ou por um mesmo grupo de agentes em espaços sucessivos. É com relação aos estados correspondentes da estrutura do campo que se determinam em cada momento o sentido e o valor social dos acontecimentos biográficos, entendidos como colocações e deslocamentos nesse espaço ou, mais precisamente, nos estados sucessivos na estrutura da distribuição das diferentes espécies de capital simbólico como capital específico de consagração. Tentar compreender um percurso pelas redes de apoio ou uma vida como uma série única e em si suficiente de acontecimentos sucessivos sem outro elo que não a associação a um ‘sujeito’ cuja constância não pode ser mais que a de um nome próprio socialmente reconhecido é quase tão absurdo “quanto tentar explicar um trajeto num metrô sem levar em conta a estrutura da rede, isto é, a matriz das relações objetivas entre as diferentes estações” (BOURDIEU, 1996, p.292). Destarte, a trajetória é entendida como uma série de deslocamentos e colocações do indivíduo no espaço social, submetido a constantes transformações (BOURDIEU, 1996). Portanto, para se compreender o indivíduo em sua singularidade, é necessário partir da estrutura “social” e das relações estabelecidas entre ele e os outros indivíduos. “Nessa rede, muitos fios isolados ligam-se uns aos outros”. No entanto, “nem a totalidade da rede nem a forma assumida por cada um de seus fios podem ser compreendidas em termos de um único fio, [...] a rede só é compreensível em termos da maneira como eles se ligam e de sua relação recíproca” (ELIAS, 1994, p.35).

Espera-se que a “compreensão” não seja violenta, mesmo que todo ato desta ordem, em alguma dimensão, seja arbitrária. Com o compromisso de compartilhar saberes, deixa-se o leitor ciente de que ao analisar uma narrativa constrói-se nova narração, há uma reinterpretação que transforma o contar em saber, conforme aponta Castellanos (2013), com base neste trecho:

O crescente questionamento da natureza da narrativa nos convida a refletir sobre a própria natureza da cultura e (...) da humanidade (...) Como fato pan-global de cultura (...) a narrativa deveria ser considerada uma solução para u,a preocupação geral humana, isto é, o problema de como traduzir saber em contar, o problema de moldar a experiência humana em uma forma assimilável às estruturas de significados que são genericamente humanas, mais do que culturalmente específicas (WHITE, 1984, p. 08. Tradução nossa).

Assim, não há narrativa ingênua do Eu e decide-se assumir isto desde já, pois se concorda com Onocko-Campos (2005) que a interpretação é um processo de dois movimentos: análise e construção; ou seja, é “dupla tarefa hermenêutica, de compreender os discursos operantes e construir saberes que possam responder a novas demandas” (AYRES, 2005, p. 554).

Foram tomadas como técnica entrevistas de cunho narrativo, com poucas intervenções; as narrativas foram transcritas equilibrando, em sua morfologia, questões internas junto aos discursos, tal qual fora narrado pelo entrevistado; bem como após várias leituras e interpretações, este material foi transformado em unidades narrativas, para fins de interpretação final e apresentação do conhecimento produzido sobre o tema. Este processo foi ancorado nos conceitos, questões e referencial epistêmico proposto como “hermenêutico crítico” da análise de narrativas, segundo Paul Ricoeur.

Ao delinear teoria, técnicas, morfologia do material, marco teórico conceitual e cunho epistemológico atribuído ao estudo, referenciam que as narrativas não se configuram somente como instrumento ou técnica, mas sim como “experiência social”, caracterizada em suas temporalidades a ordenação sequencial de ações; pela configuração de personagens e cenários em que estas ações e eventos são agenciados, colocando em causa sua relação com outros contextos diegéticos pelo enredamento desses elementos em histórias (CASTELLANOS, 2013).

Tal concepção, longe de diminuir a pertinência científica das narrativas, pelo contrário, permite a reflexão sobre as escolhas responsáveis, no estudo, por estabelecer relações entre experiências e trajetórias de vida, entre narrador e pesquisador e pesquisado, na construção do mundo do texto e no real.

2. 2. Caracterização do Campo

A pesquisa foi realizada no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, na região Nordeste do Brasil. A Cidade está localizada no litoral norte do Ceará e é considerada a quinta maior cidade do país, desde 2005, com área de 313,8 Km² e população, estimada pelo IBGE de 2.505.554 habitantes (IBGE, 2010). Apesar de o perfil demográfico estar sofrendo mudanças quanto à prevalência não mais de crianças, mas, sim, da população jovem, além do aumento progressivo da população adulta e idosa; ainda há cerca de um quarto da população atual de crianças de 01 a 14 anos (IBGE, 2010). Conforme demonstrado na pirâmide:

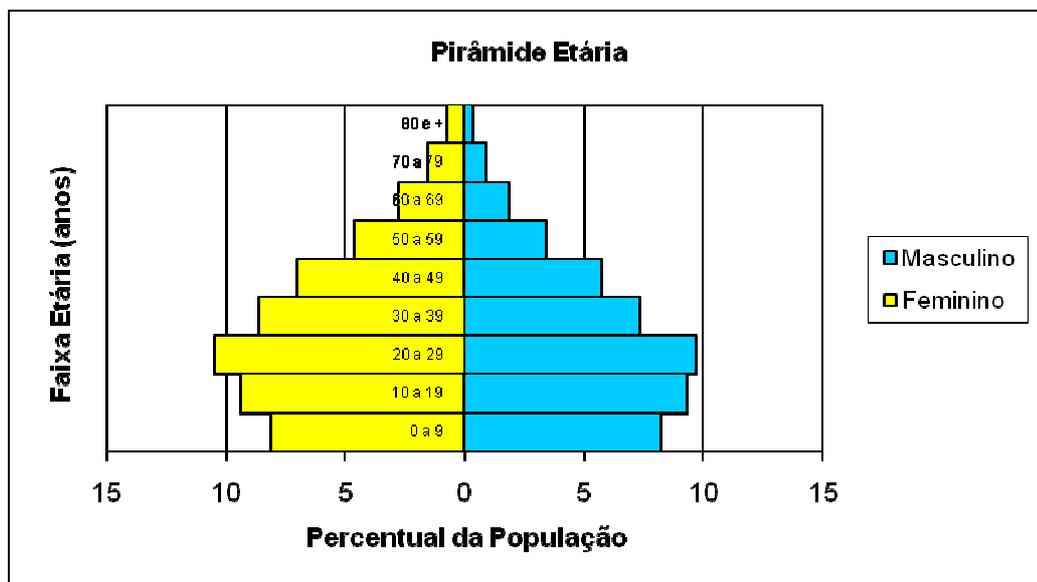


Figura IV: Percentual da População residente em Fortaleza – 2012 (IBGE, 2010).

A Cidade apresenta quadro de acentuadas desigualdades sociais referentes à forma de distribuição de renda, bastante concentrada em algumas famílias. A população de classe baixa não se encontra apenas na periferia da cidade, afastada do restante da população de classe média e alta, ou seja, fisicamente, existem “bolsões” de pobreza distribuídos por toda a cidade, inclusive em bairros nobres, porém concentrados de forma mais intensa na periferia, às margens da cidade (IBGE, 2009). Contraditoriamente, possui um Índice de Desenvolvimento Humano estimado em 0,754, considerado um índice alto (PNUD, 2010).

Há uma organização político-administrativa que divide a cidade em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), com o objetivo de descentralizar as ações na Cidade. Cada SER dispõe de uma coordenadoria de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura. Assim, a política municipal de saúde é coordenada por meio dos distritos de saúde, em cada SER, os quais são geridos pela Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2008a).

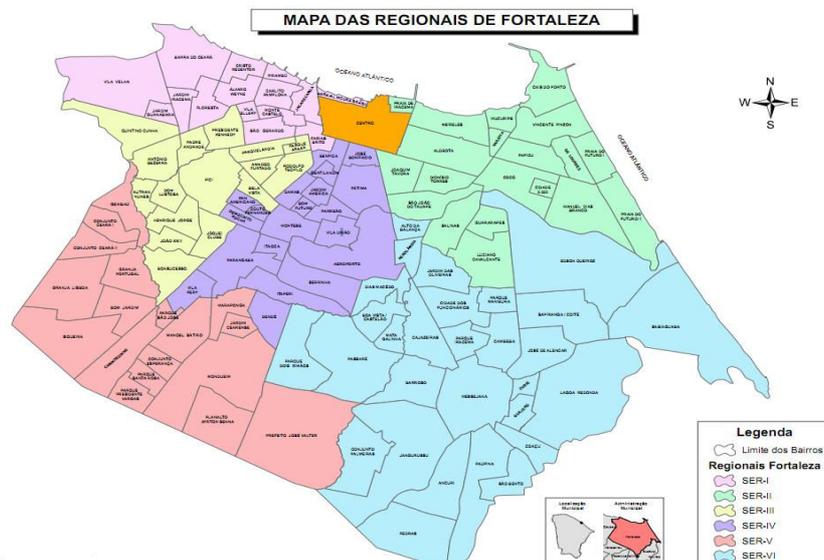
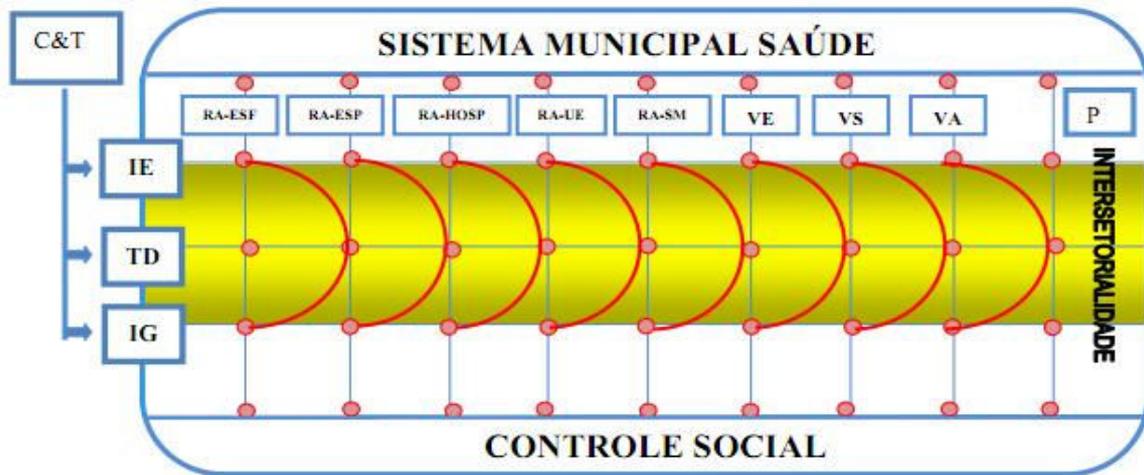


Figura V: Divisão da Cidade de Fortaleza em seis regionais.

O modelo da gestão e da atenção integral à saúde de Fortaleza organiza-se por meio dos arranjos organizacionais em Redes Assistenciais (RAs), a saber: Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família; Rede Assistencial Ambulatorial

Especializada; Rede Assistencial da Urgência e Emergência; Rede Assistencial Hospitalar; Rede Assistencial da Saúde Mental (FORTALEZA, 2008b).



LEGENDA: RA/ESF – Rede Assistencial de Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família); RA/ESP – Rede Assistencial de Especializada ou Ambulatorial; RA/HOSP – Rede Assistencial Hospitalar; RA/UE – Rede Assistencial de Urgência e Emergência; RS/VE – Rede de Serviços de Vigilância Epidemiológica; RS/VS – Rede de Serviços de Vigilância Sanitária; IE – Inteligência Epidemiológica; TD – Tomada de Decisão; IG – Inteligência de Gestão.

Figura VI: Redes Assistenciais, Inteligência Epidemiológica e Inteligência de Gestão para Tomada de Decisão no modelo de gestão e atenção integral à saúde do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza. (FORTALEZA, 2008a).

Situado no Nordeste do Brasil, o Estado do Ceará carrega um processo histórico de emblemática luta pela consolidação da Atenção Básica no SUS, no pioneirismo, na formulação de estratégias de intervenção comunitária na Atenção Básica e, principalmente, diante da meta de “cobertura da ESF, bem como da implantação de serviços substitutivos em saúde mental, no caso, os CAPS” (JORGE; PINTO; VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2012, p. 45).

O município de Fortaleza dispõe de 3.418 estabelecimentos de saúde inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Destes, 155 são públicos (4,50%) e 3.261 são de esfera administrativa privada (95,50%).

Com efeito, a cidade de Fortaleza tem, por esfera administrativa, os seguintes números de estabelecimentos, de acordo com o quadro abaixo (FORTALEZA, 2009).

Esfera administrativa	Quantidade
Federal	5
Estadual	25
Municipal	127
Privada	3.261
Total	3.418

QUADRO I: Estabelecimentos de saúde do município de Fortaleza, por esfera administrativa, cadastrados no CNES – Fortaleza, 2009. Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

A rede usuária de saúde de Fortaleza conta com os seguintes serviços de atenção à saúde:

Serviços	Número de serviços	Especificações
Centros de Saúde da Família (CSF)	92	
Equipes da Estratégia de Saúde da Família	320	
Centros de Atenção Psicossocial	14	6 CAPS – GERAIS 6 CAPS - AD 2CAPS-INFANTIL
Unidade de Saúde Mental em Hospital Geral	01	Santa casa de misericórdia (30 leitos)
Hospitais Distritais urgência e emergência Materno-infantil	08	Gonzaguinha e Frotinhas
Hospital de urgência e emergência de alta complexidade	01	Instituto Dr. José Frota
Emergência psiquiátrica especializada	02	CEMJA- Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	01	
Equipes Núcleo de Apoio à Saúde da Família	00	Existiam 18 equipes até 2012
Residência Terapêutica	01	Álvaro Weyne- SERI

Ocas Comunitárias	04	Bom Jardim - SERV, Pirambu - SER I, Conj. São Cristovão - SERVI, Espaço EKOBÉ-SER IV
-------------------	----	--

QUADRO II: Serviços de atenção à saúde do município de Fortaleza. Fonte: relatório de gestão de 2009.

ii a

ide

concentra 08 áreas de risco (variando entre risco III e II)¹⁸ e uma cobertura da ESF de 39% (FORTALEZA, 2008a), 12 unidades básicas de saúde, além de 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre eles um Centro de Atendimento Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi) (FORTALEZA, 2008b). No momento de execução das pesquisas, as 24 equipes NASF que existiam em 2012 foram extintas, e ninguém havia sido contratado para tal propósito.

A escolha desta regional ocorreu devido ser território de responsabilidade sanitária da Universidade Estadual do Ceará-UECE, mediante a pactuação existente com o sistema municipal de saúde escola, para a descentralização dos estudos, pesquisas e atividades de extensão na rede de saúde pelas Universidades.

Em 2009, a cobertura da ESF no Estado do Ceará era de, aproximadamente, 70%, sendo 87, 04% no interior, o que tensiona para baixo essa cobertura é a capital fortalezense, com 31, 10% (CEARÁ, 2010). Este dado, no mesmo período, também possui o percentual de 43,44% de cobertura da ESF no Município (FORTALEZA, 2008a).

Em entrevista, o atual prefeito, Roberto Cláudio, anunciou que a cobertura médica dos locais foi expandida de 33% para 50%, com a entrada de 112 profissionais aprovados no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A meta ainda é a cobertura dos serviços de Atenção Básica, lançada para o fim de 2013, com a pretensão de expandir para 65% a cobertura da ESF em Fortaleza (FORTALEZA, 11 de abril de 2013), o que ainda está aquém da cobertura da ESF no interior do Estado Ceará, que chega a 95% (DATASUS, 2012).

¹⁷ Bairros que compõem a regional IV: Aeroporto, Benfica, Bom futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan-Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Pery, Vila União.

¹⁸ Nos bairros que compõem a regional encontramos a situação de saneamento básico favorável, com restritas áreas de perigo eminente à saúde, como residências próximas a trilhos de trem e em regiões ribeirinas, ou seja, que apresentam risco de alagamento sazonalmente.

Portanto, os campos escolhidos seguiram, inicialmente, os seguintes critérios de inclusão/exclusão: quais unidades de saúde possuem equipes que realizam ou já realizaram matriciamento e núcleos de apoio à saúde da família (NASF)¹⁹ e, a partir destas unidades, qual CAPSi referencia as equipes da regional escolhida, já que cada CAPSi referencia três regionais.

Na Regional IV, foram visitadas 06 unidades de saúde. Em uma delas os profissionais se recusaram participar, alegando que a demanda por atendimento era grande e que, mesmo em outros momentos, não gostariam de participar, em descrédito quanto aos impactos das pesquisas e da abertura governamental para mudanças.

O CAPSi escolhido é o único a dar cobertura às Regionais II, IV e VI. Este é o primeiro CAPSi de Fortaleza, fundado há oito anos. Fortaleza possui duas unidades do CAPSi, uma situada na Secretaria Executiva Regional (SER) IV, destinado a atender às SER II, IV e VI, inaugurado em 2006 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2007) e outro localizado na SER III, que atende às SER I, III e V. Atualmente, os dois CAPSi existentes em Fortaleza assumem o formato de CAPS tipo I, pois funcionam das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Somente em 2006 foi implantado o primeiro CAPSi de Fortaleza (DIÁRIO DO NORDESTE, 2007). O CAPSi Maria Ileana Verçosa nasceu em uma sala de uma Unidade Básica de Saúde, já foi, durante os últimos sete anos, uma Instituição próxima ao Hospital Albert Sabin.

Neste último ano (2013), o CAPSi passou por diversas mudanças: a mudança de bairro e reestruturação do espaço físico; a mudança de toda a equipe dado concurso temporário para profissionais de saúde no final de 2012; a mudança de coordenação e gestão suscitaram “um novo começo” à equipe de trinta e quatro profissionais de saúde que assumiram, naquele momento, o novo emblema: “Uma nova forma de Cuidar” e nova definição:

¹⁹ Advertimos que as equipes do Núcleo de Apoio às famílias (NASF) não participaram conforme estava planejado, pois até meados de maio, quando fomos a campo, não haviam equipes contratadas. Os critérios de realização do matriciamento e possuir NASF foram retirados, dada a inexistência de locais que cumprissem estes critérios no período da de pesquisa. Os demais profissionais relataram que todos foram demitidos ao final da gestão 2009-2012 e, após o concurso realizado para profissionais de saúde em 2012, ninguém havia sido contratado na regional para tal função.

(...) serviço de atendimento diário destinado à infância comprometida com algum grau psíquico. (...) onde está apto a receber criança e adolescentes portadores de vários distúrbios seja ela portadora de psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (Página Virtual do Grupo CAPSi Maria Ileuda Verçosa, 2013).

Quem assumiu a coordenação do serviço foi o único profissional de saúde que permaneceu na transição da equipe antiga para a nova equipe. Desde então, as ações e estratégias foram traçadas de modo a organizar o fluxo de atendimento interno, estruturar e motivar a própria equipe, sem perder, como horizonte, as demandas externas e conseguintes, que também interessavam, como ações de: consultório de rua, acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de dependência química; bem como o matriciamento e as ações intersetoriais.

O posicionamento da coordenação gerou a construção de ações que, segundo os mesmos, priorizavam a motivação e harmonia da equipe, que vinha de um processo seletivo, cujos pacientes, de certo modo, estranhavam ou até rejeitavam ações que gerassem o fortalecimento e vinculação para que as ações fossem redesenhadas do CAPSi, de acordo com a “cara” do grupo, cada um contribuindo com suas experiências específicas para orientar aos demais.

Construiu-se, ao longo deste ano, um calendário repleto de reformas infraestruturais, construídas a partir do apoio de amigos pessoais, empresários e demais entidades Universitárias, como doações filantrópicas e ações que promoviam a responsabilidade social de grupos empresariais; comemorações junto às crianças e familiares; bem como a abertura para as Universidades e demais Projetos Sociais.

A gente tem tido um apoio muito grande nas parcerias com amigos, grupos filantrópicos e as Universidades. Então, assim, a gente tem estagiários da FIC, um pessoal da UECE e um pessoal da UNIFOR, que têm dado uma ajuda muito boa. Há uma relação de troca muito boa; eles vêm para aprender, mas têm contribuído muito. Por exemplo, a festa das mães que foi promovida por alunos da FIC e UNIFOR, junto com a gente. A gente estava com esse pátio aqui lotado. Então, fizeram, assim, toda uma programação e a vantagem é que é aluno e tem mais gás, tem energia, tem aquela alegria. Tem o pessoal da UECE também que aqui tem sempre interno da Enfermagem. Os dois coordenadores daqui também são muito dinâmicos, arrumam parceria em tudo quanto é canto, estão sempre buscando, está sempre fazendo contato. Ontem mesmo, na festa junina, tivemos doações

de iogurte, suco de uva, bolo, que sobrou... Tudo doado por parceiros!
(CAPSi, Assistente Social 01).

Além de sua importância histórica e de sua atuação abrangente, o CAPSi tem se destacado como espaço de formação, recebendo estagiários de diversas áreas e, ainda, servindo como material de estudo para aqueles que realizam pesquisa no campo da Saúde Mental. Estes procedimentos parecem ter fortalecido a identidade do CAPSi como uma família, que ganhou fachada, instrumentos novos de trabalho e uma equipe, aparentemente, coesa e aberta ao diálogo, inclusive os pesquisadores.

Riscos que se apresentam são a aparente aposta de que se o setor público não fornece certos subsídios, como: merenda, vale-transporte para as famílias, carro para as visitas, material de uso contínuo ou permanente, o posicionamento é correr atrás por vias externas ao Estado, parceiros e demais entidades dispostas a ajudar. Este ponto é tido como frágil pela maioria dos profissionais do CAPSi. Tem-se a seguinte fala, que articula as principais questões envolvidas e que corroboram para a atual configuração do CAPSi:

O que nos fragiliza são ainda alguns desencontros e o próprio fato de ser uma equipe muito nova que está começando ainda, tem muita gente que não passou por capacitação e a gente vai dando um jeito. Então, assim, é muito da própria estrutura, a gente passou muito tempo com essas duas salas sem energia, porque nesse começo de gestão ainda estava com os recursos indisponíveis. Como eu trabalhei na gestão anterior, eu sei o que é começo de ano gestão, tem alguns entraves que a própria máquina tem que dificulta chegar recursos. A gente está sem lanche para as crianças; graças a Deus tem vale transporte, mas quando falta vale muitas mães não vêm, pois se deslocam de bairros distantes, então o vale ajuda. Então, se a mãe e a criança estão em grupo, eles recebem dois vales, mas quando a criança paga meia e a mãe paga inteira, se ela tem a passagem dela garantida já facilita (CAPSi, Enfermeira 02).

Hoje, a estimativa é que o CAPSi atenda de 50 a 90 usuários por dia (Página virtual do grupo CAPSi Maria Ileuda Verçosa, 2013). Cada um dos dois CAPSi já ultrapassava o número de vinte e seis mil usuários atendidos durante o período desta pesquisa. Este dado aponta para a necessidade já existente de uma maior equipe e horário de atendimento, além de medidas referentes a outros serviços que deem suporte ao CAPSi e descentralizem, facilitem o acesso aos demais dispositivos de cuidado em Saúde Mental.

O serviço oferece atendimento individual e/ou em grupo; e crianças e adolescentes de 4 a 17 anos, com transtorno mental grave, e nos casos do uso de álcool e outras drogas, somente adolescentes até os 15 anos, de acordo com o cardápio de atividades e avaliação inicial que é realizada com a criança e sua família (Página virtual do grupo CAPSi Maria Ileuda Verçosa, 2013).

Uma prioridade destacada pela nova equipe é o investimento em atividades junto aos cuidadores das crianças usuárias. Em todos os turnos de trabalho são desenvolvidas atividades com cuidadores: operativas, psicoeducativas e terapêuticas.

Em termos de serviços, o CAPSi oferece o acompanhamento dos pacientes que saíram da internação (“intensivos”) ou, mesmo, os que nunca precisaram dos serviços anteriormente. Como a “terra prometida” da Rede de Atenção Psicossocial (YASUÍ, 2010), as atividades agregam o teor ambulatorial e intensivo em um mesmo serviço.

2. 3. Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Participaram da pesquisa, três grupos de população. Os grupos I e II, dos trabalhadores da saúde²⁰, foram formados pela composição operacional das equipes de trabalhadores da saúde na data da ida a campo, os quais se mostraram sensíveis à temática e quiseram participar da pesquisa.

Nas UBS foram entrevistados 25 profissionais distribuídos entre agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos de família e pediatras, sempre tentando dois profissionais de cada categoria em todas as seis UBS que foram visitadas.

Buscou-se, como critério de inclusão/exclusão, entrevistar profissionais que já haviam participado do matriciamento, mas em muitas unidades (três de seis UBS visitadas) o matriciamento não havia ocorrido, havia ocorrido quando havia o NASF, mas como o mesmo estava sem equipe, não estava ocorrendo. Então, esse não foi

²⁰ Considerados todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviço de saúde no interior dos estabelecimentos de saúde podendo deter ou não formação específica para desempenho de função no setor saúde (PAIM, 1994).

utilizado como critério de inclusão/exclusão dos participantes do estudo, mas como questão de análise.

Além disso, já se adiantou que médicos de família não aceitaram participar devido à demanda, ou por julgar que a pesquisa era contemplada com o pediatra ou que os “casos desta natureza não passavam por ele e sim pelo pediatra” (UBS4, Médico de Família).

Nas UBS aparece a figura do (a) pediatra, que é o profissional ao qual os casos recorrentemente são encaminhados, com queixas relativas à saúde mental na primeira infância e idades subseqüentes. A respeito desta categoria, faz-se necessário demarcar sua escassez em todo o País, inclusive, em Fortaleza. A tabela apresenta a quantidade e distribuição de trabalhadores no Município. Vejamos:

Município: Fortaleza - CE					
Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas Dez/2009					
Categoria	Total	Atende ao SUS	Não atende ao SUS	Prof/1.000 hab	Prof SUS/1.000 hab
Médicos	13.604	8.954	4.650	5,4	3,6
.. Anestesista	1.122	777	345	0,4	0,3
.. Cirurgião Geral	889	700	189	0,4	0,3
.. Clínico Geral	2.205	1.793	412	0,9	0,7
.. Gineco Obstetra	1.194	708	486	0,5	0,3
.. Médico de Família	365	361	4	0,1	0,1
.. Pediatra	1.222	883	339	0,5	0,4
.. Psiquiatra	250	176	74	0,1	0,1
.. Radiologista	476	266	210	0,2	0,1
Cirurgião dentista	2.361	778	1.583	0,9	0,3
Enfermeiro	2.615	2.111	504	1,0	0,8
Fisioterapeuta	1.142	631	511	0,5	0,3
Fonoaudiólogo	361	142	219	0,1	0,1
Nutricionista	268	209	59	0,1	0,1
Farmacêutico	681	527	154	0,3	0,2
Assistente social	483	447	36	0,2	0,2
Psicólogo	560	218	342	0,2	0,1
Auxiliar de Enfermagem	6.089	4.510	1.579	2,4	1,8
Técnico de Enfermagem	860	727	133	0,3	0,3

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

Quadro III: Recursos humanos segundo categorias selecionadas. Fonte: CNES, 2010.

O CAPSi conta com participantes de diversos núcleos de trabalho, sendo dois de cada núcleo e um técnico administrativo, totalizando 13 entrevistados, entre: psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos e técnico administrativo.

O critério de inclusão/exclusão dos participantes, por terem participado de matriciamento, também não foi efetivado, em virtude de a equipe não estar

realizando este procedimento. Portanto, não foram investigados profissionais do NASF.

Isto será ampliado no capítulo III. Por hora, conclui-se que o grupo de trabalhadores da saúde das UBSs compuseram o grupo I e os trabalhadores do CAPSi o grupo II.

O grupo III foi composto pelos cuidadores²¹ de crianças que as acompanhavam para o tratamento nos serviços, corroborando-se aqui com a concepção de família em seu sentido ampliado, tomada enquanto sistema social que se encontra imbuído em responsabilização e cuidado para com o outro - usuário direto do serviço (CARVALHO; CUNHA, 2006). Foi realizada a entrevista narrativa com cinco cuidadoras, sendo duas avós e três mães de crianças assistidas; duas entrevistadas em UBS e três no CAPSi.

Os sujeitos da pesquisa, em suas diversas categorias, foram definidos, também, pela saturação teórico-empírica e observações que indiquem contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. A divisão dos grupos representantes ocorreu conforme descrito no quadro que segue:

GRUPO	RELAÇÃO DOS SUJEITOS	Nº DE SUJEITOS
I	- Trabalhadores de saúde das UBS (05 ACSs; 10 Enfermeiros; 02 Médicos de Família e 08 Médicos Pediatras.	25 UBS
II	- Trabalhadores de saúde do CAPSi (02 Assistentes Sociais, 01 Coordenador, 02 Enfermeiros, 02 Farmacêuticos, 02 Psicólogos, 02 Psiquiatras, 01 Técnico Administrativos; 02 Terapeutas Ocupacionais).	14 CAPSI
III	- Cuidadores dos usuários supracitados.	05 Cuidadores
TOTAL		44

Quadro IV: Grupos de representação dos participantes do Estudo.

²¹ Embora nossas reflexões até então tenham referenciado os cuidadores como “família”, seguindo ao rigor metodológico, devemos esclarecer que, a partir da metodologia que se adotará, somente teremos contato com alguns familiares, os que levam a criança aos atendimentos nos serviços, aqueles que referenciam seu tratamento, por isso, aqui denominados como cuidadores destas crianças, pois não temos acesso a todos os familiares das crianças envolvidas no estudo.

2. 4. As técnicas e os instrumentos da pesquisa

A partir da proposta de realizar uma pesquisa delineada de modo qualitativo e ancorada na hermenêutica crítico-analítica de Paul Ricoeur, trabalhou-se com as técnicas de coleta de dados: entrevista semiestruturada com trabalhadores de saúde da Rede de Atenção Básica e Psicossocial (instrumentos apresentados nos apêndices F e G); grupos focais (instrumento denominado temário do grupo focal – Apêndice I e J); elaboração de narrativas com cuidadores de crianças assistidas no CAPSi (tendo como mote as questões explicitadas no apêndice H), resultados anexos. Segue a explicação de cada uma delas:

A entrevista configurou-se de modo semiestruturado, na qual o entrevistado tinha a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, buscando abordar questões subjetivas e objetivas (MINAYO, 2010).

Buscou-se perceber as conclusões, reflexões ou hipóteses formuladas e conjugadas com outros questionamentos que surgiam na fluidez do diálogo, tomando o roteiro como norteador e não como controle ao percurso. Foi uma etapa realizada concomitantemente com outros momentos de coleta, totalizando 25 entrevistas com profissionais das Unidades Básicas de Saúde e 14 com profissionais do CAPSi (ver distribuição no quadro IV).

O grupo Focal como “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto da pesquisa, a partir de sua experiência pessoal” (POWELL; SINGLE, 1996, p. 103) foi extremamente apropriado para a metodologia desta pesquisa, pois possibilitou “uma convergência discursiva dos selves individuais em torno do self comunitário e associativo,” problematizando aspectos das experiências relatadas pelos participantes (MARTINS, 2009), em dois momentos com cuidadores e outros dois com as crianças, em sua busca por dispositivos e estratégias de cuidado.

Esta técnica atrelada ao momento que cuidadores (05) tiveram para narrar os itinerários de suas crianças possibilitou confirmar e complementar análises

relativas aos fluxos e processos de articulação que tanto se buscou melhor compreender.

Foram realizados 02 grupos focais com cuidadores, o primeiro enfatizando entraves e soluções vivenciados por eles no cuidado em saúde, e o segundo problematizando questões que os afligem no cotidiano imediato, sobre o tratamento e condução dos serviços de saúde. Portanto, o roteiro foi rearranjado após a experiência do primeiro grupo focal.

Para escutar o relato de familiares a respeito do percurso que seguiram nas redes de atenção junto às suas crianças, definiu-se o estudo das narrativas de itinerários terapêuticos e escolhas de tratamentos, como forma de compreender as trajetórias²² das crianças e seus cuidadores (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Como forma de descrever as experiências vividas, no caso especial da experiência de adoecimento, buscou-se relatos feitos em uma única entrevista, “situando o adoecimento no contexto da história de vida, visando a captar a ‘vivência’ do sujeito e seu enfrentamento do problema da doença como usuários” (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2013; NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010), da entrevista à narrativa, compondo a “cadeia de eventos sucessivos que formam uma trajetória e caracteriza a forma como o sujeito elabora sua situação que é fenômeno sócio-cultural, no nosso caso, o processo saúde-doença” (RABELO; ALVES; SOUSA, 1999).

Este ensaio, que não buscou construir estudos de caso, mas sim atender aos objetivos específicos do estudo, está circunscrito na constatação de que para a compreensão da qualidade e resolubilidade do cuidado produzido seria necessário exercer a distanciação e aproximação das estratégias singulares (RICOEUR, 1989), que garantissem, ao invés de fluxos predeterminados, a obtenção de planejamentos prévios e a análise dos envolvidos sobre o que experimentaram nos cardápios dos diferentes serviços.

Portanto, constituíram-se narrativas das originais que, partindo da entrevista semiestruturada e objetivando constituir e entrever elementos da história de vida, da trajetória vivenciada pelo sujeito em seu processo de adoecimento, assim como de seu itinerário terapêutico (NUNES; CASTELLANOS; BARROS, 2010).

²² Conforme se explicou na nota 13.

Distanciou-se, portanto, de abordagens metodológicas neopositivistas²³ cujas primeiras enunciações se referem aos estudos sobre o “comportamento do enfermo”, atrelado a uma vertente de consumo e análise de custo-benefício (MECHANIC; VOLKART, 1961) ou de controle de qualidade²⁴.

O usuário e seu cuidador, bem como os profissionais de saúde envolvidos, são vistos como sujeitos ativos na busca por resolubilidade do cuidado. Segundo Castellanos; Loyola; Iriart (2013), este caminho de estudo dos itinerários terapêuticos que acaba denunciando o caráter iatrogênico das ações em saúde foi inaugurado por Goffman (1993) e que um sistema de saúde formal desvela um sistema social mais amplo e discursos que revelam disputas pelo “poder simbólico” (BOURDIEU, 1989) e sustentação de determinados “regimes de verdade” (FOUCAULT, 2000).

Com base na proposta de análise das microrrelações ou micropolítica dos processos de trabalho, adotou-se a “postura hermenêutica” crítica e analítica de Paul Ricoeur, como um gesto de reconhecimento das condições históricas supracitadas, partindo do conceito de interpretação, composto por movimentos de análise e construção (ONOCKO CAMPOS, 2005; ROUDINESCO, 1998; ONOCKO CAMPOS;

²³ Diversos estudos relativos à eficácia no campo da saúde partiram das concepções clássicas positivistas ou neopositivistas para a realização dos estudos em sociologia da saúde. É o caso do herdeiro do weberianismo nos anos 50, o funcionalista Talcott Parsons, o primeiro a focar a dimensão cultural na vida social, ou seja, relacionavam eficácia terapêutica com a regulação social dos agentes médicos em suas práticas de cura e restabelecimento da normalidade com base no saber específico médico, na interação social com o paciente, que também possui seu papel social em aceitar o tratamento em pró da normalização do que era desviante: na situação de adoecimento as patologias. Levy-Straus (1975); Bibeau (1983) e outros antropólogos problematizaram em seus estudos antropológicos a necessidade de superar a posição etnocêntrica, suspendendo nossos pressupostos e categorias que orientam nosso olhar, abordando com alteridade os contextos culturais estranhos ao nosso (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2013).

²⁴ A maioria dos métodos adotados para melhoria da qualidade foi desenvolvida nas décadas de 40-50, tratando o sistema de saúde como uma grande indústria, empresa composta por uma coleção de processos a ser avaliado por indicadores de desempenho. Assim, tivemos o ápice da gestão qualidade total – GQT; Ciclo Shewart-Deming ou PDSA; do método em Healthcare Improvement (IHI) nos EUA (WOOD JR; URDAN, 1994; THE HEALTH FOUNDATION, 2010; BERWICK, 2010; BOHMER, 2009) ou até mesmo no “grau de realização” de cada indicador (DONABEDIAN, 2003). Vislumbramos as mudanças apresentadas pelos estudos de abordagem etnográfica no campo da saúde, somente advindos de meados da década de 70, com a antropologia interpretativa cujo tema é interpretado simbolicamente, na medida em que operam linguagens, saberes, perspectivas, interpretações (GEERTZ, 1989), cujo exemplo mais significativo deste esforço são desdobramentos desenvolvidos por Kleinman (1980), por exemplo, que elaborou os Modelos Explicativos (Explanatory Models) e Helman (2003); Trad (2012); Cabral (2011) que visam estudar as estratégias acionadas pelos sujeitos em sofrimento.

FURTADO, 2011) e, por isso, se opõe ao realismo ingênuo ou objetivismo no que diz respeito ao dever de ser correto o significado.

A observação sistemática constituiu uma maneira de compreender a realidade de forma complementar à análise obtida a partir da entrevista, pois permite captar uma realidade empírica em suas diferentes dimensões, tais como atos, significados e relações (TRIVINOS, 1992). Para tal, são utilizados o diário de campo e um roteiro (apêndice E), buscando desvelar a experiência no sentido fenomenológico e, também, a partir dos objetivos traçados.

A construção de fluxogramas analisadores (MERHY, 1997) deu-se como forma de estabelecer representações gráficas dos processos de trabalho, elaboradas de forma usuário-centrada, como meio de apresentar o máximo de riqueza de detalhes, já que a análise da organização dos processos de trabalho e serviços é micropolítica (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Além disso, possibilitou a análise dos elementos subjetivos que atravessam a produção da prática, presentes nos diferentes momentos de fluxo de usuários na rede de atendimento, assim traduzidos: no acesso aos serviços, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade no processo de produção do cuidado. Trata das interfaces entre os sujeitos que produzem o cuidado em saúde, seus métodos de ação e o modo como se interseccionam, possibilitando uma nova compreensão sobre o trabalho em saúde. Eis o modelo simplificado e geral tomado como base para a construção dos fluxogramas analisadores desta dissertação:

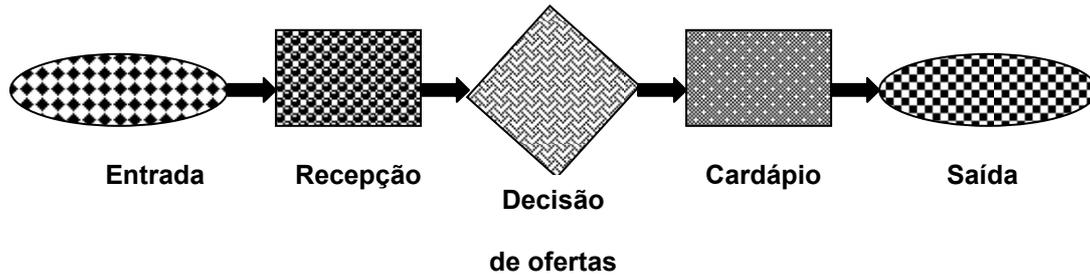


Figura VII: Fluxograma-resumo, sugerido por Merhy (1997, p. 74), em representação dos espaços percorridos pelos usuários, ao procurarem um serviço de saúde.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados, na íntegra, em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados mediante a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices A, B, C e D).

Após a gravação, todos os arquivos digitais ficarão à disposição do entrevistado, para que o mesmo possa ouvi-los e, caso deseje modificar questões relativas ao seu depoimento, poderá ficar à vontade para fazê-lo. Após a coleta, os dados contidos no material gravado serão analisados e permanecerão arquivados por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora e orientadora.

2 . 5. Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa passou pelo processo de qualificação perante a comunidade científica e, antes de se iniciar o processo de validação no Sistema Municipal de Saúde Escola (SMS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, foi avaliado pelo comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual do Ceará – UECE, via gerenciamento e orientações da Plataforma Brasil, ferramenta *online* de registros de pesquisas envolvendo seres humanos voltada para o público em geral e para auxiliar os trabalhos dos Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa obteve sua aprovação, sob Protocolo de nº 08892812.8.0000.5534.

Posteriormente, os coordenadores de serviços e profissionais que se pretendia entrevistar foram consultados, a partir da carta que solicitava a entrada no campo e folha de rosto autorizada pela Secretaria, dado que as entrevistas e demais etapas ocorreram *in loco*. Os sujeitos do estudo foram esclarecidos com a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As discussões foram áudio-gravadas, com a devida autorização dos participantes e conforme preconiza a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, em alguns dos seguintes princípios: 1) respeito à autonomia dos sujeitos da pesquisa; 2) beneficência, a pesquisa deverá beneficiar os sujeitos que dela participam; 3) não maleficência, minimização de todo e qualquer risco de dano aos sujeitos da pesquisa; 4) justiça e com geração de retorno direto ou indireto à sociedade e aos mais vulneráveis (PALÁCIOS; REGO; SCHRAMM, 2005).

Por último, vale ressaltar o compromisso ético de divulgar os resultados da pesquisa aos seus participantes, gestores e comunidade acadêmica, salvo os princípios de proteção aos participantes.

3. “PROCURANDO NEMO... ONDE ELE ESTÁ?” ELEMENTOS PARA A ANÁLISE NARRATIVA DAS TRAJETÓRIAS DE CRIANÇAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO NAS REDES DE ATENÇÃO

*O louco vivia no hospício olhando por um buraquinho na parede do quarto.
 O médico acabou ficando curioso. Um dia, perguntou
 o quê, afinal, o louco estava espiando pelo tal buraco.
 Ao ver o médico, o louco gritou com os olhos alegres para o médico:
 - Pai, você voltou!
 O médico disse que não era pai dele coisa nenhuma.
 O louco abraçou e beijou emocionado a mão do médico:
 - Papai, que saudade! Quanto tempo!
 O médico resolveu mudar de assunto.
 - Mas, afinal – Perguntou ele -,
 o que é que tanto você espia pelo buraquinho?
 O louco respondeu:
 - Quer olhar? Você eu deixo, pai!
 Inclinando o corpo para a frente, o médico olhou pelo buraco.
 Apertou os olhos. Franziu a testa.
 - Ué – disse ele. – Não estou enxergando nada!
 O louco caiu na risada:
 - Pai! Tenha dó!
 Estou tentando ver alguma coisa há dez anos e ainda não vi nada
 e você já quer enxergar logo na primeira olhada!*

(Ricardo Azevedo (2007), “Buraco na parede”)

3. 1. A enunciação da infância (ou do infante?)!

No mal-estar contemporâneo, o significativo criança se movimenta no interior de vários regimes de enunciados. De modo geral, fala-se de infância como conceito historicamente construído, momento fundante de constituição subjetiva e procura de um lugar no campo simbólico entre outros humanos, cujo sentimento somente passou a existir na modernidade (ARIÈS, 1981).

Pensar não só as crianças, mas suas famílias e os profissionais e políticas de saúde implica no esforço de contextualizar problemas concretos, buscando evitar a “culpabilização individual” (GUARESCHI, 1999, p. 144), “psicologizações” da

vida social ou a “sociologização” dos sofrimentos que suprimiriam as especificidades dos fenômenos psíquicos ou “processos de subjetivação”²⁵.

Em virtude disto, as discussões sobre a infância e ser criança vêm sendo retomadas e discutidas por pesquisadores e estudiosos nas mais diversas áreas: historiadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, educadores, dentre outros; o que leva, primeiramente, à compreensão de que a infância se constitui um campo de estudos cuja temática é polissêmica e complexa; bem como se consolida como “categoria discursiva e histórica, muito pouco biológica” (KUPFER, 2006, p. 10).

Mas nem sempre foi assim. A criança e a concepção de infância aproximada a que temos hoje se dá na ordem da modernidade, tendo em vista que se constitui ao longo de um processo histórico e cultural, variando de cultura para cultura e de períodos históricos específicos. Hodiernamente, a criança é pensada em sua situação peculiar de desenvolvimento, como sujeito ativo, que vivencia diversos contextos situacionais: existem crianças amadas e negligenciadas, desde alunas a trabalhadoras (PRIORI, 2000).

Na sua origem etimológica, por exemplo, a infância está definida como um período de crescimento, do ser humano, que vai do nascimento até a puberdade, ou seja, a criança é caracterizada como um ser humano de pouca idade e que indica, por sua vez, uma realidade psicobiológica referenciada no indivíduo.

O termo “infância” (em latim é *in-fans*), que significa sem linguagem, no interior da tradição filosófica ocidental, representa não ter pensamento, conhecimento ou racionalidade. Nesse sentido, “a criança é focalizada como um ser menor, alguém a ser adestrado, moralizado, educado para apropriar-se de um sistema pessoal de comunicação, de signos e sinais destinados a fazer-se ouvir”. (FARIA; DEMARTINI; PRADO, 2002).

Observando estas diversas concepções, depara-se com perspectivas que desconsideram o contexto no qual surge e se desenvolve e também das relações sociais nos seus aspectos econômico, histórico, cultural e político, entre outros, tornando tônica significados que nos remetem a uma imagem de criança como

²⁵ O tema da “subjetividade” é tratado por Foucault (1982, 1984, 1985); Deleuze (2006); Lacan (1979; 1998); Elia (2004); que apresentam divergências, mas também pontos de contato aos quais nos apegamos para ilustrar aqui o que queremos chamar de “processos de subjetivação”: a realidade psíquica se constrói dialeticamente integrada ao contexto sócio-histórico, político, ideológico e cultural mais amplo da vida social.

essência, universal, descontextualizada ou, então, nos mostram diferentes infâncias coexistindo em um mesmo tempo e lugar. Em linhas gerais, a definição é circunscrita a partir de premissas ideológicas:

Uns valorizam aquilo que a criança já é e que a faz ser, de facto, uma criança; outros, pelo contrário, enfatizam o que lhe falta e o que ela poderá (ou deverá) vir a ser. Uns insistem na importância da iniciação ao mundo adulto; outros defendem a necessidade da proteção face a esse mundo. Uns encaram a criança como um agente de competências e capacidades; outros realçam aquilo de que ela carece. (SARMENTO; PINTO, 1997, p. 33).

Também, passando, a ideia de infância, por várias etapas, desde não ter uma palavra para defini-la até a descrição detalhada de suas características, estas contradições inerentes à concepção apontam para uma crise no conceito de infância (POSTMAN, 1999), chegando a ganhar uma nova conotação na sociedade contemporânea, alterando, inclusive, características próprias, como a vestimenta, a alimentação, a linguagem e as brincadeiras. Infelizmente, a literatura contemporânea vem corroborando com “uma ideologia arrasadora de subjetividades e cada vez mais centrada em técnicas e saberes prontos com ênfase nas competências da criança” (BERNARDINO, 2006, p. 11):

[...] transformando creches e pré-escolas em lugares estritamente pedagógicos, a substituição das atividades livres e inventivas pelos jogos educativos e computadorizados, a medicação de bebês e crianças pequenas que não dormem ou não param quietos, a proposição de tratamentos que mais seriam treinamentos... (BERNARDINO, 2006, p. 11).

Com efeito, há forte aspecto histórico-ideológico, que passa a constituir jogos cujo objetivo de produzir “verdades” estabelece o interesse essencial de dominação do homem, no qual a relação entre saber e poder acarreta e perpetua-se em uma espécie de reciprocidade (FOUCAULT, 2000, p. 80).

Assim, a influência de um artefato social na construção da significação da infância não pode ser desconsiderada, bem como a perspectiva genealógica, vinculada às condições sociais e não apenas à sua condição de ser vivente e biológico, parece um recorte ideológico mais seguro, posto que não existe uma única concepção de infância com um desenvolvimento linear, progressivo.

Note-se que as concepções se apresentam de várias maneiras e estão diretamente relacionadas às classes sociais, bem como de acordo com o tempo e o espaço em que foram geradas. Neste sentido, vê-se na obra “História social da infância e da família” (1981) o estudo de referências iconográficas e análise de documentos considerados históricos, que expressam as concepções sobre as “idades da vida” apresentam a fragilidade de uma possível concepção não histórica de infância. O autor apresenta que, até a modernidade, crianças se vestiam como adultas, apareciam em contextos fabris, representando o espírito da época de inexistência de um “sentimento de infância”

Até por volta do século VI a. C., as idades eram baseadas num “estatuto de categoria científica” no sistema de descrição e explicação astrológica, cujas idades se apresentavam em número de sete, uma referência ao número de planetas, cada idade com duração de sete anos, descritas da seguinte forma: “infância, puerícia, adolescência, juventude, senectude, velhice e senius”. (ARIÈS, 1981), definindo a infância enquanto:

(...) a primeira idade que planta os dentes, essa idade começa quando a criança nasce e dura até os sete anos, e nessa idade aquilo que nasce é chamado *enfant* (criança), que quer dizer não falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois ainda não tem seus dentes bem ordenados nem firmes, como dizia Isidoro e Constantino (ARIÈS, 1981, p. 56).

Neste contexto, a infância ainda não era uma categoria socialmente reconhecida, mas, mesmo assim, os textos da Idade Média sobre o assunto são abundantes. Outras periodizações norteadas por outras referências surgiram, mas sempre relacionadas à natureza, dado que esta era compreendida à luz do referencial substancialmente biológico e representações sociais de uma infância entendida como um fenômeno universal, cuja lógica partia da premissa de que todos os homens têm infância, por ser parte de um ciclo vital, um fenômeno natural.

Havia, a exemplo, uma periodização com quatro fases que correspondiam às quatro estações do ano e outra com doze fases, correspondente aos doze signos do zodíaco, que apareciam, substancialmente, em poemas dos séculos XIV, XV e XVI.

De acordo com Ariès (1981), o aparente desinteresse pela infância era resultado das altas taxas de mortalidade infantil, pois mesmo com as taxas de natalidade também elevadas, esta fase da vida se mostrava instável. Evidenciou-se que os séculos XV e XVI apresentaram uma “íconografia leiga”, oposta à religiosa, que representa cenas da vida cotidiana, na qual a criança aparece na presença dos adultos em diferentes situações, anunciando que a criança começava a sair do anonimato (POSTMAN, 1999).

Enquanto na Idade Média não havia diferença quanto às vestimentas, jogos, atividades, aprendizagens e, até mesmo, em relação ao trabalho, ou seja, a criança era vista como um pequeno adulto; gradativamente, mesmo que partindo do pressuposto evolutivo de que a infância seria a idade da imperfeição, como um ser inacabado, carente, entretanto, já individualizada, produto do reconhecimento da necessidade de resguardo, proteção e correção. (NARODOWSKI, 2001).

Em outras palavras, a ideia de infância, como defende Ariès (1981), é uma construção social moderna e que carrega no bojo de seu surgimento a preocupação moral em relação à formação da criança e projeto de civilidade da época, o que corrobora com a constituição de práticas institucionais disciplinares frente à criança, desde os séculos XIX e XX.

Com outro destaque, tem-se a influência do pensamento inglês *rousseauiano*. Surgiu, no século XVIII, a concepção romântica de criança, que resultou de uma dualidade de posições, assumidas, por um lado, nas perspectivas pessimistas características do protestantismo, e, por outro lado, na valorização do bem, da inocência, que encontrou nos trabalhos de Rousseau a principal inspiração. Neste caso, a vitória do bem sobre o mal resultou numa concepção que valorizava fundamentalmente a inocência e naturalidade da criança e acentuava o seu caráter romântico.

Os movimentos filantrópicos iniciaram campanhas de denúncia e sensibilização relativas às condições sub-humanas em que sobreviviam as crianças operárias, desde a Revolução Industrial, remetendo forte visibilidade às mesmas. Em meados do século XIX, adjetivações passaram a demarcar a concepção de criança: a criança delinquente; a criança aluna; o “menor infrator”; concepções que

acentuavam o papel moralizador da escola e do adulto, e o intuito de evitar a reprodução de comportamentos desviantes, perturbadores da ordem social.

Concomitante a estes processos, as ciências médica e psicológica começaram a buscar respostas científicas acerca do desenvolvimento infantil. Até então, buscar compreender as diversas concepções e encaminhamentos dados à Criança em sofrimento psíquico é tarefa difícil, tendo em vista que, especificamente, em sua relação com a loucura, até meados do século XIX, o que se apresenta no campo das explicações científicas é o silêncio, posto que os estudos psiquiátricos da época sequer cogitavam a existência da loucura infantil e, no caso da criança tida como “anormal”, considerava-se estes seres como “ineducáveis”, “fracos de inteligência” e “engolfados no campo da idiotia”. (CIRINO, 2003, p. 31).

Neste prisma, determinadas “doutrinas científicas” empregadas pela Psiquiatria passaram a enunciar determinados jogos de verdades (Foucault, 1985), que legitimaram quadros de negligência e exclusão exercida a partir de práticas de acrisolamento de crianças da sociedade internacional e brasileira. O agudo silêncio é, então, rompido com a acepção de higienização mental e racial da incidência de doenças mentais. (LOBO, 2008; COSTA, 2007).

Segundo Costa (2007), determinadas configurações imaginárias direcionaram o saber e espírito da época em função do narcisismo das pequenas diferenças (Freud), sufocando a vontade de saber da psiquiatria pela vontade de poder, bem como viabilizou o exercício de horrores, como a situação emblemática dos “Meninos de Barbacena”, denunciado pelo jornalista Hiran Firmino, na qual se encontrou crianças e adolescentes que eram retirados das ruas e enclausurados, demonstrando que o tratamento pouco ou nada se distinguia da grande internação tratada por Foucault, em sua obra “história da loucura” (1997):

(...) Crianças que ainda insistem em ser crianças tem as pernas pequenas, e os braços ágeis. Crianças que também sabem seu nome, sua idade, seus sonhos. Correm para lá e para cá, rente aos muros, na divisa das grades, da insensibilidade humana. Vivendo no pátio, corredores e portões de ferro... Grades e celas, um quarto de contenção, de choque elétrico. (FIRMINO, 1980).

Portanto, mesmo nos séculos XIX e XX, as estratégias de intervenção adotavam iniciativas atreladas à perspectiva filantrópica e/ou eminentemente

pedagógicas e assistenciais, considerando a loucura de crianças e adolescentes pelo princípio da deficiência, a qual devia ser reparada e amenizada, acabando por reproduzir a exclusão e a segregação destes e de seus familiares (SCHMID, 2004).

Até por volta dos anos 30, no Brasil, os psiquiatras acreditavam que existia uma natureza humana, uma essência do sujeito, que poderia ser entendida pelas leis da hereditariedade, com base na ideologia eugênica e racista (discurso organicista).

No Brasil e no mundo a criança passava a ser considerada um problema econômico e político, e iniciavam-se os esforços para definir políticas públicas que tinham por objetivo recuperar a infância. Uma expressão marcante disto foi a criação do Serviço de Assistência ao Menor - SAM em 1942, cujo objetivo era abrigar menores considerados em conflitos com a lei, em regime disciplinar. Esse modelo de institucionalização, no entanto, foi criticado por conter ações consideradas repressivas, tanto que com o golpe militar de 1964, o SAM foi extinto (PINHEIRO, 2006).

Nos anos 70, com roupagem inspirada pela ideologia totalitária e modelo preventivista norte-americano, as concepções psiquiátricas reproduziam os mesmos interesses político-sociais de higienização (discurso preventivista) em nível micro e macropolítico das políticas sociais. Contemporaneamente, há a ideologia libertária que, legitimada pela apresentação de padrões de conduta afetiva, traduz agora leis universais do psiquismo humano (discurso psicoterápico) (COSTA, 2007).

A clínica dos *déficits* infantis tentava “encontrar na criança os quadros nosográficos conhecidos na psiquiatria de adultos” e nessa busca por instaurar a psiquiatria infantil, foram pensadas, no Brasil, as primeiras políticas de assistência psiquiátrica infantil (FERREIRA, 2004, p. 16).

Em “os infames da história” (LOBO, 2008, p. 354-355), vê-se a passagem destas leituras a respeito da loucura infantil, por parte de Pinel, que no século XX, teve o ato fundador de “ordenar o espaço hospitalar,” passando a ser considerado mais tarde “o pai da psiquiatria moderna” (AMARANTE, 2007, p. 21).

Neste trecho emblemático, vê-se Pinel discutindo com Itard (que discordava de suas conclusões) sua avaliação sobre um menino que diagnosticara como idiota,

o que exemplifica o espírito das discussões psiquiátricas da época, descritos, originalmente, por Esquirol, conforme abaixo:

Do ponto de vista das funções sensoriais, Pinel diz, “que este infeliz [...] era inferior a alguns animais domésticos, desprovido de qualquer meio de comunicação, “insensível a qualquer espécie de afeição moral; o seu discernimento não passava de um cálculo de glútilo, o se prazer de uma sensação agradável dos órgãos do gosto, a sua inteligência reduzia-se à suscetibilidade de produzir algumas idéias incoerentes, relativas às suas necessidades; numa palavra, toda a sua existência se resumiria a uma vida puramente animal”, [...] a qual levava à conclusão de que, afetado por uma doença até agora incurável, o garoto não era suscetível a nenhuma espécie de sociabilidade e de instrução (ESQUIROL, 1838, p. 254-255).

Assim, a possibilidade de terapêutica da época era eliminada pelas conclusões diagnósticas do psiquiatra, sendo levantado um novo método psiquiátrico, baseado no “tratamento moral da vontade, cuja presença do mestre é imprescindível para obter obediência imperativa do aluno e perpetrar o sim moral” (ESQUIROL, 1838 *apud* LOBO, 2008, p. 373).

Nesse íterim, faz-se basilar pensar, mesmo que brevemente, de qual criança e se está falando, afinal, “a representação que se tem define o tratamento que se dá” à criança (FERREIRA, 2004, p. 13).

Sabe-se que crianças ainda são encaminhadas para instituições que, sob os significantes de “cuidado e proteção” ou que remetem à idéia de acolhimento, como “Associação de pais e amigos dos excepcionais”, escolas especiais, submetem-nas a práticas ortopédico-pedagógicas, tomando como frente de trabalho o apagamento do sintoma, retirando da criança a possibilidade de subjetivar suas questões; além de contribuem para a desassistência no campo da saúde mental (DIAS, 2008, p. 02).

Foucault (2007) já indica a existência de um incessante processo de disciplinarização, que pode partir de uma perspectiva desenvolvimentista, trabalhando a reabilitação no sentido de conferir à criança habilidade para algo ou alguma coisa que se acreditava perdida em função de algum distúrbio, essas instituições empenham-se na conversão de comportamentos considerados “anormais” em “normais”.

Pode estar agregada a uma perspectiva evolutiva, em que sua representação repousa sobre a ideia de um “ainda não”; ainda não atingiu a faixa

etária, ainda não atingiu os objetivos esperados pela escola ou pelos pais, ainda não responde por si mesma, etc.

Esta moratória da criança no “ainda não”, no lugar de “não fala”, além de conferir a ela um lugar de objeto nas mãos do outro, reforça a vigilância e expectativa exercida sobre elas para que correspondam a um ideal de normalidade pactuado por um grupo social.

Segundo Ferreira (2004), se o campo da saúde mental do adulto toma a loucura como uma questão do sujeito, no que concerne à criança, não raro ela se encontra sob o manto da deficiência; e estando “a loucura” da criança encoberta sob o manto da deficiência e considerada como algo momentâneo a ser ajustado em um momento posterior, há um caminho “natural” sinalizado, que substitui o tratamento, que é o encaminhamento à educação especial em instituições, não raramente, com semblantes bastante parecidos aos hospícios para adultos, sem a necessária distinção das particularidades entre os cuidados com crianças e adultos, mas como uma sobreposição de prioridades das questões dos adultos às das crianças, conforme o exposto:

A submissão do planejamento da área infantil aos projetos referentes aos adultos, em função de uma concepção que colocava a clínica psiquiátrica da criança como um decalque da clínica do adulto, relegando historicamente a estas o mesmo destino dos adultos; o entendimento de que as clínicas e escolas para “retardados” encobriam todos os problemas mentais na infância; a falta de peso na difusão de saberes sobre a especificidade dessa clínica que pudesse mobilizar a própria área de saúde mental e outros setores da saúde e da sociedade como um todo (CAMPOS, 1992, p. 9).

Percebe-se que a desassistência de crianças e adolescentes no campo da Saúde Mental tem sido também sustentada por uma posição equivocada de destiná-las ao mesmo tratamento de adultos, desconsiderando-se a especificidade desta clínica, e delegando o tratamento de crianças às escolas “especiais”, que, geralmente, consideram qualquer aspecto de loucura em crianças como um retardo, uma deficiência (FERREIRA, 2004).

Os dispositivos criados no Brasil, como o Código de Menores (1927), até a criação das Fundações Estaduais do Bem-Estar da Família e do Menor (FEBEMs), advindas do movimento de forte controle social vivenciado no Brasil durante a

ditadura militar, as crianças intituladas delinquentes juvenis passam a ser destinadas às alas infantis dos hospícios, como no Instituto de Psicopatologia e Instituto do Menor (IPEME), em Barbacena. Isso demonstra o quanto, em termos históricos, é recente a concepção de criança como sujeito de direitos e deveres, e as práticas de afirmação desta perspectiva na assistência pública brasileira (FERREIRA, 2004).

Com efeito, observou-se que tal “Dívida Histórica” no campo da Saúde Mental, para com as crianças do Brasil, propiciou a expansão da oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e de adolescentes, geralmente, sob a tutela do poder filantrópico, e a isenção do Estado brasileiro para com as crianças a serem assistidas, reiterando uma mescla de perspectivas estigmatizadoras da infância, a saber: a criança/família socialmente deficiente (pobre), mentalmente deficiente (louco) e moralmente deficiente (delinquente) (SCHMID, 2004).

Expressões como “Todas as histórias são sempre parecidas”; “Porque educação você começa em casa”; “O maior problema está aí, na mãe”; “Todo mundo quer que as pílulas coloridas resolvam um problema que não é resolvido lá”, e “Saúde mental eu mando direto”... Existem estigmas que ainda acompanham crianças com sofrimento psíquico.

Segundo Pinheiro (2006, p. 119), é necessário compreender historicamente tais representações, para ter-se a devida clareza de que é “no contexto da redemocratização, momento em que ocorrem a emergência e a consolidação das práticas de afirmação de direitos” em geral (em meados dos anos 70 e década de 80), que a assistência institucionalizada da criança, diante da efervescência dos movimentos sociais, passa-se a reivindicar o reconhecimento legal dos direitos da criança, dentre eles, o formato de assistência pública como dever do Estado ao trato deste setor, culminando em pontos de virada como: a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), em que foi apontada a situação perversa na qual se encontravam crianças e adolescentes institucionalizados; a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), em que foi determinada a urgência de se instituir uma política de assistência voltada para esse público; e, hodiernamente, em 1992, com o marco da elaboração e promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente -

ECA²⁶, a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e o CAPSi na Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde (2002).

Esses processos cederam arcabouço jurídico e legislação específica à política e formatação das ações de cuidado, diferente da política para adultos. No ECA (1992) tem-se a ruptura da tradição legislativa brasileira do não direito à crianças e adolescentes; as mudanças de posição: de objeto para sujeitos de direitos e deveres e ações que vão do favor à exigibilidade da lei e prioridade na formalização da doutrina de proteção integral.

A diretriz “Caminhos para uma política de Saúde Mental infanto-juvenil”, é o documento que potencializa o movimento de reformulação das ações de cuidado, pautadas na Reforma Psiquiátrica, e apresenta as diretrizes mais atuais para as políticas de Saúde Mental infantil brasileira (RIZZINI, 2005).

Além dos marcos históricos citados, que corroboraram para a modificação desta cena ao público em geral, no campo da saúde, tais diretrizes se articulam com a Portaria MS 336/2002, que preconiza consolidar um modelo de Atenção à Saúde Mental aberto, articulado e de base comunitária, em consonância com o direito à convivência familiar e comunitária exposto no ECA.

Por esta iniciativa, propõe-se a construção da rede de serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), bem como a valorização dos diversos espaços comunitários de convivência da criança e sua família (BRASIL, 2003).

E, especificamente, a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, fundamental para possibilitar a ampla participação da sociedade na elaboração de propostas para o campo da Saúde Mental de crianças e adolescentes, e para a construção e consolidação de uma política de saúde para esta população específica que, dentre outras questões, tem a função de elaborar documentos que regulamentem as práticas de saúde junto a estes sujeitos, visto por

²⁶ Foi a partir da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que a infância passou a ser legalmente constituída com atenção especial.

meio da Portaria GM n.º 1.608, de 3 de agosto de 2004. Sua composição inclui representantes de instituições governamentais, setores da sociedade civil, entidades filantrópicas, agentes da Justiça e Promotoria da Infância & Juventude, e sua atuação tem caráter deliberativo.

No ano de 2005, o Fórum divulgou as primeiras diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional, era o documento “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil”, que ensejava a necessidade de políticas de governo em geral para tal público, posto que já é estimado que cerca de 10% a 20% de crianças e adolescentes sofrendo de transtornos mentais em relação ao total de sua população, bem como, deste total, cerca de 3% a 4% necessitando de tratamento intensivo (BRASIL, 2005).

Com efeito, o documento de 2005 pôde contextualizar as perspectivas históricas acerca do atendimento a crianças e adolescentes e, principalmente, tecer considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando à revisão do conceito de infância, posto que esta não deve mais ser vista em saúde mental no campo das incompletudes, comparações pelas faltas, desvalorizações e desresponsabilizações; e reforço das redes (compostas pela família, escola, pares, comunidade e demais dispositivos, inclusive, os de saúde) e parcerias com outras políticas públicas, como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e Justiça, oferecendo o apoio necessário para lidar com situações adversas e proporcionar ambientes adequados ao seu desenvolvimento (PINHEIRO, 2006).

Como princípios, apontou-se por uma lógica de cuidado ancorada na concepção de criança e adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades; acolhimento universal das demandas e encaminhamento implicado e corresponsável; a observação do território e intersetorialidade na construção das práticas de cuidado, atentando para a dimensão viva deste, ou seja, para a dimensão experiencial dos sujeitos e não só para o aspecto geográfico; e a construção permanente da rede, implicada na articulação do cuidado:

A idéia de rede se desloca de uma acepção empírica, positivista, na qual significa um conjunto concreto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado. Se o serviço não limita suas ações e intervenções ao plano meramente técnico (ações

terapêuticas, medicação, atividades diversas), mas inclui no escopo de suas competências e obrigações o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então ele está permanentemente construindo a rede, mesmo na ausência concreta de serviços tecnicamente “adequados” ao caso (BRASIL, 2005, p. 13).

Tal assertiva, parte da percepção de que a integração das ações de Saúde Mental a outras, setoriais e intersetoriais, proporciona a efetivação do processo terapêutico de modo mais integral e que, portanto, visa à aproximação do paciente com as suas possibilidades de vida, desmembrando-se nas seguintes diretrizes operacionais (BRASIL, 2005, p. 15):

- reconhecer aquele que necessita e/ou procura o serviço – seja a criança, o adolescente ou o adulto que o acompanha –, como o portador de um pedido legítimo a ser levado em conta, implicando uma necessária ação de acolhimento;
- tomar em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja por meio dos procedimentos próprios ao serviço procurado, seja em outro dispositivo do mesmo campo ou de outro, caso em que o encaminhamento deverá necessariamente incluir o ato responsável daquele que encaminha; conduzir a ação do cuidado de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança ou do adolescente como sujeito de direitos e de responsabilidades, o que deve ser tomado tanto em sua dimensão subjetiva quanto social; comprometer os responsáveis pela criança ou adolescente a ser cuidados – sejam familiares ou agentes institucionais – no processo de atenção, situando-os, igualmente, como sujeitos da demanda;
- garantir que a ação do cuidado seja o máximo possível fundamentada nos recursos teórico-técnicos e de saber disponível aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe e sempre referida aos princípios e às diretrizes coletivamente estabelecidas pela política pública de Saúde Mental para constituição do campo de cuidados;
- manter abertos os canais de articulação da ação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede

ampliada de atenção. As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.

Assim, percebe-se que a principal finalidade desse documento é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades específicas dessas crianças usuárias, de modo integrado à política geral de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tal, uma série de reformulações correspondentes às peculiaridades da condição de subjetividade e política destes cidadãos (e não deficientes), o que demanda das intervenções terapêuticas voltadas à dimensão psicossocial, colaborativa e intersetorial do cuidado, ou seja, a partir de ações das equipes multiprofissionais, articuladas em redes de apoio e cuidado (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

Também, ancorada em uma nova concepção de criança, preocupada com o seu bem-estar, a partir da qual se organizam serviços específicos e especializados no sentido de atender às suas necessidades específicas, bem como no período compreendido entre as duas Grandes Guerras, surge uma dupla concepção de criança: a criança pública e a criança da família.

A “criança pública” resultou das constatações relacionadas com a influência das contingências sociais e econômicas, na qualidade da atenção dada às crianças, pois, sendo a própria infância uma construção social, precisa-se estar atento não só às especificidades das vivências das crianças concretas de diferentes classes sociais, gênero, etnias, etc., como também à heterogeneidade da infância, que, de acordo com determinados aspectos espaço-temporais, produz diferentes infâncias.

Hodiernamente, existem os CAPSi, que se constituem dispositivos de Atenção Psicossocial, que propõem uma ética do cuidar e do bem dizer que busca “levar em conta as singularidades do sujeito, os fatos de estrutura, as saídas éticas que cada sujeito inventa segundo as dimensões do fazer viver: estudar, brincar, ir e vir, lazer” (FERREIRA, 2004, p. 21) E incluiria, também, sobre o seu tratamento.

Contudo, também aparecem outras leituras sobre o sujeito criança, que se traduzem, ainda, no não reconhecimento desta, quando surgem as avaliações que tangenciam a questão da leitura moral, da “criança sem limites”, bem como ainda se repete a definição da loucura sob o manto dos *déficits*.

Já a compreensão da criança da família, também, incorpora diversos aspectos, dado que esta família pode assumir diversas configurações: como o primeiro grupo social da criança; como instituição e referência; como formadora de um vasto conjunto de valores; como um conjunto de laços de parentesco; como um grupo de afinidade; entre outras formas.

De toda sorte, é a família o foco inicial e final do atendimento em saúde, mesmo quando os problemas de desenvolvimento e de saúde mental da criança são levados como foco na demanda, pois é fato que estes estarão ligados e fazendo referência à dinâmica e saúde mental do grupo familiar. Guerra (2005) destaca que a criança pode se mostrar o mais sensível indicador da qualidade da saúde mental da família, bem como da qualidade das ações de produção de saúde no território.

Assim, as políticas sociais de proteção social da criança estão fortemente relacionadas a uma matricialidade familiar, mesmo que estas circunscrevam relações assinaladas por relevantes flutuações e tensões.

Neste mote, o referencial para a organização das ações de Saúde Mental na Atenção Básica com crianças necessita se referir ao grupo cuidador da criança e aos processos de constituição da subjetividade e os determinantes que daí advêm, levando-se em consideração, portanto, as necessidades, suas condições sociais e o meio onde está inserida, devendo a equipe apostar no diagnóstico sensível à subjetividade, às relações de poder e afeto, os códigos familiares subliminares na ocasião de planejar e promover as ações de saúde de forma integral e com qualidade (BRASIL, 2001). Se tal não acontece, a vinculação torna-se frágil e, por sua vez, o cuidado e a preservação da vida também se fragilizam (CAVALCANTE, 2006).

Por isso, desde a Reforma Psiquiátrica brasileira, no bojo dos movimentos de intensa transformação das relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com a loucura, bem como da relação entre usuário e seu tratamento, a família atravessa do modelo do Estado de bem-estar social (houve ênfase no

mesmo e esvaziamento das funções familiares), incorporando a si propostas neoliberais que já preconizavam o Estado mínimo e o desenvolvimento da responsabilização à família pelo desenvolvimento integral da criança, fundamentalmente, quanto ao papel de regular, normalizar, defender direitos e deveres de proteção e assistência, inclusive, enquanto laço fundamental entre a criança e os serviços de saúde. (AMARANTE, 1995; SARACENO, 1999).

Em síntese, vê-se que há forte caráter social e historicamente construído da Infância e do que representa socialmente ser criança (ÀRIES, 1981), o que tem gerado como conseqüências particularidades para o entendimento da saúde e doença na criança: Estas devem ser observadas como uma questão para e do Estado, sendo tratado, primeiramente, como questão posta à família ou rede institucional e, mais recentemente, à própria criança e suas experiências de saúde/doença. Esta última, numa perspectiva de que a escuta adaptada à criança e suas peculiaridades faz-se uma exigência (TRINCA, 1987).

O reconhecimento destas crianças se faz através de uma “lupa experiente de autores” que tem na pediatria, na epidemiologia, na psiquiatria infantil e na etnografia matrizes de interpretação e seus principais referenciais de leitura e escuta, que quando encontra-se atrelado à hermenêutica do conhecimento ali gerado transforma ‘o fazer’ da investigação em um todo articulado, numa “demonstração de sensibilidade e erudição dos seus artesãos, ao tecerem empiria e teoria com grande destreza” (PITTA, 2001).

Nesta travessia, todos são considerados sujeitos: crianças, pais e profissionais de saúde. Entretanto, o papel do pediatra junto às equipes de saúde é apontado como “a luz no fim do túnel” para as propostas de aprimoramento e efetiva qualidade da atenção, podendo agir articulados numa rede de cuidados em que a criança e suas necessidades sigam sendo sempre o alvo primordial das intervenções de diferentes setores, posto que se demanda uma escuta permanente e autorizada do sofrimento psíquico das crianças e das suas famílias, incluídas em demandas cotidianas que, habitualmente, não se dá importância. (PITTA, 2001).

3. 2. O “perfil”: De quais crianças e de quais famílias se está falando?

Duas questões se fazem presentes na compreensão do enfoque e do perfil escolhido neste estudo, ambos ancorados na perspectiva de Castellanos (2011): o pressuposto de que a experiência do adoecimento psíquico, passível à cronicar-se, se institui a partir de uma temporalidade narrada na trajetória, ou seja, a partir do sujeito que narra; bem como a significação da gravidade e cronicidade põe em causa a dimensão temporal da vida e do vivido, sempre a partir da estruturação narrativa, destacando valores e concepções da rede social que perpassa a observação do adoecimento como “situação social” (AIACH; CÈBE, 1991), ou seja, que tem como “quadro de referência” as interações sociais definidas a partir de estruturas e ações, fatores estruturais e conjunturais (GOFFMAN, 1993) .

A experiência de sofrimento psíquico na infância, salvo as idiosincrasias singulares de cada história de vida, é assumida pela família da criança a partir do que institui e é instituído pela norma social em confronto com “situações limite”.

O caráter social da construção da infância e da família agrega dificuldades da família, escola e outros espaços em assumir a loucura na criança. Tais discursos sobre a criança moldam atitudes diante das mesmas, de como elas são ou deveriam ser, muitas vezes, gerando “equívocos”.

Diante dos entrevistados, diversos sentidos são apresentados, representando o imaginário social da “criança louca”. A pergunta inicial para os entrevistados da Atenção Básica era: qual o perfil de crianças que necessitavam de encaminhamento para a Atenção Psicossocial/CAPSi? E com profissionais dos CAPSi: Qual o perfil das crianças atendidas no serviço?

Com base nos textos produzidos na coleta de dados em Unidades Básicas de Saúde, foram encontrados três aspectos que foram chamados de “descompasso” entre Atenção Básica e Saúde Mental, que revelam também decalagens entre a compreensão dos profissionais de saúde entre a Atenção Psicossocial voltada para adultos e para crianças, bem como em relação às suas famílias.

Estes descompassos que aparecem nos discursos e práticas, parecem ter a ver com a necessidade de dar resolutividade ao problema que se apresenta, sem, necessariamente, estar preocupado em realizar um trabalho intersetorial em rede.

Por isso, tantas crianças perpassam várias instâncias e lugares para conseguir atendimento em um serviço e, também, se tornou prática o encaminhar sem, necessariamente, “pôr no bom caminho”.

O primeiro descompasso, mais recorrente, é o não reconhecimento da loucura ou sofrimento psíquico em crianças, que gera a desassistência e cronificação do adoecimento psíquico. Em todas as entrevistas realizadas no âmbito da Atenção Básica, nenhum dos participantes afirmou ter realizado apoio matricial com crianças. Trouxeram a puericultura como espaço de observação de adoecimento psíquico infantil. Veja-se um exemplo:

Um caso, assim, muito novo eu não cheguei a encontrar não; e, se tiver, tem que ser muito grave para eu perceber que a pessoa tem problema mental, se for caso leve não dá para a gente perceber não, só um especialista mesmo.[...] o encaminhamento para a puericultura é para o encaminhamento dessas crianças saudáveis, não é feito através das crianças que estão doentes. Mas como se deve proceder na puericultura? A enfermeira vai fazer uma avaliação da criança, um acompanhamento, até seus dois anos de idade e aí pode ser que nesse período acontece algo anormal. Geralmente, na puericultura é diagnosticado um defeito físico na criança, uma má formação na cabeça, algo mais externo e não muito interno, porque a criança até seus dois anos de idade não vai ter nenhuma ação; então, ela não consegue expressar nenhuma emoção. Então, a gente só vai saber que uma criança tem problema já quando ela começa a falar, andar, que ela vai começar a expressar o modo dela de ser, que pode ser diferente das pessoas ou igual. Então, numa puericultura não dá para diagnosticar se uma criança vai ter problemas mentais. Até agora eu não vi nenhum caso assim (Grupo I, E. 11).

Evidenciou-se que é distante a ideia de que uma criança possa carregar consigo o estigma da loucura, no imaginário cultural brasileiro, sendo este confundido em discursos, como também nas práticas cotidianas:

Primeiro, até três anos, as mães e os pais teriam que ter mais limites, orientar e encaminhar para a psicóloga. Depois dessa idade, dependendo do que as professoras aleguem, é que a gente pode tentar encaminhar para o pediatra. É mais ou menos essa orientação que a gente vem seguindo desde o ano passado a partir das orientações da Dr. X, neuropediatra (Grupo I, E. 13).

Fala-se de crianças com sofrimento psíquico, acreditando que este aparece inúmeras vezes desde a mais tenra idade, uma vez que o próprio desenvolvimento emocional da criança começa antes do primeiro ano de vida, quando muitos

estímulos e progressos acontecem (WINNICOTT, 1993). Entretanto, observou-se um contexto de adoecimento que já chega “atrasado” aos CAPSi, por, no mínimo, dois motivos: o primeiro relacionado à negação dos pais do adoecimento psíquico dos filhos, e não reconhecerem a loucura na criança, dado o estigma culturalmente instalado. Isto proporciona que o atraso em procurar um serviço de saúde seja operado, em virtude dos familiares procurarem diversas outras respostas e tratamentos antes de irem ao CAPSi:

Eu procurei a psicopedagoga, procurei psicólogos que tinham em alguns postos... Depois no NAMI, no neuropediatra, porque sabia que aqui [no CAPSi] não atendiam, ele só tinha três anos e eu sabia que tinha que ser grave mesmo para ficar aqui, porque minha prima já tinha trazido o menino dela aqui e não foi aceito. Quando ele começou a ter muitas dificuldades para ler e quase todos os dias me chamavam na secretaria da escola, aí eu vi que o reforço, que os escoteiros ou até a psicóloga não tava dando conta. Quando fui consultar ele por outra coisa, a doutora disse do CAPSi e eu vim, mas quase não volto, porque tem pessoas tão diferentes... Mas eu precisava, porque a professora dele disse que talvez a medicação fosse realmente ajudar. Mas eu eu gosto, eu não gosto não (Grupo IV, E. 05).

O segundo ator se fundamenta em uma regra do CAPSi, no qual se estabeleceu que só se acompanha crianças a partir dos três para quatro anos de idade:

Em geral, são crianças, assim, na sua maioria, pegando por números, na faixa etária de treze a dezessete anos e pouquíssimos na idade que eu vejo que o CAPSi... Tem crianças menores, eu vejo crianças de três para quatro anos. Muitas crianças de sete a dez. Era uma impressão minha antes de chegar aqui que iria trabalhar mais com crianças e evitar certa cronificação do adoecimento, mas nós temos mais adolescentes mesmo (Grupo II, E. 01).

Nestas duas falas, há o reconhecimento da necessidade de enxergar nessa criança a possibilidade de que seu sofrimento se torne menos crônico. Considerando que estas crianças fazem parte de um grupo que tem maior dependência de cuidados, se comparada a outras faixas etárias, e que o cuidado se faz mais urgente para que não se torne crônico. Interessante a fala do profissional, a seguir, que faz referência à necessidade de atender aos bebês, e o reconhecimento de suas mães nesse processo. Veja-se:

Eu já cheguei a atender aqui criança de dois anos, porque a faixa etária do CAPS é zero, embora se marque quatro anos. E aí essa criança de dois anos eu fiz realmente um trabalho com ela e a mãe. A criança perdeu o pai e ficou agressiva, porque o pai era muito presente. Então, a gente foi trabalhando essa elaboração do luto, mas junto com a mãe, porque com a criança sozinha a gente não conseguiria fazer muita coisa; e aí foi orientação mesmo neste processo. A partir dos zero anos o CAPS tem que atender, mas nunca chegou para mim outros não e eu já peguei nesse caso uma criança de dois anos (Grupo II, E. 02).

A vulnerabilidade da criança está diante do desejo do adulto, sejam os familiares ou os profissionais das equipes multiprofissionais, mesmo visando à sua proteção, posto que “a vulnerabilidade infantil pressupõe um olhar que encontra as crianças nas tramas familiares, nas malhas sociais, nos contextos sociais que constituem espaços cotidianos de existência” (CASTELLANOS, 2011, p. 51). Assim “o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte incapaz de levar a cabo ações específicas às suas necessidades efetivadas, então, por meio de assistência alheira” (MELGAÇO, 2006, p. 08).

Um dos profissionais entrevistados reconhece a fragilidade argumentativa deste posicionamento de só atender a crianças a partir dos três anos de idade, mas justifica, remetendo aos limites da instituição entre a política e a prática nas condições de trabalho dos profissionais de saúde:

A gente reconhece que a faixa etária restringe e acaba tornando mais tardia a intervenção com crianças, que elas ficam indo e vindo para outros serviços sabendo que aqui é só a partir de quatro anos... Eu já recebi bebês, no entanto, encaminho, por que a gente não tem estrutura mesmo... De equipe, de quantitativo de equipe, de estrutura física e preparo na formação. Então, nesses casos não tem muito como ser resolutivo... Em outros sim (Grupo II, E. 05).

A repercussão destes aspectos é a de que o serviço acaba dando conta da rede de outros serviços que não os de Atenção Psicossocial, pois o critério é etário ou diagnóstico; Além disso, movimentos de renovação de práticas assistenciais que têm como herança os modelos filantrópicos, desarticulados dos serviços públicos e da perspectiva de direitos da criança. Observam-se diversas narrativas que expressam uma rede que não só se articula via estas modalidades de dispositivos

de cuidado, mas está arraigada e dependente dela, diante da ausência de serviços eminentemente públicos:

(...) É difícil encaminhar também por conta de a gente depender dos nossos contatos informais com colegas que estudamos, ou profissionais sensíveis aos pacientes que chegam ao CAPSi e não tem condições socioeconômicas para pagar certos exames ou consultas. Às vezes, fica como favor e não como direito, sabe? Mas aí ou é isso ou não tem e para resolver precisamos dessas avaliações ou encaminhamentos. (Grupo II, E. 09)

Refletindo sobre estas enunciações, vê-se que há a necessidade de ampliar e aproximar outros serviços de atendimento à criança, sobretudo os de base territorial, bem como um modelo de assistência pautado numa concepção menos segmentada, integradora e desinstitucionalizadora da população infantil (GUERRA, 2005). Portanto, o desafio que se coloca aos profissionais da Atenção, já que ambos funcionam como porta de entrada por livre demanda, é buscar identificar o processo saúde-doença-cuidado das crianças, antenados nas especificidades da realidade infantil, mediatizada pela realidade dinâmica das famílias nos itinerários terapêuticos, posto que o adoecimento da criança, quando tende a se cronificar, gera um alto grau de dependência das famílias em relação aos serviços de saúde (CASTELLANOS, 2011).

Por conseguinte, têm-se outros dois descompassos. A confusão do adoecimento psíquico com casos de acompanhamento em um viés pedagógico e moralizante, ou seja, quando se dá a confusão com uma deficiência a ser reparada; a “criança sem limites” a ser educada:

Muitas das crianças chegam para a avaliação tem um perfil que não é de CAPS, que são questões leves como falta de limites, agressividade por conta da condição social em que elas vivem, do que elas veem, de uma falta de orientação parental. Enfim, são questões mesmo ligadas aos pais, ao ambiente social, enfim. Há muitas, não estou dizendo que são poucas, mas, geralmente, a grande maioria que pede diagnóstico são crianças com problemas de birra, né? Enfim, que você observa que até os três ou quatro anos é caso de orientar os pais de como educar os filhos, dar limites (Grupo I, E. 14).

Sobre esse aspecto, têm-se as falas de profissionais, que contrastam em relação a esse ponto de vista. O primeiro deles narrou a distinção entre um trabalho

anterior, no contexto escolar, e o trabalho atual, no CAPSi, no qual são acolhidos os casos de crianças “à pedagogizar”:

Aqui é exatamente pra tentar mudar algo que está errado, mas a educação também é pra mudar o que está errado. Os dois não deixam de ter uma coisa curativa, mas, na verdade, eu não tô vendo nenhuma diferença. Mas eu acho que na área da saúde existe um... Uma sede maior de busca, por que é algo que é mais... Pronto é como se fosse mais emergencial do que a educação, aquela coisa mais emergencial. E a educação é algo que já vem depois que a pessoa tá bem, é que ela pode ser educada de alguma forma, tá bem fisicamente. E aqui é mais aquela questão da saúde que, às vezes, se confunde com a educação, principalmente no CAPSi, que tem muito a ver com a questão dos limites. A maioria da demanda daqui, às vezes não é nem tanto da patologia, mas sim uma falta de educação. Mas na parte da patologia sim, a gente vê uma emergência e uma necessidade de atender logo. Não sei se ficou claro (Grupo II, E. 07).

Este referencial parte do mal entendido de que a criança, ao ser considerada como mero ser em desenvolvimento, é “reduzida à mera condição de aprendiz, que pode ser considerada a partir de escalas de desenvolvimento e ser recolocada no curso normal de desenvolvimento quando apresentar algum desvio” (RIZZINNI; LEITE; MENEZES, 2013, p. 44), criando metas que desconsideram as singularidades de cada criança e suas respectivas famílias, fortemente pedagógicas e pouco psicossociais; além do risco de impor padrões de desempenho estranhos e meramente adaptativos ao sujeito (CORSARO, 1997).

Um último fator sobre este descompasso, é que os profissionais de saúde do CAPSi ressaltam que os encaminhamentos que chegam vêm mais da escola que das UBS. Um olhar interessante é o da Pedagoga da instituição, dentre alguns outros profissionais, que destaca uma hipótese referente a este fenômeno de busca pelo diagnóstico por parte das escolas:

Veja, a primeira coisa que a gente observa mais é que a queixa primeira começa a vir da escola, quando a escola é a maior faixa de encaminhamentos ao CAPSi. Então, as mães vem relatando que é aquele desassossego, que a escola exige um diagnóstico e medicação para a permanência da criança na escola, que o menino é hiperativo, inquieto, agressivo. a Escola de hoje tem a lei que fala que cada criança especial equivale a duas crianças em sala, quando o máximo parece que é 32 alunos por sala (Grupo II, E. 14).

A busca pelo diagnóstico na infância, bem como a terapêutica medicamentosa do modelo psiquiátrico clássico representam a invasão da cultura do consumo nos serviços de saúde, em que “forma-se um pacote, método e linguagem, por todos aqueles que, no mundo todo, pretendam praticar a ‘boa psiquiatria,’ na qual não há outra possibilidade de pensar critérios diagnósticos (YASUI, 2010, p. 89), a não ser o modelo proposto no CID-10 da OMS, o qual é excludente, pois, com o apoio logístico e financeiro dos grandes laboratórios farmacêuticos, avança na consensualidade, inclusive em referência às crianças:

Os maiores de três anos, a queixa principal é essa agonia na escola. As professoras já vêm encaminhando e sugerindo que marque um psicólogo ou neurologista e peça a medicação. Tem os casos de hiperatividade; déficit de atenção, onde as crianças são rotuladas e a escola não é preparada para acolher essas crianças, rotulam logo e não querem ter paciência; e nos menorzinhos, a queixa maior é o sono, insônia, irritabilidade, tem crianças que mordem, que batem com a maior facilidade – crianças, assim, abaixo de três anos e que nós somos convocados a medicar, então, é complicada essa questão da medicalização da infância (Grupo II, E. 08).

O último descompasso se remete não à confusão dos profissionais em relação aos casos de violência e vulnerabilidade social, mas, especificamente, à acolhida de crianças com este contexto de violência, diante da generalização da violência e ausência de outros serviços. As situações de violência social e simbólica portam manifestações específicas e desencadeiam expressivos agravos à saúde das populações. A violência contra a criança chega aos serviços de saúde configurando uma demanda que desafia a prática dos trabalhadores, exigindo uma ética clínica e política que implica na reconfiguração dos dispositivos de intervenção na rede de cuidados:

Assim, a situação mais clara de saúde mental grave foi uma situação de violência, de uma menina de dez anos que a gente atendeu em conjunto; foi até eu e uma enfermeira aqui da unidade. Que ela sofria violência pelo padrasto. Aí a gente precisou encaminhar para o Conselho Tutelar, para a Delegacia de Apoio a Criança (Grupo I, E. 15).

O sofrimento psíquico na infância também aparece fortemente associado às desigualdades sociais e ausência de oportunidades de vida digna. Se esta criança encontra situações de sofrimento, possivelmente, as famílias que possuem

dificuldades para atender às necessidades de seus filhos também constituem um grupo-alvo de intensa vulnerabilidade diante das desigualdades socioeconômicas e precariedade das políticas públicas (RIZZINI *et al*, 2007).

Por motivos de pobreza, desigualdades ou violência, preocuparam as práticas inexistentes ou equivocadas de ‘proteção’ à criança. Ainda é detectado grande número de subnotificações dos casos ou o uso de estratégias de superação da violação pauperizadas diante de procedimentos que analisam a situação da criança a partir de determinismos sociais, tomando-a como “situação de risco”, enquadrando-a junto à sua família como segmento populacional pobre e perigoso.

É, não lembro de ter encaminhado muito para o CAPSi. Até porque são poucos, eu confesso que nunca peguei assim... São coisas mais simples; só assim questão familiar, que não tem suporte. Aí parece ser caso de CAPSi, mas sei que o CAPSi anda tão lotado, muitos voltam... Então, não costumo encaminhar (Grupo I, E. 15).

Partindo-se dessa concepção assistencial, possivelmente, persistirá o modelo clientelista, historicamente marcado por políticas distorcidas e discriminatórias: que tomam questões circunstanciais como culpa da família; cujo alvo da intervenção é a família pobre; trocam-se os papéis de autoria da violação, colocando-a na família e não no Estado, bem como das atribuições, que deveriam partir das redes de apoio e proteção social e não, restritivamente, da matriz familiar (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

São casos comuns de doenças, mas... Porque graças a Deus na área que eu estou atuando não tem a demanda que você está pesquisando, assim, não do meu conhecimento. Como é uma área onde as pessoas tem certo poder aquisitivo, então até são poucas que vem (Grupo I, E. 05).

Como disse certa vez Castel (1986), “o que nos qualifica enquanto médicos, sanitários ou agentes comunitários a desempenhar o papel de conselheiros do príncipe e mediadores do povo? O que existe em nossa teoria e em nossa prática que possa nos autorizar a intervir sobre fatores como miséria, insalubridade, ‘subeducação’, violência ou a moralidade?”

Com efeito, as mudanças advindas da reforma perpassam dimensões políticas, sociais, culturais e clínicas que, por sua vez, compõem o projeto de

transformação social e subjetiva, imprescindíveis para que o campo da Saúde Mental não incorra no risco de deixar-se atrair pela força da burocracia e da institucionalização conservadora nos serviços substitutivos ao modelo manicomial (BEZERRA JUNIOR, 2007).

Observa-se que a mudança na forma de produzir cuidado vem se consolidando como processo social complexo, preconizado pelo ideal de desinstitucionalização (DIMENSTEIN *et al*, 2007), que apresenta no imaginário cultural os ideais da reforma, tais como: cuidado que visa à autonomia e responsabilização do sujeito em seu tratamento, atribuindo-lhe poder de contratualidade em seu processo de reabilitação psicossocial, projetos e itinerários terapêuticos vinculados ao território e ao princípio de fortalecimento da convivência familiar e comunitária do usuário, com base na inclusão dos sujeitos em projetos de felicidade (AYRES, 2009).

Para que o modelo de Atenção Psicossocial possa adquirir caráter exitoso, se preconiza: pensar a micropolítica de gestão dos processos de trabalho que se presentifica no cotidiano dos serviços; realocar verbas do setor hospitalar para os serviços substitutivos; vislumbrar a inclusão da família²⁷ e a utilização dos recursos, vínculos e estratégias territoriais de tratamento na Atenção em Saúde Mental, em consonância com a proposta de humanização das práticas e das políticas de saúde do País (PEREIRA; PEREIRA JR, 2003).

Com efeito, nem sempre o lugar da família, no cuidado às pessoas com transtorno mental, foi pensado de tal modo imperioso pela psiquiatria, ao contrário, a família, por muito tempo, foi vista como fator desencadeante da enfermidade mental do indivíduo ou, no caso inverso, como instituição que deveria ser protegida da loucura e adoecimento de seu familiar, pois este era entendido como indisciplinado e responsável pela desordem social e, nesse sentido, seu convívio em família poderia prejudicar os membros mais vulneráveis da matriz familiar, como as crianças, o que fortaleceu a dinâmica de institucionalização e políticas higienistas (MELMAN, 2006). E ainda hoje estes discursos persistem:

²⁷ Um marco é a Convenção de 1989 da ONU e o ECA, que preconizam a convivência familiar e comunitária como um direito. A “matricialidade familiar” ganha centralidade nas Políticas Públicas desde então.

Assim, a família desestruturada gera muitos problemas emocionais nas crianças, e eu tenho abordado muito isso. Eu preciso muito da ajuda dos psicólogos também, tenho que encaminhá-las muitas vezes; porque a gente não trabalha sozinha, a gente trabalha sempre precisando de outros profissionais. Eu não posso ajudar a família sozinha, eu faço a minha parte, diagnóstico, mas preciso também dar continuidade ao tratamento. violência na família também, os vícios, o alcoolismo em casa. Por isso, as crianças estão adoecendo psicologicamente cada vez mais cedo. Isso é muito triste, muito triste mesmo. (Grupo I, E. 19).

Somente em meados da década de 60 do século passado, com o desenvolvimento de estudos com familiares de pacientes esquizofrênicos, permitiu-se afirmar que o ambiente familiar, em determinadas circunstâncias, principalmente quando não há adaptação à convivência com as perturbações do pensamento e o comportamento inadequado, constitui-se um fator de estresse e um determinante social (BASTOS; ALMEIDA FILHO, 1990). Deste modo, observou-se que o ambiente familiar não se constitui agente, por si só, causal do transtorno mental (MELMAN, 2006), na verdade, existe toda uma conjuntura social e de incentivo ao consumo que dispara estas demandas nos serviços de atenção à saúde:

Passa muito por aqui esses casos de violência, de maus tratos e de drogas e aí por conta desse desajuste – desajuste familiar; brigas de família; o meio ambiente que eles vivem, que tem muita droga por aqui, e esse inconformismo dele, eu acredito que seja isso que faz as crianças migrarem para isso, de conseguir o mais fácil, essa ânsia de querer conseguir as coisas, de ter uma roupa boa, de passear, de ter dinheiro e muitas vezes por aí vai: o uso de drogas, roubo, prostituição, que a gente sabe que tem. E nesses casos a gente encaminhá-las para o CAPS, a gente não tem outra. Aí tendo o psicólogo, a psiquiatra, algumas vezes resolve. Mas, assim, a resolução deixa muito a desejar, muito (Grupo I, E. 21).

Compreender o lugar da família nos arranjos de cuidado apresenta-se como questão central para o processo de desinstitucionalização. Esta deve ser compreendida enquanto ator social, ativa e apta a definir projetos e sentidos de sua própria mudança social (SARACENO, 1999).

A mudança de perspectiva remete não só à lógica da responsabilização da família, mas também do potencial existente nesta enquanto parceira fundamental no papel afetivo, relacional e protetor. Contudo, sua efetiva inclusão no processo de desinstitucionalização guarda um longo período pela frente, a ser efetivado e fortalecido, de uma mudança ideológica e da aposta na centralidade da família: “na

sua capacidade de transformação, de resgate ou de construção do seu papel de protetora e cuidadora” (DESLANDES; BARCINSKI, 2010, p. 307-08).

Destarte, no estudo em questão, objetiva-se compreender as experiências e os sentidos construídos pelas pessoas com adoecimento psíquico e seus cuidadores, o que se desdobra em identificar como os usuários cuidadores afirmam cuidar das pessoas em sofrimento psíquico em “grupos de família”; descrever como os usuários e cuidadores percebem a resolubilidade da atenção; o empoderamento e a participação social dos usuários e cuidadores na interlocução com a gestão dos processos de trabalho em saúde.

Esse novo paradigma remete sumariamente à alta complexidade da micropolítica existente a partir das intersubjetividades, que se constituem e identificam na prática cotidiana dos profissionais, familiares e/ou usuários dos serviços de saúde, e o que há de se reformar em todos, durante esses encontros, a fim de provocar a coprodução e cogestão dos itinerários terapêuticos dos mesmos, suas possibilidades políticas, sociais e individuais expressas pelas pessoas e pelos coletivos, em suas relações com o mundo, nos seus contextos de vida (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

O intuito do estudo fora, portanto, compreender de que maneira o sujeito e seus cuidadores têm experienciado essas mudanças dos serviços ofertados para o consumo da saúde, no que se refere à inserção dos serviços substitutivos como política pública de proposta reformista e antimanicomial, buscando transgredir os entrincheiramentos, a fim de inventar e propor novas possibilidades políticas e organizações das práticas assistenciais de trabalho, a partir dos seguintes objetivos específicos: identificar como os cuidadores cuidam das pessoas em sofrimento psíquico em grupos de familiares; descrever como os cuidadores percebem a resolubilidade da atenção, a participação dos usuários e o empoderamento dos cuidadores na interlocução com os usuários.

A proposta de observar a resolubilidade das práticas de saúde implica projectualizar o sujeito no momento posterior, “da reforma da reforma” psiquiátrica brasileira (CAMPOS, 1992), posto que mesmo já se tendo avançado bastante quanto ao que preconiza a reforma, alguns de seus propósitos ainda se apresentem pouco consolidados, como o desenvolvimento da autonomia e empoderamento dos

usuários e dos seus cuidadores, que ainda se apresentam como um nó crítico para a Reforma Psiquiátrica brasileira, posto que, muitas vezes, a pobreza é confundida com o abandono ou negligência das famílias, culpabilizando-a, quando na verdade há um contexto situacional de miséria que gera sofrimento e adoecimento a ser cuidado:

Recebo vários, vários casos de adoecimento mental, constantemente. Principalmente, porque eu trabalho também com o bolsa família, quando há o acompanhamento da saúde. Então, muitas mães vem com as crianças e até na percepção da gente, a gente observa e com muito cuidado a gente pergunta a mãe se essa criança é acompanhada em algum local, como é que é ela na escola, porque a gente percebe que o social leva ao distúrbio. Então, há muito o abandono dos pais, a gente percebe que os pais não estão mais acolhendo seus filhos dentro de casa, a gente nota que eles vêm sem tomar banho, sujo. Então, eu percebo muito esse abandono dos pais. Quando a gente vai para a área a gente vê crianças de seis anos tudo brincando no meio da rua: “cadê sua mãe?” – “tá dormindo” – “por que você não vai para casa?” – “porque a mamãe não deixa eu entrar em casa.” (...) Eu ouvi um caso muito interessante de uma criança de dez anos, mulher, que começou a ter relações com dez anos, não menstruava ainda, e eu disse: “e tu mãe sabe disso?” – “Ela quer que eu namore com o vizinho porque ele tem dinheiro”. Então, eu acho que isso vai criando traumas, aí a criança vai dando problema na escola, problema de relacionamento e acabam surgindo transtornos. O uso da drogas muito cedo. Crianças de dez anos já pegando droga aqui, marginais mesmo, de doze anos, marginais que usam armas e cada vez mais está aumentando. Quando vem aqui para dentro do consultório vem com a mãe e não falam nada, mas quando a gente vai para a área, eles conversam com a gente (Grupo I, E. 12).

São os pais quem abandonam seus filhos, os culpados a serem julgados? Ou é o Estado e a ausência de políticas não só assistencialistas, de espaços de lazer e convivência familiar e comunitária? Seja, ainda, outra face da infância, aquela que nascida numa família específica, e compreendida como “pertencendo” a esta família, encontra-se, paradoxalmente, cada vez mais solitária, circunscrita quase tão somente à convivência dos seus pares, quando seus pais estão quase sempre ocupados com suas próprias vidas, em ganhar dinheiro, em sobreviver.

Ao que parece coerente, a criança é parte desta família e neste contexto de vulnerabilidade social, quanto mais “os especialistas” recomendam o tal do diálogo entre pais e filhos, parece que ele anda difícil de ser efetivado. A criança e sua família habitam as ruas das grandes cidades, caçando os níqueis para sobreviver, expostas aos vexames do descaso, da indiferença e do abandono do Estado.

Faz-se necessário, mais do que nunca, abrir possibilidades para que crianças e suas famílias não só estejam nas políticas como *voyeurs*, mas como enfoque e potencialidade (MARTINS; CASTRO, 2011).

Mesmo assim, as narrativas dos profissionais de saúde remetem-se a um olhar plural e histórico sobre a infância e perspectiva cultural à respeito dos aspectos psicossociais e simbólicos que atravessam o fenômeno da violência. Remetem-se aos elos entre a vida das crianças e as bases contextuais de apoio familiar e comunitário, como aspectos significativos e construtores do desenvolvimento das mesmas. Vejamos:

Assim, encontro muito, familiar... Famílias desestruturadas que geram muitos problemas emocionais nas crianças e eu tenho abordado muito isso. (...) Então, nós vivemos numa sociedade em que a violência tá tão gritante que crianças na porta da sua casa viu uma mulher sendo assaltada. E aí a criança começou a desenvolver síndrome do pânico, se tremia toda só de ver um motoqueiro, com medo e insegurança. Então síndrome do pânico é muito comum, violência na família, alcoolismo em casa e as crianças estão adoecendo mais cedo. (...) Tem também outro tipo de violência que é da Escola, crianças com déficit de atenção, em que as crianças são rotuladas, a professora e a mãe não sabem muito como lidar. No dia a dia falam palavras que denigrem a imagem da criança, tanto da mãe quanto das demais pessoas que convivem com a criança. (Grupo I, E. 17)

O contexto familiar e comunitário aparece como espaço real e simbólico da subjetividade da criança. Quando determinações sociais como a pobreza, desigualdades e exclusão social irrompem a trajetória de desenvolvimento da criança, a família está inserida, afetando e afetada por esta dinâmica, quase sempre atrelada às situações de violência.

Motivos de pobreza e violência possuem um vácuo quanto à potencialidade de intervenções e encaminhamentos efetivos: a descontinuidade das políticas, lacunas no atendimento primário à criança em sofrimento psíquico e sua família, entre outros fatores específicos do contexto de violação de direitos, provoca a superá-los, posto que é a ausência de dispositivos adequados para o tratamento ou apoio psicossocial que fragiliza, agudiza e cronifica o sofrimento psíquico vinculado a determinantes sociais.

Violência social e simbólica, associada a questões de uso de drogas, prostituição, síndrome do pânico por conta da violência urbana, estresse e

ansiedade por conta da violência (...) que não sei se é caso de transtorno, sofrimento psíquico na infância. (Grupo II, E. 02).

O que se observou quanto aos processos de atendimento destas queixas é que suas peculiaridades exigem da rede de atenção e do profissional o reconhecimento da violência “como um problema de saúde pública, dada a magnitude das mortes, internações, demanda em serviços de emergência, reabilitação, além dos impactos gerados na sociedade e, em especial, nas famílias” (GAWRYSZEWSKI *et al*, 2012, p. 3172). Entretanto, assumir dada concepção sugere a abordagem de fatores ambientais imediatos ao contexto familiar delineia, em termos relativos, resultados mais consistentes e precisos que aqueles resultados de estudos que incluem somente as variáveis familiares e socioeconômicas usuais:

Eu acho que no geral, em relação à saúde mental como um todo, o profissional do PSF ainda não incorporou essa prática infelizmente. Por exemplo, a gente aqui da Unidade, somos quatro equipes de saúde da família, mas saúde mental geralmente só quem atende sou eu e a médica da outra equipe. Então, eu acho que a falta de preparo do profissional, a falta de interesse também, pois sempre surgem cursos e capacitações, tem oportunidades e esse profissional ele foge, é como se a saúde mental fosse separada, não fosse verticalizada (Grupo I, E. 19).

Em outros discursos, ao serem indagados em relação ao contexto e vivências da criança de seu território, os profissionais de saúde até descrevem a exigência de ações intersetoriais, entretanto, enunciam esta necessidade como um entrave já dado, não mais passível de enfrentamento diante de tentativas de articulações intersetoriais anteriores:

É porque eu vejo a criança como um todo, eu vejo a família como um todo... E eu faço um vínculo com a mãe. Mas aí tem os problemas da marginalização, de crianças que já se encaminharam para as drogas e para a prostituição. São casos difíceis porque se perdem e a mãe também não vem mais. Mas tem as casas de apoio, pra crianças abandonadas ou que sofreram algum tipo de violência. Mas aí tem que ir pelo juiz, pelo conselho tutelar, é bem complicado. Eu já tentei, mas é que a família às vezes não quer. (...) Quando a assistente social disse que iria comunicar ao conselho tutelar a família ameaçou (Grupo I, E. 02).

Esta é uma das questões que justifica, durante a fala dos profissionais, a subnotificação. Eles remetem sentimentos de descrédito, apatia diante do descaso político governamental e do corpo gestor em relação à promoção de políticas

públicas destinadas à Saúde Mental na Atenção Básica e, também, em relação à questão social envolvida em fenômenos como o da violência; ou até mesmo expressam o medo e sensação de insegurança para notificar tais percepções de maus-tratos e violação dos direitos da criança, já que sua inserção no território é vista como necessária, embora insegura.

Outro entrave retratado pelos profissionais de saúde é referente às possíveis intervenções a realizar na Atenção Básica. Cita-se aqui um exemplo de impasse emblemático, quando se configuram questões sociais no âmbito da saúde:

Já pensamos em criar um grupo terapêutico aqui na Unidade para crianças e adolescentes usuárias de drogas. Mesmo assim, os meninos eles... Pela própria questão do meio em que eles vivem, pela própria dificuldade de lidar com o crack e a perspectiva de redução destes danos é muito difícil. Então, assim, eu não sei como é o procedimento deles, dos CAPS, mas nós trazíamos para as reuniões de matriciamento e ouvíamos essas crianças, mas elas continuaram nas drogas... Até pela própria questão do meio em que eles vivem em que o pai é traficante ou o tio é traficante, todo mundo é traficante e eles acabam entrando. Então, aí você tem que trabalhar toda a família nesse processo. Nós pensamos então em fazer um grupo para usuários de crack aqui na unidade, mas aí ficou complicado, porque fazer um grupo com esse formato você acaba criando um estigma. Ou vamos chamar todos os garotos da comunidade sem especificar? E acabou que o grupo nunca foi formado (Grupo I, E. 24).

“Trazer a família para esse processo”, “monitoro a família”, “Envio o ACS para que vigie como está àquela criança cuja suspeita ainda permanece e sua família” (...) são procedimentos frequentemente relacionados durante as entrevistas realizadas. Sabe-se que o tema do desenvolvimento da criança, per si, já é fortemente entrelaçado ao estudo parental e familiar nuclear da criança, relatado como difícil de observar:

A gente esquece um pouco a criança nesse sentido. Eu acho que falta um olhar da atenção básica, uma sensibilização e uma capacitação começando mesmo pelo agente de saúde, que tá na casa todo dia; acho que ainda faltam os instrumentos para a gente olhar e ver aquela criança como um Ser que precisa de uma atenção. Muitas vezes a gente não consegue olhar e ver alguma coisa. Só quando ela já vem de algum outro serviço especializado é que a gente consegue enxergar. (Grupo II, E. 12)

Com efeito, faz-se necessário ressaltar que, mesmo bastante sensível a esta microconjuntura, a análise da agenda de trabalhos, da articulação entre setores e

políticas públicas corre sério risco de ser negligenciada quanto às análises e estratégias ainda por discutir e esclarecer, inclusive na Atenção Básica, onde a ausência de protocolos, discussões, projetos assistenciais integradores impossibilitam a produção do cuidado em saúde, de modo resolutivo e integral, posto que inverter este processo demandaria, minimamente, as prerrogativas: ter o usuário como destaque, fornecendo-lhe uma postura dialógica, escuta ampliada e a utilização de terapêuticas adaptadas à realidade do mesmo, saindo do escopo medicamentoso exclusivo e da concepção biomédica (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

Além disso, neste contexto, são identificadas algumas repercussões acometimento psíquico de um familiar, bem como do necessário engajamento em uma terapêutica, posto que além dos estigmas sociais, dificuldades causadas por esse cotidiano demandam dos cuidadores e membros da família transformações, muitas vezes, dramáticas, como: o afastamento de suas respectivas vidas social e profissional; relação conflituosa entre os membros, sendo mais drásticas na vida da mulher, principal responsável pelos cuidados à família e historicamente em se tratando de crianças em condição crônica (MOURA; ARAUJO, 2004), pois diversos estudos mostram o papel construído das mulheres e mães como cuidadoras principais (BECK; LOPES, 2007). Como marco de referência, vê-se que esta experiência é, por vezes, dilacerante da existência pessoal do sujeito que se identifica como cuidador principal da criança, requisitando a (re) elaboração do sentido da vida e do viver:

(...) porque eu vivo de uma tal maneira que eu praticamente virei um vegetal, cuidando dele. E outra coisa, o preconceito que ele sofre das outras crianças, tanto fora quanto dentro de casa, entendeu? Eu mesma, que sou mãe dele, às vezes eu perco a paciência com ele. (...) Aí às vezes eu fico triste; às vezes eu bato nele; às vezes eu converso com carinho para abrir a mente dele também: “você tem um problema, você tem, infelizmente você tem, você tem um problema, tem uma limitação, mas só que você tem que reagir, você tem que ver (Grupo IV, E. 05).

A gente tem que cuidar de acordo com a necessidade da doença também. E não deixar que esse cuidado passe a tomar conta da nossa vida, como uma vez eu já fiz, me concentrei só nele e não aguentei. Cuidar dele, a vida dele é essa, vamos cuidar; a minha é essa, vamos respeitar cada um, mas ele é meu filho e depende de mim para tudo, é claro que eu como mãe vou priorizar isso... Então, mesmo sabendo que não pode, eu me vi deixando o

emprego, deixando de cuidar do marido e da casa, de mim... (Grupo IV, E. 03).

A não aceitação da realidade familiar e o desejo não realizado de que o filho desenvolva-se rumo à autonomia, ou seja, mecanismos de negação, revelam uma realidade muitas vezes insuportável (WINNICOTT, 1984). O equívoco frequente é julgar situações de vulnerabilidade social com negligência ou desamor parental, cobrar suporte familiar quando toda a matriz se mostra vulnerável e imatura ante a “nova” necessidade de vivência social do sofrimento psíquico:

Para mim ele é normal. Não vejo a hora de ele melhorar mais um pouquinho e eu poder voltar a trabalhar... não quero ter outros filhos, quero só que ele cresça normal e mais tranquilo. Eu não bebo mais, mas sei que devido a gestação atribulada devido a eu beber e ao alcoolismo do pai, que ficava com ele porque eu tinha que trabalhar, ele passou por situações em que eu cheguei em casa e ele tava sujo de fezes, com fome e o pai dormindo. Mas agora a família tá tranquila e eu creio que ele vá ficar bem (Grupo IV, E. 04).

Nas análises deste estudo, encontraram-se não só as mães, mas irmãs e muitas avós, no contexto cuidado. Portanto, considera-se a família como a rede social mais próxima dos cuidadores e crianças em sofrimento psíquico, em seus sistemas de pertencimento que valorizam o vínculo afetivo entre as pessoas ligadas por laços de consanguinidade, vizinhança ou amizade, na constituição de associações recíprocas, solidárias e de confiança mútua (MARTINS, 2011).

Com efeito, parece que para que a família se torne o foco das políticas públicas, há de se redescobrir as potencialidades protetivas pertencentes à mesma em articulação com as redes e políticas sociais de apoio, em sua diversidade de arranjos, conflitos e nas contradições destes laços (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Esta concepção representa o destaque da família na política social contemporânea, seu reconhecimento como agente de proteção social, a negação de sua culpabilização e olhar voltado às políticas de atendimento e o próprio processo de condução da terapêutica da Estratégia de Saúde da Família (MIOTO, 2004).

Este, inclusive, é o enfoque de intervenção assumido pela nova equipe de Saúde Mental: o reconhecimento da potencialidade das famílias e dos entraves ao

tratamento quando os determinantes sociais não são pensados na construção de estratégias junto às famílias:

E eu acho que é o espaço que a maioria dessas crianças estão convivendo. É a família, que nós tentamos comportar nos grupos de família – isso eu acho que é um ponto positivo do serviço também, aqui tem vários grupos de família, a gente tenta, se possível, se tiver os profissionais, a cada grupo de crianças, em paralelo, ter um grupo de famílias (Grupo II, E. 01).

O trabalho com a criança está, portanto, intrinsecamente marcado nessa interface singular/social. É o reconhecimento de que o trabalho clínico com crianças impõe muitas dificuldades, e a família é uma delas, dado que não há trabalho efetivo sem a família e a inscrição dessa função de responsabilidade da criança em trazer a família... “São as crianças que fazem suas famílias se movimentarem” (FERNANDES, 2010, p. 229).

Para isso, parte-se para as situações propriamente ditas. Três narrativas, emblemáticas que falam das movimentações das crianças e suas famílias nas redes de atenção. Acompanha-se, como metaforiza Rizzinni (2013, p. 34) “A via sacra das crianças e suas famílias”, como mote para discussão que segue.

3. 2. 1. “Ele não é o bebê Jonhson”

D. Marlene é uma mulher com cerca de 40 anos, franzina e de estatura mediana, encurtada pela postura encolhida e olhar lânguido. No primeiro momento se apresenta tímida, um pouco nervosa ou preocupada com o gravador e em explicar, de modo ordenado, sua história, entre o que viria primeiro e o que vem em seguida. Ela inicia dizendo que teve Caio com 28 anos e que, para ela, o menino é uma criança normal, que antes de ele nascer, tamanhas foram as complicações, que ela achava que seria lindo e perfeito como o bebê da Jonhson, mas não foi assim.

Depois de mais cinco anos convivendo com Sr. Manoel, ela relata ter descoberto que estava grávida: “Engravidei, uma gravidez não planejada, difícil porque tinha um cisto do tamanho de uma laranja. Aí, tive que operar. Na gravidez dele eu tive raivas, tive depressão... Não consegui amamentar, pois tive que tomar medicação. Não sei se fazia parte da doença da minha sogra, mas ela me dizia

muitas coisas... Que eu ia abortar, não ia segurar.” A sogra de D. Marlene possuía uma doença degenerativa, segundo ela “o alemão”, o “Alzheimer.”

Depois que Caio nasceu, ainda em seus primeiros anos de vida, ela narra que continuaram as mesmas “implicâncias” da sogra com ela, só que aí a sogra começara a interferir nos cuidados com a criança, mais diretamente, criticando D. Marlene em relação a não banhar direito, nem amamentar e em relação ao sono inquieto da criança, pois, na época, Caio trocava o dia pela noite, e teve cólicas fortes durante os primeiros meses. No segundo mês, ela “entra em crise” e é levada ao posto de saúde de seu bairro. Recorda ter tomado medicação calmante, pedido pelo amor de Deus que a internassem, mas acabou voltando para casa.

A um salto, ela diz que só volta a contar desse momento para a médica do posto aos três anos da criança, afinal, Caio já comia direito e estava no peso bom, mas a sogra sempre falava que ele era um “bebê desnutrido” para atingir D. Marlene e permitia que ele comesse tudo o que quisesse.

E então, disse ela que tudo começou nessa idade de três anos, quando parentes e professores começaram a dizer que Caio era louco, pois ele batia forte nas pessoas, coleguinhas e adultos. “Eu dizia que ele não tinha nada, que era coisa de criança de gênio forte. Passou um tempo e a Escola dele começou a me chamar, ficou só me chamando até que mandaram uma carta e disseram ‘vá procurar algum psicólogo para o seu filho’ e me mandaram para dois lugares que não tinham vagas: o posto de saúde e de lá me mandaram para o NAMI da UNIFOR. Aí, me mandaram para o neuropediatra e para cá [CAPSi].”

D. Marlene diz que demorou um pouco entre o período que buscou o psicólogo no NAMI e que foi ao CAPSi, pois disseram a ela que no CAPSi era só a partir dos quatro anos de idade e, então, ela ficou tentando ver se ele melhorava até essa idade. Mas isso não aconteceu, pois ele começou a falar e, segundo ela, era assim: “quando ele tinha raivas muito fortes dizia que queria esfolar ou matar alguém. Sua raiva e força para bater, nessa idade, já era enorme e assustava a gente. Além disso, ele passou a desmaiar depois das crises de raiva. Acordando sem lembrar nada, desmaia e não entende. Eu já chorava por tudo, por ver meu filho assim, com tanta raiva, nem dois homens seguravam. Perguntei à Doutora aqui do

CAPSi porque ele faz isso [desmaia e esquece o que aconteceu]? A Doutora disse que é a maneira dele não bater, de fato.

Agora, aos sete anos, além das raivas e de ficar em alguns momentos catatônico, quando um animal ou alguém morre, quando ele vê noticiário de assassinato e violência ou quando não recebe algo que quer, ele fica triste e deu para subir e passar horas no telhado emburrado. Aí tem é zé tirar ele de lá!”

A mãe relata que, após esses momentos, quando ela conta para ele, parece que ela está inventando, mas explica para ele que não teria como inventar, nem capacidade de mentir para o filho. Então, acha que sendo assim ela e o filho precisam estar no CAPSi uma vez por semana. E emenda dizendo: “eu bem queria que fosse mentira mas não é, infelizmente ele não está normal, isso me afeta, mas ele não é normal.”

A mãe, D. Marlene parece ambivalente em seus argumentos, angustiada em relação ao que poderia implicar o filho ser acompanhado por um profissional ou em um serviço de saúde: “Eu não queria levar ele para cá, canto nenhum... Ele sofria muito na escola... Agora maiozinho [12 anos] ele sofre muito *bullying* e eu pensava que era só raiva, mas não passou e ele está cada vez mais inquieto.”

Bastante chorosa, ela relata que um momento ele brincava de luta com outra criança e levou um tapa, quando veio a raiva e ele bateu, bateu e bateu quando a criança começou a gritar ‘me ajuda’, ‘me ajuda’... “Aí peguei ele e levei ele para casa, chorei e orei...” “Eu lembro que uma vez “ Então, logo que eu cheguei aqui [no CAPSi] briguei com a Doutora, acho que ela não me entendeu, por que eu sou espírita e acho que ele pode estar acompanhado de maus espíritos, ter feito coisas ruins nas vidas passadas, mas passou.

“Eu acredito porque quando fazia orações ele acalmava. Com outros psicólogos ele tem melhorado, apesar que tem coisas, momentos de raivas que não mudam... Mas eu acho que é só o momento da raiva, quando passa ele não lembra e não sabe o que falou. Graças a Deus, aqui com o médico, psicóloga e outras crianças ele tem melhorado. Mas veja...” Interrompe o pensamento, dizendo: “Meu filho pare com isso...” [Caio, que estava em atendimento, entra na sala, passeia por ela, não quer sentar. Acende e apaga as luzes, gritando: “é realmente assustador!”].

D. Marlene sente medo em relação aos anos que passam, pois sente que podem estar perdendo o controle da situação, pois ele quer mandar em casa, afinal, sua sogra e o esposo, como outras pessoas acham que se ele é doente, ele pode fazer tudo.

Sente que tem coisas, como a escola [que Caio não frequentou este ano] ela “relaxou”, afinal não vê o filho como um inválido, entretanto, a última escola não o aceitou mais e ele já passou por tantas escolas que diziam que ‘não o aguentavam mais’, pois ele atrapalhava demais, segundo eles, o que ela poderia fazer? Com o olhar enraivecido e fala ainda abismada me diz que a diretora da última escola que Caio frequentou perguntou o que ela fazia para corrigi-lo. D. Marlene diz para mim: “Eu acho que ela não tem filho, não sei da vida dela, mas não acho que ela tenha... Eu disse a ela doutora: Eu tiro ou dou a ele o que ele gosta. Não posso fazer mais nada. Então, ele sofria marcação na escola, não tinha amizade com ninguém, não estavam olhando as tarefas e a escrita dele, mas sim o comportamento... Então ele estava indo para a escola e não estava aprendendo.”

Então, ela segue contando como é difícil sua rotina diária, pois não trabalha e passa o dia “de olho” em Caio, fora o dinheiro que tem que arrumar para as consultas... “Ê, minha vida não é nadando em leite de rosas não”.

Em tom de confissão, quando Caio é levado pela recreadora da instituição, confessa que o marido trabalha o dia todo e eles têm tido dificuldades no casamento, pois os cuidados que Caio vem demandando dela têm gerado certo ciúme no marido, além do fato de acreditar que o marido tem outra mulher, afinal, eles temem muito ter outro filho nas mesmas condições. Chora e diz que gostaria que ele viesse um dia e cuidasse do filho, pois é como se ele a culpasse e colocasse para ela que está “pagando e sacrificando a vida”, sem ninguém para ajudar, sente que só a criticam, quando, na verdade, o fato do pai de Caio ser alcoolista desde a adolescência pode ter influenciado para que o filho seja assim, conforme relata ter ouvido em um dos grupos de família do CAPSi.

3. 2. 2. “A mãe deu ele para mim”

“Pedro vai fazer seis anos mês que vêm”, começa D. Júlia a falar com essa frase. Ela é avó do menino e vem ao CAPSi uma vez por semana. Senhora negra, forte e aparentemente mais nova que sua real idade, a senhora de 63 anos, costureira, cuida do menino desde que ele tem dois anos de idade, quando a mãe biológica o deixou na casa de D. Júlia, pedindo que ela cuidasse da criança durante um fim de semana, e não mais retornou para buscá-la.

D. Júlia chegou ao CAPSi com um duplo encaminhamento, um deles do conselho tutelar, posto que a situação que se instalou foi de abandono da criança pela mãe, porém durante os últimos quatro anos, vez por outra a mãe reaparece querendo ver e levar o filho.

D. Júlia diz já sentir dificuldades em acompanhar o ritmo da criança, mas que não confia que a mãe leve a criança consigo, tendo em vista que neste período descobriu que a mãe da criança possui diagnóstico de esquizofrenia e, em sua última tentativa de visitar o filho, queria levá-lo a todo custo, chegando a agredir D. Júlia. O seu filho, pai de Pedro, teve um caso pontual e a mulher engravidou. Atualmente, ele dá toda assistência financeira para a criação do garoto, mas não convive com a criança.

Aos dois anos Pedro não falava, nem andava, só sentava e engatinhava. Apresentou crise epilética três vezes, quando D. Júlia começou a procurar tratamento para o garoto. Diz ela: “só aos três começou a se soltar... Aí, não tinha brinquedo que aguentasse... Destruía tudo e repetia palavras de maneira reduzida, o que me fez procurar um neurologista e fonoaudiólogo em uma instituição filantrópica em Fortaleza.

Agora, aos seis anos, chama a avó D. Júlia de pai e ao chegar na casa da avó começou a ter medo generalizado, de defecar, dormir, com o sono interrompido diversas vezes durante a noite, quando procura a avó. Esta tem buscado deixá-lo dormindo sozinho, mas diz que ele, no meio da noite, não aguenta e vai até ela, chorando sem motivo ou não conseguindo se expressar.

Aos quatro anos começou a estudar e da Creche também recebeu um novo encaminhamento. Mas este ano [aos cinco anos] as reclamações e chamadas à

Escola se tornaram mais frequentes e passaram a se referir a uma agitação e inquietação do garoto, ao ponto que se tornou condição para continuar na escola sua inserção em um tratamento.

A escola o encaminhou para a Unidade Básica de Saúde que fica ao lado da Creche escola, a pediatra que os atendeu encaminhou o garoto para o NAMI, que, na ausência de vagas, o encaminhou ao CAPSi. Mesmo assim, continua sendo acompanhado pelo neuropediatra, só que agora em um Hospital Geral de Fortaleza.

No CAPSi, demorou seis meses para ser atendido após a triagem, que nesse período foi um pouco mais difícil que agora porque, muitas vezes, era surpreendida com ligações da escola pedindo que ela fosse pegar a criança e cobrando que ela procurasse atendimento para ele, pois estava “em crise constante”, que detalhou dizendo que ele estava e batendo a cabeça na parede ou repetindo sons estranhos ou tudo que outras pessoas falavam, atrapalhando a aula, ou até mesmo se machucando, mordendo algum amiguinho.

A nova professora pensa que vale mais tirar o que ele gosta, só que não sabe se tem sido bom, já que mesmo confiando na professora, a criança diz sempre que o errado era o outro e ele quem levou a culpa injustamente. Além disso, a avó descreve que em casa já pega dinheiro escondido, enterra o dinheiro, mente quando pega as coisas e já se queimou gravemente porque viu na TV e quis imitar.

Ela narra que o atendimento tem sido importante, já que, antes, quando ele era pequeno, era mais fácil, mas que agora ele já a derrubou, e está ficando grande e cada vez mais agitado.

D. Júlia diz que tem sido difícil cuidar do neto, sua vida se tornou agitada e ela não trabalha mais... “Minha vida mudou completamente. Eu não trabalho mais porque não posso deixar ele sozinho, porque eu prometi cuidar dele e o pai não tem contato, não consegue cuidar do filho... Pior que eu e o avô dele estamos envelhecendo... Eu até pensei em dizer para o meu filho que ele quem devia assumir Pedro, entretanto, hoje Pedro conversa com todo mundo, menos com o pai dele porque tem vergonha. E o pai paga tudo, merenda antes no terminal, passagem, sorvete depois, remédio, mas não tem envolvimento.” diz a senhora.

Assim, D. Júlia analisa que as carências de Pedro têm origem na ausência dos pais. Diz que teve dificuldade de contar os dados da época da gravidez para as

pessoas do CAPSi, porque não acompanhou a criança durante o período e a mãe não contara nada sobre, então, acha que foi uma mudança muito brusca.

Hoje, aos cinco anos, joga objetos nas pessoas, empurra e tira dinheiro sem avisar para jogar videogame na rua, motivo pelo qual acredita não poder mais trabalhar.

Ela diz que sente culpa, porque, às vezes, não há vale, ele não vem para o CAPSi, que nesta data havia dois meses que não vinha ao CAPSi e, antes disso, de agosto a outubro a médica faltou e a cada consulta a medicação muda, além disso os remédios são todos caros e comprados. Mesmo assim, ela argumenta que sempre tenta dar um jeito, por ter medo que ele vire um adulto violento... “Mas é difícil, é difícil... É difícil porque tive seis filhos e nenhum deles teve esses problemas que Pedro tem, de ser agitado e agressivo...Ele vale por três ou quatro crianças, tem hora que não tenho mais...” Finaliza com choro contido, sem conseguir terminar a frase e dizendo que precisa ir.

3. 2. 3. “Inteligente? Uma incógnita!”

Mário, 14 anos, chegou ao CAPS com a sua mãe no dia nove de fevereiro de 2010. Durante sua infância passou por diversas instituições de atendimento a crianças com transtornos mentais, invariavelmente hospitais psiquiátricos, sendo diagnosticado com autismo (F 84.0) desde seus os cinco anos. Mário mora com sua mãe, e seu irmão mais novo mora com a tia, pois alega ter medo do irmão.

Seu pai abandonou a sua mãe desde a sua gravidez, com brigas, ameaças e contato físico agressivo... Foi quando ela recorreu ao avô materno da criança e estes passaram a viver juntos, e se separou do pai de Mário.

Quando tinha nove anos, seu avô, ao qual a mãe diz que seu filho era muito apegado, faleceu. Desde então, diz ela, Mário tem piorado em relação à socialização e a relação com seu sofrimento psíquico, embora seja bastante afetuoso e, exceto nos momentos de crise, conversa muito com a mãe em casa.

D. Clair diz que Mário nasceu cianótico, mas não se comprovou retardo, posteriormente, diz sua mãe. A mesma disse que namorava seu pai, um professor universitário de física, que ainda estudava na época em que o casal descobriu a gravidez e, portanto, esta não foi planejada, nem foi desejada ao ser descoberta. Mesmo a mãe não tendo continuado com o pai do adolescente, eles tiveram outro filho, que hoje está com nove anos e mora com a tia, até “o dia em que o irmão melhore seu estado” (SIC), pois o irmão mais novo teme o irmão mais velho.

Durante sua primeira infância, a criança comia as massas de modelar, banhava-se de tinta e sempre passou horas assistindo TV ou ouvindo músicas. Mário passou por diversas escolas sendo que, na última delas, ele conseguiu aprender a ler e escrever. O motivo do último abandono da escola foi por que seu filho “muito inocente” apanhou muito de outros garotos da escola, fato que ela relata ter sido o motivo do desligamento do filho da instituição.

Mário engatinhou e andou sem problemas, embora sua fala seja ainda um pouco restrita e enrolada. Desde cedo, ele apresenta medos de cachorros e de piscinas. Outros comportamentos “bizarros”, a saber: matar gatos brincando com eles, ouvir as mesmas músicas repetidamente e subir e pegar os galhos das árvores são encontrados em sua história de vida, até o período de sua puberdade, quando procura, também, pegar os galhos para confeccionar bandeirinhas (uma função) e, agora, começou a buscar descobrir seu corpo, masturbando-se, embora não saiba como o fazer completamente.

Seu projeto terapêutico inicial foi o de passar pela avaliação da psiquiatra e terapeuta ocupacional, além de ter sido encaminhado para a ambiência. Com base nos comportamentos e fala repetitiva, além do diagnóstico anteriormente estabelecido, continuou a hipótese diagnóstica de autismo.

Mário passou por duas internações no mês de abril e, a partir de então, começou a frequentar o grupo de intensivos. Mário é acompanhado em seis sessões nesse espaço, enquanto sua mãe participa do grupo para os familiares dos usuários do CAPSi.

Mário é um adolescente alto, de andar meio esquisito, e traz consigo, para o CAPSi, inúmeras folhas e galhos de árvores que arranca pela janela da topic. A mãe, já muito nervosa pelo trajeto de vinda ao CAPSi, o trata de modo agressivo

e, não respeitando muito a individualidade do filho, exhibe os seus hematomas, mesmo sem pedir licença.

A mãe afirma ter notado as transformações de comportamento de Mário desde o começo de sua vida, ela diz ter percebido que Mário não era normal em seu primeiro ano de vida e narra que foi um período muito difícil de sua vida, pois ela sempre foi sozinha para cuidar do filho, pois o pai de Mário não gosta de ver os filhos e, por ser um tipo muito materialista, acredita que pagar sua pensão é o bastante. A última vez que Mário viu o pai foi ano passado, quando ele (pai) teve que ir buscar uma documentação para conseguir a restituição do Imposto de Renda.

Sobre seu cotidiano escolar, Mário sempre gostou de estar na escola, embora apanhasse bastante de seus colegas, diz a mãe. No CAPS, isola-se dos demais garotos do grupo, senta no chão e corta os galhos com a boca.

“Lê você isso...” Muitas vezes a mãe não entende, pois ele escreve as letras umas por cima das outras, lê palavras, rótulos, memoriza músicas, além disso, ele parece compreender quando não se pode ceder algo ou ele não pode fazer alguma coisa. Diz ela: “como ele pode ser inteligente, tudo bem que o pai é hiper inteligente, mas como ele pode ser inteligente e tão cheio de manias impossíveis? Para mim, é como digo a ele, ele é uma incógnita!”

Nestas duas últimas semanas, Mário esteve internado e a mãe disse que ele estava muito agitado e teve medo de levá-lo na topic. Há treze dias entrou em crise e foi internado em um Hospital Psiquiátrico de Fortaleza.

Mário entrava em crise sempre que sua mãe brigava com ele e falava de seu pai. Aparentemente, o motivo da discussão foi porque a mãe comprou um tênis e Mário o descascou inteiro, amarrando os pedaços de tênis no pé com cordões. E ela disse ficar com raiva quando Mário “rebola dinheiro no mato”. Ai, ele “vai em cima” da mãe e ela tenta se defender, mas percebe que o filho já está rapaz e que já são muitos anos de cuidados exclusivos ao filho, por isso nota que desconta no filho, muitas vezes, a rotina estressante de cuidar dele vinte e quatro horas.

Em suma, “chegar na hora” ou “intervir a tempo” (BERNARDINO; ROHENKOHL, 2002; FERNANDES, 2010) pode ser “chegar cedo” demais para alguns, tomado com algo da ordem do impossível no SUS, é falar até mesmo em prevenção da situação-limite. Acredita-se que na impossibilidade de amamentar da

mãe de Caio diante da entrada “em crise”; a “ausência” de laço entre Pedro e seu pai desde cedo; Bem como as discussões violentas de Clair com o marido durante a gravidez de Mário.

Tais momentos foram cruciais na tentativa destas mulheres serem mães, e representam sincrônica e diacronicamente momentos em que, possivelmente, as incertezas ou descuido com o tema da maternidade por parte das equipes de saúde se impuseram como limites aos próprios profissionais, cuidadoras e suas crianças. Trata-se, antes de tudo, de se deixar incomodar e abrir para as possibilidades de maior articulação da Atenção Psicossocial com os espaços comunitários. Portanto, se faz pungente apostar nesta ideia: “escutar ou auscultar, eis a questão!”

4. “NEM TUDO QUE CAI NA REDE É PEIXE”: REFLEXÕES ACERCA DA INTEGRALIDADE NOS FLUXOS E PROCESSOS DE TRABALHO

*Ô, marinheiro, marinheiro - marinheiro só
Ô, quem te ensinou a nadar - marinheiro só
Ou foi o tombo do navio - marinheiro só
Ou foi o balanço do mar - marinheiro só*

(Marinheiro Só, Clementina de Jesus)

Discussões sobre a integralidade e resolubilidade vêm sendo travadas no interior das políticas públicas, considerando que se faz necessária a análise da qualidade com a qual os serviços são ofertados, bem como outra lógica de como se concretiza o cuidado em saúde para esta análise, entendendo-se resolubilidade como uma resposta ao problema de saúde, de forma a garantir ao usuário o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, com vistas à produção de um cuidado integral. Seria, talvez, não um indicador, mas “uma utopia a ser perseguida na prática” (ASSIS et al, 2006, p. 30).

“Nem tudo que cai na rede é peixe” (PAIM, 2013, p. 290) e muitos peixes têm dificuldade de se movimentar e se articular na rede. Acolhimento, Referência e Contrarreferência, seja via matriciamento, encaminhamento ou acolhida de livre demanda, representam o ideal de articulação entre gestores na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e regionalizados (SOLLA; PAIM, 2013); ou geração de “encontros efetivos” (MERHY, 1997, p. 39) na micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde, como contribuição e aposta na reestruturação produtiva intersetores, quanto à garantia de acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população, com uma escala adequada que viabilize uma boa relação custo/benefício e a devida qualidade dos serviços de produção do cuidado.

Aliás, a situação de produção do cuidado, como tarefa orientadora de todos os profissionais envolvidos, apresenta que não há direcionamento unívoco sobre como melhor este fluxo se constitui, posto que as redes de atenção, sua organização na montagem de sistemas de referência e contrarreferência e construção de linhas de cuidado constitui a premissa de fortalecer as interconexões

entre a Atenção Básica e Psicossocial nos fluxos e itinerários terapêuticos em uma “situação-centrada” que norteie à compreensão da resolubilidade.

Ao falar-se de usuários em situação-centrada coloca-se a ênfase nas relações, em todos os envolvidos como mediadores de tal situação e construtores dos discursos e compreensões (ou não compreensões): os mediadores enunciam, fazem coisas de formas diferentes, mobilizam modos distintos de produção de verdade e estão em processo (LATOURET, 2004). Tais concepções se diferem de ideias como as de “público-alvo”²⁸ ou de modelo “usuário-centrado”²⁹.

Na perspectiva de reorientação do modelo de atenção na perspectiva do cuidado, diretrizes apontam a necessidade de expansão do PSF, refinamento para ESF e articulação com o apoio matricial e NASF apontam a complexificação e possibilidade de mudança efetiva do panorama assistencial rumo à integralidade. Contudo, no Brasil, permaneceu-se por muito tempo com base hegemônica no modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, até vivenciar-se o processo de reforma sanitária.

Desde então, intenta-se dessubordinar as ações e serviços que compõem as práticas instauradas pelo SUS, colocadas por Almeida-Filho e Paim (2013) como “crise permanente” tencionada pelas características intrínsecas ao modelo sanitário (ou princípios e superação destes problemas) em contraposição a determinantes estruturais, tais como: subordinação à lógica do capital, isto é, a mercantilização dos serviços de saúde e ainda se constata:

(...) Baixa cobertura assistencial, ineficiência administrativa, ineficácia técnica e ausência de coordenação interinstitucional... tendência inexorável de elevação de custos, redução da efetividade diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, crescente insatisfação dos profissionais e trabalhadores de saúde e por último pela perda de credibilidade e confiança por parte da população usuária (p. 291).

Com efeito, tem-se que o modelo hegemônico de operacionalização do sistema da saúde ainda presta-se tradicional e *taylorista* na organização do trabalho,

²⁸ Idéia que se fundamenta na perspectiva dos construtores de políticas públicas, que frequentemente tem interesses diferentes dos usuários do sistema, como a perspectiva de público-alvo (BONET et al, 2011, p. 242).

²⁹ Perspectiva que contorna a perspectiva reducionista de “usuário”, que o retira das relações, tornando-o diferente dos demais participantes, ainda como alvo do feixe de relações (BONET et al, 2011, p. 242).

enrijecido e conformado em arranjos piramidais hierarquizados em níveis de atenção burocrática e, portanto, apresentando forte centralização das decisões, atendimentos despersonalizados e fragmentados (LACERDA; VALLA, 2005), o que vem dificultando a implementação do modelo de atenção norteado pela promoção do cuidado almejado (MENDES, 2009).

Com base nesta conjuntura, observa-se que a busca pela resolubilidade das ações em saúde não está restrita aos serviços e dispositivos de saúde, mas, fundamentalmente, se transforma e revigora a partir dos diversos atores do processo de cuidar, em meio à, geralmente, tensa e conflituosa dinâmica das relações e do ato vivo, marcado pela total possibilidade de articulação destes protagonistas e ação no ato produtivo, no encontro com o usuário (MERHY, 2002; FRANCO, 2006).

Esta concepção inaugura a perspectiva de “rede de cuidados”, que enfatiza a articulação com outros instrumentos e organismos sociais na condução dos processos de trabalho, como: família, religião e demais fatores constitutivos das redes de apoio, ressaltando-se a comunicabilidade entre os atores (e não entre os serviços), questão esta que, em virtude disto, ganha a adjetivação de “rede social”. (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2005).

Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais, serviços e usuários constituem-se como sujeitos das ações de saúde, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro. Por isso, compreende-se a efetiva produção do cuidado a partir da integralidade, e aqui se reporta, especificamente, à integralidade entre as “veredas” da Atenção Básica e psicossocial, que remetem às reformas sanitária e psiquiátrica, ora juntas, ora configurando ambiguidade, conforme analisa Onocko Campos (2013):

Outros sistemas de saúde foram primeiramente sistemas de saúde antes de se reformar no campo da assistência psiquiátrica (o sistema inglês, por exemplo). Neles podemos reconhecer as marcas desse passado: um sistema bem assentado na atenção primária, com uma atenção básica médico-centrada, e no qual a temática da saúde mental se impõe epidemiologicamente no contemporâneo e procura ser abordada a partir de capacitações dos médicos gerais e encaminhamentos precoces e adequados (p. 08).

Assim, “o sistema nasce se reformando”, conforme ressalta a mesma autora, e apesar de toda a sua incompletude, heterogeneidade de funcionamento e de deficiências várias, resiste, no princípio da integralidade, a possibilidade de corresponsabilização do cuidado em rede.

Assim, a integralidade se constrói ancorada na concepção que se tem de rede. Estas são primeiramente apontadas como “redes de atenção”, pensadas a partir de níveis hierarquizados de complexidade: primária, secundária e terciária, aos quais se requisita articulação e continuidade do cuidado para a resolutividade das ações de saúde. Todavia, esse modelo tradicional de prestação de assistência à saúde encontra-se em crise, esgotado por seus limites de eficácia (baixo impacto) e de eficiência (custos elevados), tornando alvo de inúmeras críticas o cenário sanitário brasileiro (MENDES, 2009), principalmente, no que se refere às deficiências na integração entre os dispositivos de assistência em saúde e não alcance das necessidades de saúde pelo usuário (FORTES; FURLANETTO; CHAZAN, 2005).

Repensar, então, a racionalidade dos serviços de saúde, significa partir do modo em que são conduzidos os encontros e as relações de contratualidade entre os principais atores (usuários, suas famílias, trabalhadores e gestores) e, por conseguinte, do estudo da reorganização dos processos de trabalho, dado que a articulação da rede implica assumir outra proposta de rede, sobremaneira, na compreensão da composição das gestões corresponsáveis e copartícipes, centradas na situação do usuário e de atenção ao processo de reabilitação psicossocial deste no seu território existencial e, portanto, relacional (FRANCO, 2010), o que perpassa o conhecimento e contato contínuo entre as equipes. É necessário romper as hierarquias do bolo!

Direciona-se a compreensão dos resultados aos processos de trabalho por se reafirmar no estudo que quem tece a teia de uma aranha, lógica transposta ao trabalho em saúde, é o “trabalho vivo em ato”: “determinada especialmente pelos encontros e agenciamentos de que o trabalhador é capaz, na permanente construção de territórios existenciais que conformam campos magnéticos de produção de sentidos e afetos” (FRANCO; GALAVOTE, 2010, p. 193).

Partindo desta analogia, o trabalhador está sempre a construir sua teia, demandando a necessidade de construir fluxos-conectivos. Estes, traçam uma cartografia no interior da micropolítica dos processos de trabalho em saúde. Por outro lado, estas teias podem ser fortes, portanto, mais elásticas... Ou não. Segundo o profissional de saúde 01, a estratégia planejada para a reconstrução dessa teia é o encontro:

O que ta faltando para a integralidade? A gente se conhecer mais, né? Se o CAPS saísse mais dos CAPS e fosse até os postos de saúde para se apresentar, a gente tem até pensado em algumas estratégias, assim, com essa finalidade, mas eu vejo que tem pensado mais na educação, mais até do que na saúde. A gente tem pensado muito em fazer palestras informativas nas escolas para os profissionais das escolas, para os professores, educadores e, num segundo momento, talvez para os alunos (Grupo II, E. 01).

E, também, o conhecimento e articulação destas equipes com a compreensão da rede de cuidados existente, já que tem sido evidenciada a preocupação relacionada à dinâmica cotidiana do cuidado promovido pelos profissionais de saúde:

Acho que nós profissionais precisamos conhecer mais essa rede. A rede eu acho que foi colocada e nós temos muitas coisas que a gente não se apropria. Então, esse trabalho de articular o território, de ver o que tem aqui, o que tem ali, o que eu posso usar, para onde eu posso levar essa criança, eu acredito que a gente precisa se apropriar mais disso, certo? Não precisa a gente ficar sobrecarregado, existem lugares que dá para encaminhar, entendeu? Para não ficar gente certa em lugar errado, para não acontecer esse desencontro. E a gente está começando a fazer a costura melhor dessa rede. Mas há os encaminhamentos em relação a rede, aos encaminhamentos, acontecem, eu acho é que precisam melhorar e o apoio matricial voltar a acontecer (Grupo II, E. 02).

Como encontro, os profissionais relacionam os processos de apoio matricial e de referência e contrarreferência, além da estratégia de fomento gestor de reuniões e formações sobre a rede de cuidados. Observa-se que a proposta é denominada a partir da técnica, como o apoio matricial, mas possui ancoragem em uma ética do cuidado, ou seja, no processo de cuidar implicado em uma ética de abertura ao outro e de respeito à alteridade.

A gente precisa se encontrar, eu infelizmente consigo ser feliz nos encaminhamentos porque eu saio ligando para um colega e outro... Colegas de faculdade e vice-versa, com que tenho relação de amizade próxima mesmo e assim a gente vai se conectando. Mas já fui questionada, se isso era legal, já que fica parecendo favor ao usuário e não que é o seu direito, mas já vi outras pessoas, referência na saúde mental mesmo, que falam da rede subjetiva, dos contatos telefônicos, já que não temos um sistema de informação, mas eu me sensibilizo com a causa do outro e tem sido resolutivo assim (Grupo II, E. 04).

Acredita-se que esta incorpora em uma perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado, que assume a objectualidade (AYRES, 2009), inerente às ações de saúde, inconformada com a articulação exclusivamente instrumental que se aplicaria sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. Há forte preocupação com os direitos do outro e a distanciamento necessária para construir estratégias de cuidado, mas, também, atitude cotidiana e viva, sensível e aberta a novas conexões. Tal objectualidade se produz no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes.

O objeto, nesse caso, não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Sob esta perspectiva, a instrumentalidade não deve suprimir a presença subjetiva de qualquer um dos dois lados da relação. Sobre a perspectiva do direito e fluxos da rede, nota-se, nas observações de campo, que se remete mais à forma como é passado ao usuário o encaminhamento, de forma cidadã, responsabilizando-o e compartilhando com ele a continuidade do cuidado, sem deixar para ele todo o “serviço de busca”, diga-se assim.

4.1. Espaços estratégicos para os encontros: encaminhamentos, referência e contrarreferência e apoio matricial

Nem sempre os processos de trabalho em saúde funcionam com foco na integralidade ampliada em uma rede mais complexa, mas sim na integralidade focalizada, ou seja, restrito ao núcleo do profissional ou ao serviço de saúde específico ou, ainda, aos serviços do setor saúde (CECÍLIO, 2001).

De modo geral, vê-se que os entraves referentes ao que aqui se denomina de espaços estratégicos de encontro perpassam a questão de como conduzir a Atenção Psicossocial na Atenção Básica (CAÇAPAVA et AL, 2009), o que perpassa a ainda obnubilada visão de que ações de Saúde Mental são, sobremaneira, tarefas que competem a todos os profissionais de saúde, o que convoca especialmente os profissionais da Atenção Básica, posto que a reabilitação psicossocial se efetiva no “habitat” privilegiado do sujeito, ou seja, sua família e comunidade (CUNHA, 2010; AMARANTE, 1995).

Na pesquisa, uma questão que se destaca é a intensa referência à dificuldade dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em reconhecer os fatores psicossociais como determinantes do processo saúde-doença da população, ou seja, são observadas ações ligadas à concepção de doença mental, e, a partir deste objeto, o estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de medicamentos como meio restrito de intervenção junto às pessoas com necessidades no campo da Saúde Mental.

A perspectiva de prevenção ou promoção da Saúde Mental pouco aparece nas narrativas, o que leva à compreensão que a temporalidade demandada por intervenções que venham a gerar prevenção do agravamento do sofrimento psíquico na infância praticamente inexistente, o que se confirma na ausência de ações voltadas a esse público, ou a emblemática situação na qual nenhum dos entrevistados afirmou ter tido a experiência de realizar apoio matricial em saúde mental a crianças ou às mães destas crianças.

Fatores como o estigma de pensar a Saúde Mental na Atenção Básica e a loucura infantil foram constantemente suscitados nos regimes de enunciação:

Como você sabe, nem todo mundo da saúde da família tem interesse, tem profissional que diz: “olha, eu não gosto, não quero trabalhar” e não vem mesmo, não vem [para o apoio matricial]. E não tem ninguém que obrigue a pessoa a fazer parte do apoio matricial, o ranço é forte com o que é psiquiátrico (Grupo I, E. 14).

Este constitui um entrave que diz respeito à compreensão de que sistemas se produzem nas dinâmicas de afetos que emergem dos encontros intersubjetivos, que conformam os cenários de paixões e afetamentos (FRANCO, 2013), ou seja, tal

sensibilidade se demarca ainda oculta, na ausência desses encontros relatados pelos profissionais entrevistados.

Este paradoxo também se dá ao pensar a criança com sofrimento psíquico, ainda passível de ser acompanhada na Atenção Básica, até mesmo se partir-se do ideal de que não há ainda transtorno mental instalado, ou seja, há possibilidade de prevenção:

Não tem caso que fique aqui. Ele recebe já o encaminhamento da responsável pelo CAPS, que veio aqui, e encaminha, marca os dias de ir para lá, porque nós não temos nenhum recurso terapêutico para crianças, nós temos para a população adulta mesmo aqui da unidade. Fazer grupos com crianças? É, eu acredito que nós não nos mobilizamos para isso. Tem demanda mas é bem menor que a adulta. Nós tínhamos um caso de autismo e hoje em dia o menino já está adulto, era muito difícil porque na época o CAPS não tinha transporte para poder fazer visita. Então, hoje em dia o menino já é adolescente e continua sem ter acompanhamento a domicílio. Quando ele adoce, nenhum hospital quer receber porque não sabe lidar com o caso e ele está lá sendo cuidado pela família (Grupo I, E. 15).

Isto demarca também uma diferença central na condução dos processos de trabalho: o discurso científico dos profissionais de saúde difere do discurso amoroso, como é o caso dos usuários e familiares.

Latour (2004) faz a diferença entre esses discursos, em que o discurso amoroso busca o aqui e agora, aproximar e transformar pessoas; e não uma cadeia de acontecimentos, longínqua e invisível, como as redes e sua série de protocolos burocráticos e de encaminhamentos aos serviços “adequados”, nas quais se busca as informações corretas para transportá-las aos indivíduos que as buscam.

Outro entrave é relativo aos encaminhamentos dos casos de pessoas com sofrimento psíquico de modo geral, da Atenção Básica para a Atenção Psicossocial. Além do estigma, vê-se que os profissionais da Atenção Básica tendem a não se responsabilizar pela saúde mental por também se encontrarem com assoberbamento de outros programas e indicadores a coordenar e a responder na produtividade. Segue outra assertiva que reafirma a mesma análise:

Então, é muito solto a parte mental, a pessoa num está nem aí. No momento atual eu não estou vendo nenhuma atenção. Não sei se devido a tanta droga aqui e o pessoal querendo muito... Ontem uma senhora chegou aqui aos prantos: “Pelo amor de Deus me internem, me internem!” e depois

de mexer em Deus e o mundo a gente conseguiu que a parte mental viesse e eles não chegaram. Ela disse que ia embora e foi embora, foi enternada novamente. Estava sob efeito de drogas e de álcool, quando ela chegou aqui estava tendo alucinações e tudo, mas os médicos não querem atender, tem medo ou acham que já fazem demais atendendo outras doenças crônicas, inventam que não tem tempo, tem o PMAQ... (Grupo I, E. 20).

Ao profissional de saúde refere-se, portanto, a exigência de metas e ações programáticas endereçadas às UBSs, e analisa que, embora compreenda que a Atenção Psicossocial transversaliza o cuidado, por não haver programa ou indicador referente à saúde mental e haver a exigência por certo “padrão” de produtividade da Atenção Psicossocial na Atenção Básica a partir de outras modalidades de atendimento, ações de articulação com a Atenção Psicossocial são “esquecidas” desta linha de cuidado:

Era para ter mais, mas não tem. Não sei também se dá. Se na unidade básica de saúde tivesse alguém responsável pela saúde mental – ou um enfermeiro, ou médico, ou assistente social, ou fisioterapeuta, poderia ser qualquer funcionário; tivesse sempre esse contato com o CAPS, sabe? Aquela pessoa ser responsável ou um programa de metas da saúde mental. Porque quando você delega é mais fácil juntar o todo e ficar com um responsabilidade para passar para quem é “de maior”, né? Que seria o CAPS. Então seria isso que eu acho, acho que tem que ter e não tem o programa, dentro da unidade de saúde não tem. Tem o matriciamento, mas é muito perdido. Tanto que estou aqui há três anos e nunca fui convidada para participar de um matriciamento, é uma coisa muito fechada. Era uma coisa mais aberta, a gente tentava trabalhar mais, assim, juntos, a gente conversava sobre aquele caso, discutia aquele caso. Falta isso (Grupo I, E. 09).

Portanto, mesmo sendo espaço privilegiado de acolhimento de necessidades, demandas e desejos dos sujeitos e de reconhecimento de grupos populacionais vulneráveis, como é o caso de crianças que dependem de um cuidador para a continuidade da atenção, lidar com objetivos terapêuticos dessa ordem é uma ação apontada como “insuportável” para a Atenção Básica, tanto na corresponsabilização e articulação com serviços especializados junto aos casos mais graves quanto na concepção de ações de promoção e prevenção em Saúde Mental.

Daí a importância do apoio dos profissionais da Atenção Psicossocial e do momento propiciado pelo apoio matricial para que as ações em Saúde Mental na Atenção Básica não se restrinjam às de baixa resolubilidade, a saber: ações de

caráter prescritivo e restritas a ações programáticas focalizadas em dias específicos, quando deveria ser inerente ao cotidiano das ESF.

Segundo Nunes (2000), ações programáticas constituem uma forma de organizar o trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde fundamentada no ideal de integração sanitária, inspirado em tecnologias de base epidemiológica e saberes de cunho prático-operativo, o que se constitui uma problemática, já que se tem cada vez mais confundido ou reduzido o planejamento em saúde com programação³⁰.

Existe este determinante preocupante, de abarrotamento de programas e metas engendradas por ações programáticas no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde como também dos CAPS, que, no caso, se apresenta com crescente procura, além das condições específicas deste CAPSi estudado, devido à redução de leitos em hospitais psiquiátricos a efeito da Reforma Psiquiátrica, sobremaneira, de forma espontânea e extrapolando toda a capacidade de atendimento do serviço.

Foi perguntado aos profissionais de saúde como integrar as equipes e as questões que atravessam essa discussão que é, portanto, demarcada pelo modo que se exerce as ações de cuidado, que por sua vez é de responsabilidade de toda a rede.

No CAPSi, a análise desta questão se complexifica por dois determinantes estruturais, entre eles, o primeiro, referente ao caráter recente de mudança de toda a equipe, no início de 2013:

Acho que em alguns casos, sim. A gente consegue ter um bom vínculo e construir um trabalho eficaz. Assim, a equipe tem muita disposição, tem atividades para isso, mas não sei se, por me sentir muito recente na equipe, vou conseguir visualizar isso. Para ser efetivo tem que ser mais a médio ou longo prazo; a curto prazo eu não vejo tanto resultado. É, mas eu acredito que seja capaz de ter uma eficácia. Tem algumas pessoas que já tem uma maturidade maior no campo da saúde mental, no próprio serviço contínuo, então tem uma ideia melhor, um conhecimento maior desse trabalho em rede, do fluxo, e eu acho que é o que tem dado uma luz para os novos que estão chegando, a experiência desses outros, porque eu ainda vejo uma

³⁰ No planejamento em saúde o termo programação constitui a parte metodológica ou procedimental do plano de saúde. Entretanto, devido a simultaneidade do uso dos termos, vem gerando equívocos como a da assistência médica com a atuação em saúde coletiva, uma ferramenta útil que pode ser a ação programática com base na epidemiologia se confunde com o todo que é a atuação do profissional diante do usuário, o que envolve aspectos epidemiológicos, mas também os subjetivos e singulares de cada usuário (CAMPOS, 1994).

dificuldade da gente pensar em rede, pensar no fluxo de atendimento, saindo daqui (Grupo II, E. 01).

E, também, a confusão entre a resolubilidade da rede com a do serviço, mesmo que se enfatizasse a resolubilidade na articulação em rede, a integralidade ainda é focalizada a partir do serviço do trabalhador de saúde, como se integralidade do cuidado fosse olhar o sujeito de modo integral no serviço e não a integralidade ampliada a partir da problemática da integração entre as equipes:

Então, eu acho que a gente está construindo esse processo. Não tem como eu te dizer que está perfeito ou se está tudo errado, mas eu vejo a construção acontecendo. Então, assim, essa sintonia, embora para algumas coisas eu veja essa dificuldade de ter profissionais de 20 horas de manhã e outros de 20 horas à tarde, mas a coordenação como tem alguns que trabalham dois dias, o dia todo, então a gente acaba fazendo esse link e o trabalho de grupo ajuda a fazer isso. Para mim, eu acho que o CAPS é a construção de uma coxa de retalhos, você vai trazendo um retalho, traz outro, tem as oficinas, tem as mães que ajudam. Então, eu acho que a resolubilidade acontece nisso, no dia-a-dia, no todo do processo (Grupo II, E. 08).

Por último, a demanda é apontada tanto pela Atenção Básica quanto pela psicossocial, embora se tenha como inviável a articulação de saberes e fazeres para produzir os projetos de intervenções em saúde e a corresponsabilização diante dos mesmos, diante da reflexão que os profissionais da Atenção Básica realizam em relação à coordenação de diversos programas e responsabilidade por uma “alta demanda” e por ser a porta de entrada para todos os fluxos e necessidades dos cidadãos usuários do SUS.

Por outro lado, profissionais do CAPSi também têm semelhante narrativa, só que devido à coordenar a rede de Atenção Psicossocial infantil de três regionais de Fortaleza, o que implica acompanhar quarenta e quatro unidades básicas de saúde.

Porque acaba que a demanda é tão grande que a gente fica muito limitada em ficar dentro do serviço e não sai para conhecer essa rede imensa que nós temos. Por exemplo, o NEUROFOR, muitas pessoas podiam não saber que tem isso, não é da rede, é um serviço filantrópico, mas, enfim, tem muitas coisas que a gente não conhece e precisa se apropriar para fazer um encaminhamento legal, para poder isso acontecer de alguma forma... Então é isso, nós temos uma rede imensa, bem legal, que na teoria é linda, mas acredito que tem muitos furos nessa rede e o trabalho que nós estamos tentando fazer bastante aqui no CAPS com essa nova coordenação é conseguir costurar essa rede para fazer um trabalho bem legal (Grupo II, E. 02).

Além da elevada concentração de demanda, um “furo” severo da rede, para usar a analogia da profissional de saúde, é que se criou o hábito de usuários irem diretamente ao CAPSi e isto ser tomado como natural: “Geralmente, as minhas chegam de modo espontâneo” (CAPSi, Psicóloga 01) ou ocorre, via desconhecimento da rede, o encaminhamento de outras demandas. O que, mesmo assim, é preferível pela equipe de saúde do CAPSi, pois justamente evita que esta criança e sua família, caso precisem de um apoio psicossocial, possam chegar o mais rápido e com o quadro de doença o menos agravado possível:

Às vezes até erroneamente, porque é uma demanda neurológica e não uma demanda de CAPS e eles mandam para cá e vice versa, mandam da Atenção Básica para a neuro ao invés de ser para o CAPSi. Por exemplo, retardo mental; se for realmente retardo mental que tenha uma repercussão comportamental de moderado a grave, aí sim, ok. Mas se são comportamentos que estão relacionados realmente ao retardo mental, aí não é demanda CAPS, certo? Então, às vezes eles mandam de uma forma errada, aí a gente encaminha para a estimulação cognitiva, estimulação precoce e esse encaminhamento é bem difícil, porque não são tantos lugares que fazem essa estimulação precoce e a fila de espera é enorme. Então, acaba que a gente recebe essa criança até que ela consiga ser atendida (Grupo II, E. 03).

Além da demanda excessiva, há a fragilidade dos encaminhamentos em relação aos casos que não correspondem às demandas do CAPSi. Na rede de Atenção Psicossocial, os relatos dos profissionais entrevistados indicam a importância de ter outros parceiros e dispositivos de produção do cuidado nas redes de atenção, pois muitas demandas extrapolam o foco de atenção de seus serviços:

Quando não é a gente quem faz o encaminhamento a gente recebe muita criança com dificuldade de aprendizagem, muita criança com dificuldade em relação a limites, o que não é o nosso foco de atenção. Aí a gente faz o encaminhamento. A gente tenta encaminhar. E quando é paciente nosso, que é nosso perfil, a gente encaminha internamente, para acompanhamento individual ou em grupo até ele se instalar num outro serviço. Mas assim, não tendo como ficar na AB, não tendo NASF e não sendo grave para ser nosso perfil, fica complicado... e as vezes o que eu vejo é que depois de dois anos volta aquela criança, aí sim, com problemas severos... Aí você vai ver o prontuário e já tem passado por aqui, abandonado diversas vezes o tratamento... (Grupo II, E. 06).

Este elemento confirma os dados gerais sobre o contexto da Saúde Mental no País. Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estima-se que em quase 80% o número dos usuários encaminhados aos profissionais de Saúde Mental que não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada (WHO, 2001), ou seja, configuram casos que poderiam ser acompanhados na Atenção Básica, dados aos serviços aos quais esta se propõe e que os casos não se enquadram nas classificações de transtornos graves, se tomar por base a classificação validada pela Organização Mundial de Saúde, o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Em contrapartida, uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar 'alguma ação de Saúde Mental (BRASIL, 2003), ainda que essas equipes nem sempre estejam capacitadas para lidar com essa demanda.

Todavia, por sua proximidade com as famílias e as comunidades, elas se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico, pois partem de propostas terapêuticas mais eficazes, a saber: fazer clínica de modo "nômade", no território existencial onde as pessoas vivem, partindo da concepção de que a produção desejante é rizomática e pulsante (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Por isso, mesmo não sendo avaliada como efetiva para a Atenção Psicossocial, a Atenção Básica é considerada um local privilegiado para a produção de cuidados que visam à integralidade das ações e a altos graus de resolubilidade quando se pensa a articulação do conjunto de serviços de saúde e das ações de cuidado cotidianamente atreladas a "atos e tecnologias relacionais" e, portanto, de baixa incorporação de tecnologias duras.

Por conseguinte, é cenário-chave quanto à possibilidade de identificação (matriciamento) dos casos de cuidado integral e em saúde mental, fornecendo acolhimento e acompanhamento resolutivo às necessidades de saúde dos cidadãos, usuários do Sistema Único de Saúde com transtornos mentais comuns (GOLDBERG, 1992).

Quanto aos casos que se suspeita precocidade e/ou intenso sofrimento psíquico, observou-se que, muitas vezes, há permanência na Atenção Primária por

questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, além da ausência das articulações e ações locais com as equipes de Saúde Mental.

O Apoio Matricial, em seu arranjo técnico-assistencial visa à ampliação da clínica às equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de Saúde da Família e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, impulsionando uma maior resolutividade na assistência em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Incluem-se, certamente, outros inúmeros aspectos que confirmam a capacidade resolutiva desta conformação da rede em fluxo, pois se tornou um dos principais objetivos da operacionalização da ESF, que não só tem como função influenciar e produzir impactos no sistema de saúde como um todo, mas, também, o desafio de construir outra prática, um agir multidisciplinar no acompanhamento do núcleo familiar, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, o que produz resultados positivos nos indicadores quantitativos e qualitativos aos serviços de saúde de vida da população assistida (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Por último, esta incerteza do atendimento dos casos de saúde mental na Atenção Básica reverbera gerando dificuldades de definição do perfil do que é ou não caso de CAPSi em situações cotidianas.

Alguns falam do acolhimento dos casos que geram dúvida até que se observe o contrário, o que se imagina amenizar o risco de que, diante da situação peculiar de desenvolvimento do público ao qual o CAPSi se destina, sua loucura seja negligenciada.

Contudo, este risco não desaparece na fala dos entrevistados deste estudo, pois diante da demanda que argumentam ter e do tempo de meio período que todos possuem em CAPSi, uma “linha de corte” necessita ser realizada por eles. Via de regra, é o padrão nosográfico que atribui esta definição e também as possibilidades de encaminhamento quando há disponibilidade de outros dispositivos de cuidado à saúde da criança:

Os casos de CAPSi são aqueles transtornos psicopatológicos graves e persistentes, que é exatamente a cronicidade deles e a invasibilidade, porque existe essa palavra. Ou seja, aquela que está muito forte, muito intensa, e que se manifesta através das crises, crises mais intensas,

palavrinhas básicas tipo se tá tendo visão, se está tendo comportamento de isolamento... São frases que a mãe coloca que começa a se juntar e montar o quebra-cabeça de que é caso de CAPSi. [...] São casos de pessoas com transtorno obsessivo compulsivo, esquizofrenia, uma depressão grave, a gente acolhe e quando a criança se manifesta com agressividade ou com isolamento. São esses os casos. No caso de AD, álcool e outras drogas... Falou de álcool e droga, a gente já inclui, por que faz parte do perfil (Grupo II, E. 08).

Por outro lado, diversos profissionais enfatizam a dificuldade de conseguir viabilizar o sistema de referência e contrarreferência em tratamentos que demandam retornos neurológicos, fonoaudiológicos, etc., e que viabilizariam a melhor compreensão e acompanhamento das crianças nos serviços públicos. A alternativa que conseguem viabilizar e recorrer a serviços filantrópicos, extra rede pública local. No caso da familiar 03, por exemplo, ela avalia que o atendimento é positivo e, apesar das internações, vê melhoras no comportamento do filho, só lamenta ter demorado tanto para encontrar o CAPSi. Ou seja, o problema apontado não parece ser o atendimento recebido, mas sim a falta de serviços auxiliares e a demora no encaminhamento:

É muita fila de espera, para o fonoaudiólogo é lista, para a psicoterapia é lista, para o dentista é fila. Deveria ter dentista e médico aqui no CAPSi para não ter que ir nesses postos e esperar tanta fila (Grupo IV, E. 03).

Neste mote, é a ausência de pactuação e laços de compromisso entre os agentes envolvidos e a ineficiência dos serviços em dar suporte à acessibilidade dos usuários, às ações de fluxo entre os níveis de complexidade e da circulação do usuário na rede, tem se mostrado grandes impasses a práticas cuidadoras e resolubilidade, pois estas ainda mostram-se pautadas na hierarquização como lógica de uso dos recursos e poderes (OLIVEIRA, 2009; JORGE et al, 2011).

Nesse olhar, Assis et al (2006) analisam que criou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas diante do modelo tradicional de rede, de modos que, no bojo deste referencial de análise, questões relativas a como se avaliaria a resolubilidade nas ações e serviços se perde, parece perder sentido, pois os indicadores apontarão

dados quantitativos e serão incorporados a tal lógica numérica, em índices de eficácia e eficiência. Até aqui se avalia a resolutividade.

As pesquisas realizadas por Paula (2005), Pacheco (2009), Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010), por exemplo, que na avaliação da qualidade da comunicação entre os profissionais de diversos dispositivos de cuidado, em relação à detecção precoce das situações de sofrimento psíquico na infância, identificou-se que há uma tendência dos pediatras das Unidades Básicas de Saúde de desvalorizar queixas referentes a problemas de saúde mental de crianças, não reconhecendo nelas possibilidade diagnóstica (LAURIDSEN-RIBEIRO E TANAKA, 2010).

Explicando com olhar mais atento, os dados dessa pesquisa (2010)³¹ evidenciam que a maioria dos pais percebe sinais que os preocupam em relação ao desenvolvimento de seus filhos, entre as idades de um e dois anos, sendo que em alguns casos, estes chegam a identificar sinais precoces em crianças menores de um ano.

Entretanto, o tempo entre a percepção dos pais e o diagnóstico formal variou entre um e dois anos, em alguns casos esse intervalo chegou a seis anos ou mais. A passagem por diversos profissionais e instituições de saúde revelou-se como uma constante dentre os prontuários estudados, existindo registros de pacientes que consultaram cinco profissionais/instituições até ser realizado um diagnóstico formal e a construção de terapêuticas diversas.

A pesquisa realizada por Pacheco (2009) revela informações que apontam na mesma direção da pesquisa de Lauridsen-Ribeiro e Tanaka (2010) e acrescentou que muitos profissionais da saúde desconhecem acerca dos serviços disponíveis em saúde mental da criança.

A falta de vaga nesses serviços também é uma questão importante, já que se destaca o número significativo de crianças que precisam de atendimento, como mostram os estudos epidemiológicos, que apontam para a prevalência estimada de

³¹ Parte desta mesma pesquisa dedicou-se a compreender, através de entrevistas, as dificuldades dos pediatras em lidar com saúde mental de crianças e apontou-se a falta de informação na graduação; o tempo curto de consulta como limitador da construção do vínculo médico-paciente; a variabilidade das teorias e práticas que procuram definir e limitar o campo da saúde mental como elemento que acaba por confundir os profissionais; e a linguagem “psi” como de difícil entendimento.

21% crianças e adolescentes apresentando problemas de saúde mental e, destes, 8,5% necessitam de tratamento imediato devido à gravidade de sua condição (DELFINI, 2009). Outro estudo realizado por Paula (2005) considera prevalência de 24,6%, sendo que destes, 7,3% necessitam de atendimento por serem considerados casos mais graves.

Entretanto, observa-se que somente alguns profissionais da Atenção Básica e, destacadamente, os pediatras, são responsáveis pelo acompanhamento destas crianças desde que chegam aos serviços de saúde e, nesse sentido, há intervenções não só médico-centradas como também escassa articulação entre os fluxos e linhas de cuidado, dificultando a promoção do cuidado e a resolubilidade.

O mesmo estudo (DELFINI, 2009) também teve o intuito de identificar as trajetórias das famílias de crianças diagnosticadas com transtornos graves e mostrou que, em média, 24% do total de crianças e adolescentes atendidos em cada unidade dos CAPSis chegaram com dez anos ou mais, ao serviço. Ao mesmo tempo, foi possível notar que há uma concentração de pacientes encaminhados entre dois e quatro anos, evidenciando melhora neste panorama, talvez como consequência da difusão de conhecimentos sobre a necessidade de intervenções ancoradas nas necessidades do usuário e de atenção ao seu contexto, que incitam a ações conjuntas entre Atenção Básica e Saúde Mental quando se trata de psicopatologias infantis, visando a não cronificação da situação de sofrimento.

É relevante compreender que questões em saúde mental que se referem à criança são de natureza complexa, portanto identificar sinais de risco não é tarefa fácil, em virtude de a infância se caracterizar como um estado de inacabamento, mobilidade e constante desenvolvimento, na qual ainda não há uma estrutura psíquica definida, de modo que as mesmas causas geram consequências diferentes, dependendo do nível de desenvolvimento de cada criança e podem acabar por produzir situações não definitivas e/ou com significados distintos daqueles que anteriormente se podia imaginar (AJURIAGUERRA, 1980).

Berlinck (1998) também alerta ao observar a dificuldade que se coloca no reconhecimento de sinais de risco para a constituição subjetiva da criança, posto que as manifestações corporais e os sintomas infantis apresentarem-se de maneiras também muito diversas, o que impede a utilização, na infância, da fenomenologia

habitualmente observável pelos médicos. Acresce-se a isto, uma dificuldade que é própria do trabalho com crianças bem pequenas, que não podem contribuir com informações verbais.

Identificou-se, por exemplo, que nos casos em que há demora na chegada ao CAPSi, esta ocorre por três motivos principais: não realização da detecção precoce; demora em efetuar o devido encaminhamento; insegurança na realização de um tratamento adequado à patologia por grande parte dos profissionais e instituições de saúde (LAURIDSEN-RIBEIRO E TANAKA, 2010).

Frente à árdua tarefa que é a “detecção precoce” ou “detecção a tempo”³² do sofrimento psíquico que envolve os bebês e as crianças pequenas em seus primeiros anos de vida, fazem-se necessários esforços que contribuam para retirar esta prática da obscuridade.

Isto porque se sabe do papel decisivo do início precoce de um tratamento na ampliação das possibilidades de desenvolvimento de uma criança. O trabalho de detecção e intervenção precoce permite melhores prognósticos, uma vez que são atingidos resultados mais satisfatórios quando se intervém frente a sinais de sofrimento psíquico.

Dessa forma, é pressuposto básico para a efetivação das intervenções, que os obstáculos existentes perante a perspectiva de atendimento multidisciplinar e corresponsável e que visa ao acompanhamento do Sujeito criança junto à sua família sejam minimizados, afinal, os quatro conjuntos de variáveis que têm sido associadas à ocorrência de transtorno mental infantil remetem à relação criança-contexto ou, no sentido fenomenológico, da criança-mundo, a saber: a existência de psicopatologia parental, perda na família, classe social (ou condição socioeconômica) e ambiente familiar precoce (BASTOS; ALMEIDA FILHO, 1990).

No estudo da resolubilidade atribui-se a ênfase justamente na concepção de que para efetivar o cuidado os profissionais de saúde devem estar implicados na

³² Crespim (2004) emprega o termo “detecção à tempo ” em contraposição ao termo “precoce”, partindo da reflexão de que as “perturbações no laço entre pequenos e seus e necessária nesta fase, desde que se aponte para a organização na construção desses sinais de sofrimento e ao mesmo tempo, contemple a condição relacional da nosografia proposta” (p. 10), ou seja, em benefício do próprio bebê e do risco que correm, não podemos considerar a intervenção como precaução, mas sim com a compreensão de que existem eminentes risco de cronificação caso estas não sejam atendidas ou quando não se distingue o limite judicativo entre encaminhar para uma consulta especializada ou quando as crianças podem ser tratadas na própria creche ou pelo pediatra.

escuta atenta do usuário e sua família; e que, diante desta atitude, não haja somente a tentativa de responder parcialmente, mas também de compreender e construir significados a respeito de suas relações com os sujeitos implicados no momento de produção/consumo da saúde, em que “o cuidado pode ser interpretado a partir das teias tecidas pelo homem, pois a tece porque fazem algum sentido através dos movimentos de busca da ajuda de pessoas e de equipamentos e das redes de aproximação solidárias” (LOYOLA, 2008, p. 1107); e autonomia dos mesmos, a partir dos encontros propiciados, cogestão das projectualidades e da resolubilidade, na convicção empática de que “é através da relação de um homem com o outro que se pode chegar a um lugar melhor” (IDEM). E que lugar seria esse? Do autocuidado! “(...) da capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas descobrir pontos de luz na comunidade e que podem ser cuidadores com grande potencial” (IBIDEM).

Pode-se, então, observar que a eficácia desses métodos contemporâneos de cuidado em saúde depende do entrelaçamento do emocional, o subjetivo, o familiar, o cultural e o social e, também, do vínculo entre equipes de saúde, usuários e suas famílias, posto que “somente quando alguém se sente apoiado é que se mostra seguro para arriscar iniciativas” (LOYOLA, 2009, p. 1108).

Chega-se, assim, às potencialidades. É o apoio matricial que, via de regra, é apontado como a estratégia de integração de ambas as equipes. Em uma narrativa “*flashback*”, pois uma questão inicial é a de que o apoio matricial foi observado pelos entrevistados como o catalizador do encontro e pactuações em Saúde Mental na Atenção Básica, no entanto, não está acontecendo no ano de 2013. Mesmo assim, os trabalhadores da saúde ilustram em seus discursos o potencial positivo de transformação das práticas de saúde inerente à Atenção Básica e Equipes de Saúde da Família (SF), de apoio matricial e até mesmo de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Quando a gente tinha o matriciamento, eles vinham para mim, aí eu preenchia um prontuário, fazia o histórico dessa criança, agendava e aí vinha para o nosso posto a equipe do CAPS infantil. E aí a gente em grupo, em equipe multidisciplinar, discutia aquele caso e dava os encaminhamentos, mas, assim, no momento a gente, desde o ano passado, está sem o matriciamento e aí o que a gente faz? Encaminha para a pediatra e a pediatra encaminha ou para o NAMI, ou para o CAPS, ou então, se for um caso mais leve, ela trata aqui (Grupo I, E. 23).

Este comparativo revela que o matriciamento disparava o acompanhamento por ambas as equipes e maior oportunidade de dar continuidade ao cuidado na Atenção Básica, principalmente em casos de pessoas cujo acesso territorial ao CAPSi constitui uma dificuldade. Nessas situações o apoio territorial da ESF se faz central para a resolubilidade da atenção:

Tinha sido feito uma pesquisa por uns estudantes recentemente que eles fizeram uma busca ativa, porque a gente tem muitos pacientes que abandonaram o serviço com as mudanças que houveram, a maior parte dos nossos pacientes. Se são mil cadastrados, grande parte, parece que mais de 50%, abandonaram o serviço. E aí eles fizeram uma pesquisa e foi identificado muito pela questão da distância, porque aqui o CAPS infantil é responsável por três regionais: II, IV e VI. A VI é muito distante, é uma regional realmente formada por pessoas de baixo nível socioeconômico e aí, como é distante, também tem a questão da passagem. Então, eles realmente identificaram que um dos motivos é tanto a distância, quanto as condições socioeconômicas de se deslocarem para cá. Aí nessa pesquisa a gente verificou que algumas dessas pessoas procuraram outros serviços mais próximos a residência deles, como as UBS, ocas comunitárias, outros locais que tivessem atendimento psicológico ou terapia ocupacional que pudessem substituir o CAPS pela distância, na SER VI, por exemplo. E nesse momento nós fomos procurados e na ausência de psiquiatras já não adiantava a UBS só encaminhar para cá e aí tivemos que dar esse apoio e pedir ajuda à ESF. Foi uma situação de emergência, mas tivemos que entrar e estabelecer minimamente essa parceria na ausência de profissional aqui (Grupo II, E. 12).

O Apoio Matricial aparece, portanto, como retaguarda especializada às equipes da ESF, favorece a corresponsabilização entre as equipes e a diversificação entre as ofertas terapêuticas (JORGE *et al*, 2012), conforme interpretação dos discursos abaixo, quanto à integração da Atenção Básica com serviços especializados:

Ah, era super legal porque, assim, além de discutir os casos, a gente também tinha como se fosse uma atualização. Tanto a enfermeira, quanto a terapeuta, vinha também uma psicóloga e vinha a psiquiatra, a gente nem toda vida tinha pacientes; eles vinham uma vez por mês ou então tinha pouco e aí a gente ia discutir algum transtorno depois. Elas tiravam as dúvidas da gente mais frequentes, aí era um aprendizado, era muito bom, porque aqui a gente lida com um mundo de coisas. A gente vai desde o recém-nascido ao idoso, pegando saúde da mulher, saúde do homem, tudo. Então, assim, era muito bom porque a gente sempre tem muita dúvida, muita, e às vezes até a médica não sabe como conduzir esses casos e eles davam um suporte muito bom para a gente, muito bom mesmo (Grupo I, E. 22).

Eu observo que precisa ser melhorada [a integralidade] né? Tanto que agora assim, eu estou na coordenação e estou batendo muito na equipe para fazer serviços tanto de matriciamento como a gente faz aqui e com as agentes de saúde que são grandes parceiras, os profissionais também, médicos, enfermeiros e os demais profissionais do NASF, porque a gente recebe às vezes encaminhamentos que não são nossa clientela, nosso público, bem como também que eles mesmo sendo tratados aqui eles também são da comunidade, é necessário para eles também ficarem lá e ter um suporte, acho que o relacionamento poderia ser mais estreito, essa rede poderia ser melhor articulada (Grupo II, E. 14).

Tal “retaguarda” ou articulação, obviamente, gerou algumas confusões iniciais de papéis. Contudo, a leitura dos profissionais de saúde é que estas confusões servem de aprimoramento, legitimando, ainda assim, o apoio matricial, como comunhão necessária e efetiva. No discurso a seguir o profissional de saúde fala das alterações na rotina da UBS quando todos foram convocados a participar do Apoio Matricial:

Olha, no matriciamento geralmente vem o pessoal do CAPS e que trata com os profissionais da unidade. Então, assim, ficavam os agentes de saúde – que são os grandes envolvidos nesse processo –, ficavam os profissionais da unidade, os profissionais do NASF e os dos CAPS. Aí você imaginou a quantidade de gente dentro da sala, e o paciente no meio. Aí ele fica constrangido na hora de falar, ele não quer falar; vem só uma vez e não quer voltar para os próximos encaminhamentos necessários. Então, assim, é muito constrangedor para o paciente, inibe. Então, assim, a gente quer ver como é que nós vamos fazer, se programar, para quando a gente for fazer uma discussão de caso, que seja feita essa discussão de caso sem a presença do paciente naquele momento para não constrange-lo. E se os profissionais tiverem que discutir o caso, que sejam só aqueles que vão fazer o apoio terapêutico dele né? Alguma coisa, assim, para ele não ficar constrangido mesmo para ele não ficar constrangido diante de uma grande quantidade de pessoas. Então bloqueia. Porque é todo mundo bombardeando de perguntas: “olha, como foi isso, como foi não sei o que?”, o paciente chega fica assim acuado, sabe? Porque é assim: “como é que foi o seu relacionamento com a sua mãe e com seu pai?”, “como é que é seu filho?”, “quanto você ganha?”, “como é que é essa questão?”, “como é que você vive?”, “como é que é sua casa?”, entendeu? Então, assim, todo mundo fazendo aquele monte de pergunta e que é péssimo. E eles vão se programar, gostaram muito, porque não sabiam que aquilo dali era um empecilho, que é muito cuidado (Grupo I, E. 14).

Outra questão a ser repensada, na contrapartida da atenção psicossocial, é como esses saberes e práticas se articulam, pois nesta possibilidade de acolhimento parece que há certa ênfase na equipe do CAPSi, em detrimento do saber da ESF e do saber do próprio usuário e seus cuidadores a respeito de sua projectualidade,

para, então, proporcionar respostas ancoradas nas necessidades e desejos dos mesmos, adequando a estes aspectos os percursos de busca; desde a recepção ao atendimento individual ou coletivo, até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.

utrossim, existem também as questões relativas à corresponsabilização, a parceria entre os sujeitos envolvidos, de modo enfaticamente multilateral, na projectualidade e um projetar responsabilizando-se (AYRES, 2009); um matriciamento como dispositivo do cuidado integral em Saúde Mental que evita práticas baseadas na psiquiatrização, problemática suscitada a partir da seguinte narrativa:

Eu acho fundamental, mas assim, algumas arestas tem que ser aparadas. Depois de passar por diversas dificuldades institucionais: a questão do carro para chegar até o posto de saúde; a questão da comunicação, quando chegasse no posto, quem seria a referência? Quando superava-se tudo isso e chegava lá, a compreensão que a atenção básica tem do apoio matricial é a de que nós vamos lá para ensinar a eles, dar aula mesmo e é quando se perde o sentido de diálogo. Como a idéia é de que nós temos o saber a repassar, acho que muitos colegas médicos faltam, acham que já tem um médico especialista, então, é desperdício sua participação. Todas as vezes que eu fui no posto fazer matriciamento, o médico não queria fazer, fazia a contragosto mesmo, declarando que aquilo não era bom para ele porque tinha que parar um turno para atender três, quatro, enquanto ele normalmente em um turno atendia dez, quinze. Outros casos, não ia, o médico do posto faltava, enquanto a equipe ficava lá. Em outras situações o médico, o clínico, queria que o psiquiatra que estava lá presente atendesse. Não queria atender o usuário que estava lá, ele entendia que para o matriciamento, o psiquiatra que estava lá que tinha que atender, a equipe de saúde mental que estava lá que tinha que atender o usuário de saúde mental, não era o usuário dele. Então, assim, eu não sei se por isso, mas eu ainda acho que é idéia muito boa (Grupo II, E. 04).

Por isso, acredita-se que o matriciamento em Saúde Mental “pode gerar resultados positivos mesmo a médio e em longo prazo, pois por ser algo novo, enfrenta muitas dificuldades, trazendo aos profissionais um pouco de medo e insegurança” (JORGE *et al*, 2012, p. 47). Mesmo assim, constituindo arranjos organizacionais ou metodologia para a gestão do trabalho em saúde, este encontro amplia as possibilidades de se realizar clínica singularizada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007):

Porque, assim, implantaram o matriciamento, mas é muito recente e frágil, não existe uma rede de apoio. Aí o que acontecia? A maioria dos casos, por exemplo, precisava encaminhar a terapia de grupo ou alguma coisa, aí vai para uma fila de espera, não era uma coisa que resolvia de imediato. “Ah, precisa para um encaminhamento”, aí eles encaminhavam para o CAPS e tudo, mas queira ou não caía naquela fila, num sei quantas pessoas esperando. “ah, eu fiz aula de terapia ocupacional”, aí entrava na fila de espera, porque não existia uma referência direta, tem que entrar pelo sistema e o sistema atrapalha muita coisa porque como é um sistema único, a fila de espera é única. Então, a SER IV está esperando junto com todas as regionais, aí por isso que muitos casos não chegaram ao seu desfecho. No caso das crianças, assim, muitas coisas ficavam no caminho porque faltava profissional na rede de referência (Grupo I, E. 23).

Também ressaltam que o apoio matricial como equipe e metodologia, se efetivando, pode vir a substituir práticas tradicionais e fragmentadas de assistência (detentora do foco nos encaminhamentos ao atendimento médico-centrado), por um novo processo de trabalho, comprometido com os princípios norteadores do SUS, os quais substanciam a Reforma Sanitária brasileira (CECÍLIO, 2001):

Seria interessantíssimo já vir com a avaliação da atenção básica, de um serviço de saúde, mas dificilmente, pelo menos os que eu atendo, vem ainda o fluxo da atenção básica, que é o que seria correto. A gente está tentando retomar o matriciamento para ver se consegue reestabelecer esse caminho, porque, assim, a escola deveria ter apoio da unidade de saúde primeiro para depois vir para cá, mas como eles sabem que a gente atende, mandam direto para cá e aí tem o agravante: é um CAPS infantil para três regionais, metade de Fortaleza é atendida aqui (Grupo II, E. 07).

Por estes motivos, os profissionais de saúde expressam em seus discursos que a maioria dos encaminhamentos em casos de sofrimento psíquico na infância advém das escolas e outros serviços de atendimento clínico-ambulatorial e não das Unidades Básicas de Saúde, chegando a supor que isto seria um sonho distante no SUS:

eu participei uma vez do matriciamento, achei muito bom, é ótimo. O matriciamento tinha mensalmente aqui, mas agora eu não vejo mais acontecer. Deve ter acontecido algum problema né? Ou é a falta de médico no CAPS. Mas tinha todos os meses para adulto; criança eu ainda não vi. Mas acontecia bastante aqui o matriciamento. [...]a que eu participei eu vi sim uma ligação entre o médico, enfermeiro, os agentes de saúde e a pessoa – que, no caso, adulto, não era criança – e os profissionais da equipe. Até a técnica em enfermagem participou, no dia que eu estava presente sim, e o agente de saúde, que, no caso, era eu e o restante da equipe 3, foi o único dia que participei. A estratégia usada era justamente essa que eu já tinha lhe falado anteriormente, que seria um sonho para a gente, mas é um sonho muito longe, que seria um médico que já repassava

para o profissional do CAPS a situação daquela criança. Aí tinha uma conversa entre todos, em comum e logo após a mãe explanava o problema da criança e depois o médico e o psicólogo iria escutar o agente de saúde da área, a ideia que ele tinha sobre o problema e logo após a enfermeira e depois todos juntos. Aí depois saíam todos os profissionais e ficava na sala a criança, a mãe, o psicólogo e o médico. E logo após ficava só a criança com o médico e o psicólogo e aí acabava (Grupo I, E. 11).

Segundo Ribeiro, Pires e Blank (2004), alguns estudos já realizados com base na realidade cotidiana das equipes da ESF já ressaltam que o apoio matricial (matriciamento) em Saúde Mental, que constitui um arranjo organizacional que oferece suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, no caso, para as equipes do PSF (BRASIL, 2003). O compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos (discussões, intervenções junto às famílias e comunidades e/ou em atendimentos conjuntos), embora exista a emblemática confusão de que, para realizar apoio matricial ou qualquer outro encaminhamento ao CAPS, precisa-se do médico especialista, muitas vezes desprezando as possibilidades de articulação entre outros profissionais da Equipe de Saúde Mental do CAPSi:

E acabou o matriciamento porque no CAPS não tem profissional. Aí o CAPS já está mandando os pacientes de lá para as unidades básicas só para receber o medicamento, aí você sabe que não adianta eu medicar se eu não acompanho, aí fica muito difícil; a gente acaba encaminhando, vai empurrando (Grupo I, E. 25).

Facilitaria se as equipes tivessem completas, se tivesse realmente o profissional para aquelas demandas. Então, o profissional, naquela data e naquele dia, seria só para aquele tratamento certo? Aí sim facilitaria, porque o paciente ia naquela data sabendo que aquela data ia ser exclusivamente para ele. [...] Por falta dos profissionais do CAPS que trabalham em conjunto com a atenção básica. Então, não está tendo o matriciamento. O desfalque maior é esse, os CAPS estão desfalcados, falta o psiquiatra, falta o profissional, que, eu acho, que é o principal, a chave da equipe. Se tivesse realmente os profissionais, eu acho que seria difícil o paciente desistir; porque às vezes ele vem e: “ah, o matriciamento...”, - “não, foi cancelado!”. Então, já é uma desmotivação para o paciente continuar, porque para ele aquele dia que ele vai pode ser perdido, porque pode ser que o profissional esteja lá ou não. Então, aí é um dos desafios da atenção básica e do CAPS, essa interação entre o paciente e profissional não tem (Grupo I, E. 18).

Santos *et al* (2012a) corroboram com a temática ao avaliarem o matriciamento como uma prática que pode ajudar a aumentar a capacidade

resolutiva das equipes de referência e, também, evitar práticas que levam à psiquiatrização e à medicalização do sofrimento, o que, conseqüentemente, favorece a construção de projetos terapêuticos elaborados pela articulação entre os profissionais e em resposta às diferentes necessidades do usuário.

Acredita-se, portanto, que o apoio matricial é um dispositivo que visa à implementação da clínica ampliada, e dá maior acessibilidade aos usuários e resolubilidade ao sistema, pois se busca implantar uma nova lógica de cuidado, bem como ampliar as possibilidades de pôr em prática a proposta da atenção, valorizando a prática terapêutica no âmbito do território, obedecendo aos princípios fundamentais de descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e participação social, e, por conseguinte, expandindo e qualificando as ações e serviços de saúde do SUS (DIMENSTEIN; GALVÃO; SEVERO, 2009):

o matriciamento foi uma das melhores coisas que aconteceram, acho que não era para ter só em psiquiatria não, era para ter em todas as áreas, porque, assim, é uma oportunidade de discutir os casos mais complicados, uma oportunidade de você discutir rotina, ver as medicações que você está colocando e ter a oportunidade de ter um apoio multiprofissional, porque a gente tem um terapeuta, tem um psicólogo, tem a assistente social. Então, a gente tem uma resolutividade maior em cada caso. Então, o matriciamento foi uma coisa que revolucionou e, realmente, a psiquiatria hoje em dia funciona melhor com o matriciamento. O matriciamento trouxe outra luz para a gente que é clínico geral, que tem o apoio do psiquiatra para tirar todas as dúvidas (Grupo I, E. 12).

Sendo assim, justifica-se a procura explícita por novas formas de cuidado na sociedade. A resolubilidade almejada na atuação de cada trabalhador de saúde no processo de cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica poderá ser resultado do apoio matricial e, conseqüentemente, do vínculo estabelecido na relação usuário-trabalhador-equipes-território, inseridos numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

Também como se depreende, os processos de entrelaçamento das ações entre a Rede de Atenção Básica e de Saúde Mental têm se demonstrado um imperativo a concretizar, inclusive para a equipe do CAPSi, na medida em que, cumprindo com tal articulação e complementaridade dos serviços e da rede, se

caminha rumo à resolubilidade nas ações e serviços, mesmo com uma conjuntura complexa e logística de sistematização dos trabalhos difíceis de se organizar:

Como está? Ainda não está. A gente está tentando montar um grupo, houveram alguns encontros para estudar o manual, a gente já dividiu, eu estou numa equipe mas ainda não participei. Eu ainda não conhecia, já havia ouvido sobre o matriciamento em algumas coisas de saúde. Então, assim, hoje à tarde está acontecendo uma visita familiar de saúde, mas como eu tinha hoje grupo de adolescentes e como eu tinha saído duas quintas-feiras para reunião fora, eu preferi ficar, então tem uma outra assistente social que está nessa visita hoje. Então, a gente está tentando reconstruir o matriciamento aqui na SER IV e já tem algumas unidades que já estão no planejamento. Hoje o pessoal está visitando a UBS 03, acho que ele é o que está mais adiantado. Mesmo assim, o grande entrave do matriciamento é que somos uma equipe para referenciar três regionais, ou seja, mais de 36 unidades básicas com certeza. Mesmo que a gente vá em cada uma uma vez por mês, a rede tá toda quebrada, sem NASF, sem médico que tenha tempo para participar. Então, acaba que você sente que tá fazendo o trabalho deles ou dando aula de psicopatologia e não o matriciamento em sua essência (Grupo II, E. 04).

Esta discussão torna-se ponto nevrálgico em no plano de análise, pois se entende que apontar esse indicador evidencia a necessária articulação da Saúde Mental com toda a rede de saúde, via, sobretudo, a ESF e apoio matricial, ou seja, da existência deste núcleo cuidador como equipe nas interlocuções que são emblemáticas à resolubilidade: entre a atuação das equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental; o mote do atendimento à criança e seu contexto familiar; a ênfase na continuidade do cuidado; as articulações inerentes ao processo de produção de cuidados em Saúde Mental no território, mediante a responsabilização compartilhada entre equipes, criança, cuidadores e demais setores envolvidos na situação matriciada (CUNHA, 2010).

4. 2. Descrição de fluxogramas

É na micropolítica dos processos de trabalho que “os encontros se territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde sujeitos/territórios interditam sujeitos/territórios” (MERHY, 2002, p. 26).

Os encontros são “autopoiéticos”, ou seja, falam da vida e a ressignificam em meio às relações intersubjetivas, construídas mediante os tensionamentos inerentes às práticas e aos processos cotidianos de trabalho e de cuidado (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Tem-se a necessidade do enfoque nos “(des) encontros” entre trabalhador e usuário nos fluxos das redes de atenção, rumo à compreensão aproximada dos processos de trabalho, como prática social que transita do mundo do vivido e narrado das trajetórias dos usuários.

Com base em diversas ilustrações de trajetórias, será trabalhado o fluxograma, como ferramenta analisadora dos modos de abordagem da assistência no Campo Psicossocial, o qual possibilita desenhar todas as etapas do processo de trabalho, a partir da trajetória do usuário no serviço, a saber: a entrada ou saída do processo de produção de serviços (representada pela elipse); os momentos de decisão para a continuidade do trabalho (representada pelo losango) e o momento de intervenção, ação sobre o processo (representados pelo retângulo), conforme o fluxograma geral de descrição da trajetória de usuários nos serviços de atenção (MINAYO, 2010):

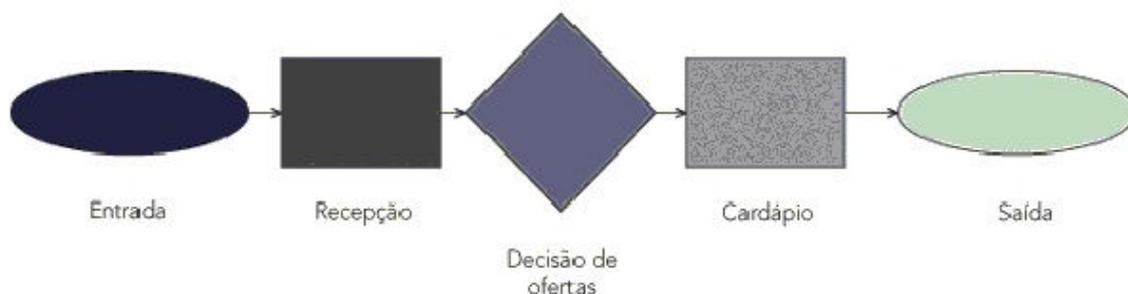


FIGURA VIII: Diagrama da representação dos momentos de encontro entre usuários e trabalhadores em uma unidade de saúde ou CAPSi.

Os fluxos são pensados a partir de uma “porta de entrada”: as Unidades Básicas de Saúde. Nem sempre é assim. Observou-se nas análises que muitos profissionais se referem às escolas como fonte principal de encaminhamentos. Como se observou no caso de Caio, no capítulo anterior. Segue o esboço que ilustra a situação:

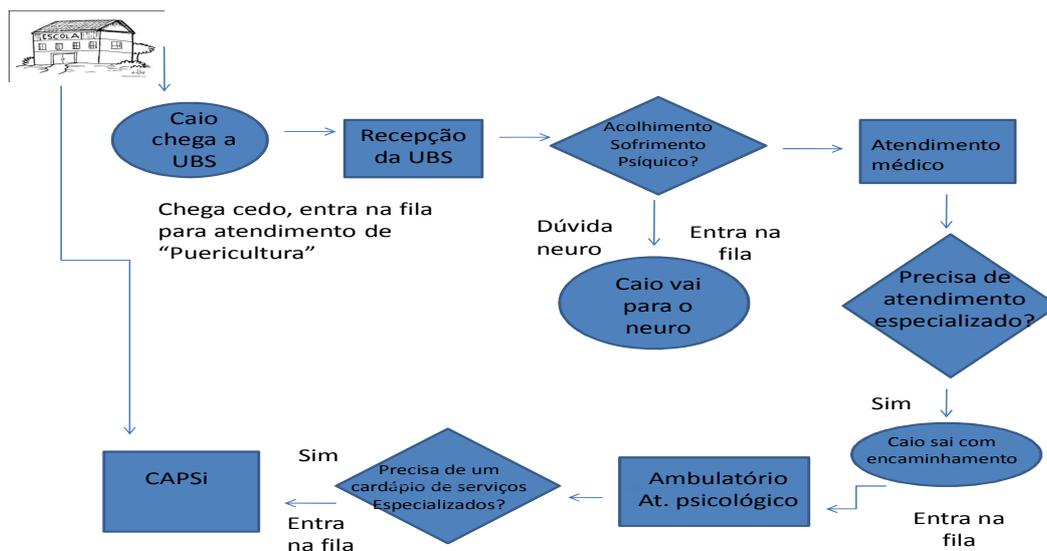


FIGURA IX: Fluxograma do Usuário Caio até chegar ao CAPSi

Com efeito, o encaminhamento e acesso direto ao CAPSi é prática cultural naturalizada, por parte das Escolas e Serviços de Saúde. À primeira vista, se observa certa possibilidade de “desburocratização”, entretanto, depreende-se, da análise dos dados de entrevistas narrativas, observações e narrativas das trajetórias de crianças e suas famílias, como no caso de Caio, que a criança costuma ter esse caminho direto ao CAPSi, como livre demanda após já haver percorrido diversos outros serviços e possibilidades de resposta terapêutica que não o CAPSi; Além disso, Há ausência de ações ou rotinas de acompanhamento relacional das crianças e suas famílias.

As mães das crianças, diversas vezes, relatam ter passado pelo planejamento familiar, atendimento pediátrico e puericultura sem ter notado “a criança que sofre.” Esta criança em sofrimento psíquico, passa despercebida e já chega ao CAPSi após crises ou momentos de forte tensão e adoecimento, via de regra.

Por último, quando as crianças chegam a tempo no CAPSi, são vistas como casos que não possuem demanda “grave”, até são aceitas pelo serviço e acompanhadas, mas vistas com uma demanda “fora do perfil”, “menor” ou “acolhida em face à falta de dispositivos ambulatoriais/NASF ou qualquer outra possibilidade terapêutica” (Grupo II, E. 13):

A gente acolhe, a gente acolhe o que é caso grave, perfil de CAPSi e também o que não seria, o que seria caso de uma psicoterapia ou terapia ocupacional. Quando são problemas de aprendizagem a gente já tem os NAPes regionalizados e consegue encaminhar. Aí, assim, a gente encaminha mas continua com a criança aqui. Vendo que já ta encaminhado lá, aí ela recebe alta. Quando não, a gente sabe que não vai conseguir acompanhar o encaminhamento, então, acolhe e assume esse paciente (Grupo II, E. 13).

Caçapava et al (2009) realiza um estudo que apresenta um fluxograma analisador da trajetória de Bernardo e os dispositivos de cuidado em Saúde Mental acessados na Atenção Básica (grupos terapêuticos de psicoterapia, adolescentes e de orientação de pais; discussão de casos intraequipe e entre equipes de SF e SM, bem como encaminhamento a serviços especializados de um Centro de Referência em Saúde Mental):

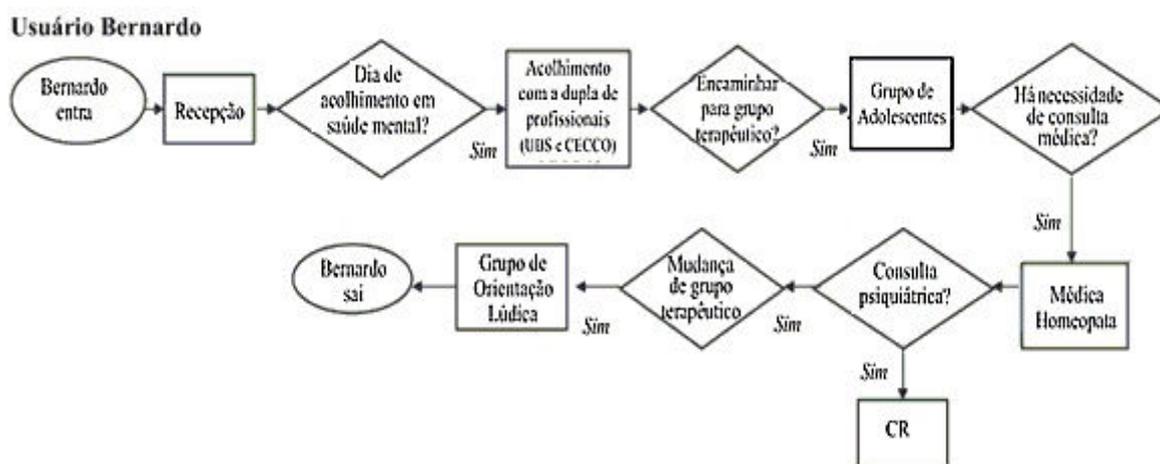


FIGURA X: Fluxograma do Usuário Bernardo Caçapava et al (2009).

A escuta “qualificada” se constitui diferencial de trajetórias que põem o sujeito no “bom caminho” (BRAUER, 2003) e trajetórias que se constituem verdadeiras “via sacras” (RIZZINNI; LEITE; MENEZES, 2013), repletas de paradas em histórias de vida de crianças que não deveriam tanto esperar: são as filas, demoras para acessar certos atendimentos e equívocos na condução do projeto terapêutico das mesmas.

Por isso, acolhimento e acesso andam entrelaçados à temática da resolubilidade, pois uma boa conversa pode ser facilitadora de fluxos seguros do

usuário no (s) serviço (s), pois, quando esta investe nas singularidades, necessidades e avança para além destas, ou seja, na escuta das demandas e desejos, a surdez que poderia se demonstrar no atendimento que se restringiria apenas a orientações básicas e pedagogizantes dos indivíduos, pode se transformar em efetivo acolhimento, dos profissionais de saúde, sensíveis e envolvidos com a criança em sofrimento psíquico (BRAUER, 2003).

Nesse sentido, a concepção de saúde é ampliada, objetiva estar preparada para lidar com as “necessidades” do usuário, de modo integral e singular, não na simples e pontual “resolução de problemas”. Existem grandes desafios relativos a fornecer respostas às necessidades das pessoas e que estas, por sua vez, promovam a produção do cuidado integral em saúde e sejam capazes de romper com práticas cristalizadas em um setor. A partir dessas definições, há o reconhecimento de quatro conjuntos- chave de necessidades de saúde, os quais visam ao cumprimento da ideia de integralidade em diferentes dimensões:

O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades. O segundo conjunto diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro bloco refere-se à criação de vínculos (a) efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, necessidades de saúde estão ligadas também aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação (CECÍLIO, 2001, p. 02).

No que diz respeito às crianças, seu adoecimento acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar e comunitária, daí a ser fundamental a existência de serviços territorializados antenados nos indicadores de sofrimento psíquico na infância, o que só se dá a partir da perspectiva singular da abordagem à mesma (MARIOTTO, 2012).

A criança, não por isso, é ativa e também necessita ser escutada, mesmo que ainda não fale. O pediatra Winnicott (1984) já atentava que “o alicerce da saúde mental” estava nas consultas cotidianas do bebê e sua mãe, no estudo do laço social da criança e seu mundo e, de algum modo, esta irá expressar seu adoecimento: no sono, choro, alimentação, brincar, entre outros.

Cuidar da criança que sofre, portanto, é observar a sua comunicação, de sua família e dos ambientes territoriais, sobretudo, o escolar, primeira via de socialização mais ampla da mesma. Não é por acaso que nota-se a força e destaque da relação do CAPSi com as instituições escolares. É necessário escutar o que o cotidiano escolar revela sobre a criança, mas também filtrar certas leituras levantadas sobre “problemas de aprendizado”, “conduta” e adaptação da criança, atualmente, tão relegados aos ditames das ciências médicas e medicalizadoras da infância, que desvalorizam o saber da criança, sobre si, e o saber parental, e levanta a hipótese de Mariotto & Schaedler (2011) de que:

(...) quando relegados primordialmente à medicina, não resta alternativa à escola e família a não ser situar-se à margem das dificuldades da criança, indicando uma desresponsabilização e impotência que passam a marcá-la (p. 65).

Se a vida é o tempo que resta ao ser humano para se responder às questões que o tocam, é justamente na infância que elas puderam se formular. A intervenção não é precoce, como se costuma pensar, mas sim “a tempo” (CRESPAN, 2004), no “trabalho vivo” e “em ato” (MERHY, 2002). Muitos infanticídios são realizados, contemporaneamente, ao tornar a criança que sofre definitivamente impossível, seja de achar no fluxo dos serviços, seja de poder localizar o seu lugar legítimo de criança-sujeito (LAJONQUIÈRE, 2009).

Por isso a resolubilidade está entrelaçada na questão ética-estética e política da produção do cuidado. Compreendendo que este cuidado não pode ocorrer com base em um “saber de dominação”, mas sim o cuidado como relação vital entre o médico e o paciente, é que leva à compreensão do fenômeno cuidar com base na máxima do existir humano, em que “qualquer ser humano é para si e para o outro” (ARENDRT, 1981), que se confirma pelo cuidado (Sorge) e através da angústia o ser do estar-aí se mostra como cuidado (Sorge):

Cuidado do meu próprio estar-aí como ser-no-mundo e o dos outros em geral. O cuidar é um fenômeno ontológico fundamental, isto é, no fenômeno do cuidado o homem preocupa-se (Fürsorge) com o seu próprio existir e com o existir em geral. Isto porque o homem é um ser-nomundo que, enquanto presença, é também um ser-com os outros, o que lhe permite a

abertura para a convivência. Esse fenômeno do cuidado se dá em uma temporalidade finita. (SANTOS *et al*, 2007, p.06).

A contribuição de Ayres (2009) é tentar desdobrar em uma leitura filosófica e epistêmica do conceito para ressaltar três dimensões do cuidado: como categoria ontológica, como categoria genealógica e como categoria crítica, e sintetiza o cuidado como *práxis* construída no movimento do ato de viver, sendo o que mantém o homem vivo, pois sem ele esse homem não subsiste, pois, sem o cuidado não há ser, não há vida.

Assim, a partir da primeira dimensão: ontológica, se pode compreender cuidado, simultaneamente, como um constructo filosófico e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, a partir da análise das intencionalidades de cada sujeito, na interlocução gerada entre cuidador e pessoa cuidada, isto é, compreender o que leva o cuidador a estar nessa posição de cuidado além do desejo de cuidar:

(...) Uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, 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 (AYRES, 2009, p.74).

Nesta dimensão, assume-se a centralidade hermenêutica da categoria cuidado no plano filosófico acima exposto, agrega alguns paralelos e interpretações entre a alegoria, condição humana e o cuidado: (a) o movimento da vida e constituição da identidade humana; (b) interação, percebendo que são as interações que constroem a sua trama; (c) Identidade, alteridade e plasticidade, posto que identidades existenciais só se estabelecem no mesmo ato dessas interações; (d) projeto: a capacidade de conceber e construir projetos é própria ao cuidado); (e) desejo: nenhum dos personagens age de forma completamente determinada ou indeterminada; (f) temporalidade: o Ser é (do) cuidado, mas será (do) cuidado apenas enquanto seguir sendo no fluxo do tempo, do devir da existência; (g) não causalidade: o cuidado exige ser pensado como 'compossibilidade', compreendido como um "círculo hermenêutico", no qual cada parte só ganha sentido numa

totalidade, que tem seu sentido imediato e radicalmente dependente de cada uma de suas partes; (h) Responsabilidade: a existência tem uma causação, não no sentido causalista de responder por si e responder para si, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza.

Diante destas dimensões, o autor (2009) atribui ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, apostando na potencialidade reconciliadora, de reflexão e negociação sobre objetivos e meios das ações em saúde entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, sem determinar, de modo absoluto e a priori, aonde e como chegar com a assistência, somente tendo as dimensões do cuidado como horizonte político e ético das ações de saúde.

A segunda dimensão trata de estabelecer a genealogia da categoria cuidado de si (Foucault, 2002) e suas implicações do ponto de vista biopolítico, observando que esta é construída desde os tempos remotos da sociedade Ocidental, a partir da ideologia de que toda a glória decorrente dos grandes feitos de homens de nada valia se fosse à custa do sacrifício do ocupar-se somente consigo e da defesa de uma “cultura de si” (individual e não atenta ao coletivo).

Arendt (1981) e Gadamer (2008) estabelecem a correlação entre o cuidado de si e a medicina, apresentando o contraponto fornecido nesta época, de vácuo ou inversão para “a era da responsabilidade anônima”, em que “de fato, já não se pode denominar quem é o responsável e perante a quem se é responsável. Nenhum de nós o é. Nesse atual aparato perpassado pela organização, há o ser-aí ninguém, como um saber dominante” (GADAMER, 2008, p. 181), traçado por duas questões centrais: desenlace entre explicações religiosas e científicas gerou um forte sentimento de angústia e insegurança humana, quando se forja com a ciência moderna um “saber de dominação” cuja derrocada ainda se está por viver.

Por último, tem-se a dimensão do cuidado como modo de interação nas e pelas práticas de saúde nos seus moldes contemporâneos, cujo modo como se aplica e se constroem tecnologias e conhecimentos científicos, determina limites para o que se pode enxergar como necessidades de intervenção em saúde. nunca, quando se assiste à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de

profissionais, a presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos.

Três são as motivações fundamentais e frequentemente observadas: voltar-se à presença do outro, percebido enquanto ativa e que constitui interações intersubjetivas ricas e dinâmicas, buscando superar a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção; otimizar a interação (utilização das tecnologias leves) e enriquecer tais horizontes de saberes e fazeres em saúde, numa perspectiva decididamente interdisciplinar e intersetorial.

Em síntese, o que o enfoque hermenêutico da saúde aqui defendido propõe é a reconstrução humanizadora das práticas de quem produz saúde, e definirá a assistência como uma “objetivação (des) subjetivadora” (AYRES, 2009, p. 43-62) ou não, ou seja, o nível de sensibilidade e responsividade ao sucesso prático do fazer de suas ações e projetos de felicidade junto aos destinatários de suas ações.

Portanto, a atitude que se observa é a de se estar com o outro com prazer, voltar a atenção, mostrar interesse e compartilhar sujeito-sujeito como proposta relacional, romper com a perspectiva de domínio e intervenção sobre a saúde de outrem, estabelecendo interações de com-vivência e construção intersubjetiva do cuidado (AYRES, 2009; BOFF, 1999).

Assim, tem-se a clínica do cuidado como desvio, com bases na alteridade, na saída de “si” enquanto aquele que clina, para “ver” o outro ser humano que está a olhar outro ser humano. (MASCARENHAS; BARROS; CARVALHO, 2006), daí a reflexão sobre a resolubilidade na produção do cuidado à criança com sofrimento psíquico se debruçar sobre as tecnologias de cuidado e processos de trabalho (MERHY, 2002; PINHEIRO E GUIZARDI, 2005).

6. LIMITES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELOS SUJEITOS NAS ESF E CAPSI EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

A pé a fé devagar
Foge o destino do azar
Que restou...

E se você puder me olhar
Se você quiser me achar
E se você trazer o seu lar...

Eu vou cuidar
Eu cuidarei dele
Eu vou cuidar
Ah! Ah! Ah! Ah! Ah!
Do seu jardim...

(Cegos do Castelo, Nando Reis)

Conforme observam Solla e Paim (2013) e os entrevistados, a ainda incipiente integração dos serviços de saúde leva à fragmentação, superposição de ofertas, aumento dos custos com a atenção prestada, diferentes acessos e perpetuações de vazios assistenciais. Tais desafios sugerem, além da baixa resolubilidade, a significação do sistema, como ineficiente, e o percurso do tratamento ao usuário e seus cuidadores como algo simbolicamente destituído de cuidado, seja quanto à oferta ou qualidade da oferta (SANTOS et al, 2012b).

De modo geral, desafios que se apresentam à resolubilidade em casos de crianças com sofrimento psíquico que chegam à Atenção Básica são obstáculos na articulação entre profissionais e serviços; prática dos profissionais centrada no patológico e na medicalização, mesmo na Atenção Básica; limitações nos recursos para reconhecimento dos problemas, acolhimento e escuta qualificada; ausência de uma contrarreferência especializada. E, como questão emblemática à saúde da criança, dificuldades em incluir a família como unidade de cuidado; pelo contrário, responsabilização da família como causadora da “doença”; além da dificuldade em reconhecer problemas de saúde mental neste público; bem como oportunidades restritas de formação com este eixo de análise e intervenção.

Grande parte da ineficiência dos sistemas de saúde se encontra no nível macropolítica, ou da política, planejamento e gestão. Esse é o nível em que os valores gerais, os princípios e as estratégias para a atenção à saúde são desenvolvidos e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas. Neste âmbito, observa-se que a ESF, diante de sua intensa capilarização, possui questões referentes à resolubilidade, as quais se constelam quando se pensa os processos de trabalho e qual coordenação do cuidado as práticas assistenciais colocadas na agenda vêm alcançando. Neste âmbito, constataram-se muitas disparidades na condução dos modelos assistenciais em uma mesma Regional. E o que isso tem a dizer?

Apostou-se, neste estudo, que analisar a micropolítica destes processos como mote para transpor-se a compreensão de (des) cumprimento das tão conhecidas diretrizes da APS apontadas no âmbito macropolítico: AB como porta de entrada preferencial, longitudinalidade, coordenação, matricialidade familiar, coordenadora do cuidado e da articulação com as demais redes (STARFIELD, 2002).

Enfatizar os processos e dispositivos de produção das práticas de cuidado e sua resolubilidade nos serviços de saúde consiste em circunscrever uma perspectiva sempre dialética e dialógica entre os níveis macropolítico, ou seja, discutir os modelos de atenção à saúde, contudo, é, sobremaneira, demarcar e destacar as nuances e importância estratégica de se problematizar o âmbito micropolítico, por sua função disparadora das estratégias de atenção e cuidado integral, com origens no horizonte ético-político do termo “psicossocial” e não somente uma conceituação que apresenta a proposta do serviço de saúde (JORGE et al, 2011; FRANCO; MAGALHAES-JUNIOR, 2006).

O desdobramento deste recorte é apontar a hipótese de que a resolubilidade se dá ao passo que se proporcionam encontros entre equipes de saúde e usuário, no caso da criança, também seu cuidador. No entanto, observou-se que a ESF estabelece em sua agenda outras prioridades que não a saúde mental ou o grupo populacional criança. Estabelece, como prioridade, programas baseados em outros agravos à saúde e grupos populacionais, limitando a resolubilidade em outras situações como a abordada neste estudo.

Santos et al (2012b), em estudo realizado na APS sobre as práticas assistenciais na ESF em quatro grandes centros urbanos, afirma que o binômio materno-infantil é central e possui diversas ações na agenda, desde o planejamento familiar, pré-natal, puerpério e saúde da criança. Nesse sentido, analisou-se que, para haver resolubilidade nos casos de sofrimento psíquico na infância, além de uma agenda de serviços e práticas assistenciais, faz-se necessária a sensibilização para as estratégias de prevenção e promoção do cuidado em Saúde Mental, para que o indicador de saúde não esteja restrito à mortalidade real infantil e materna, mas, também, existencial destes sujeitos.

Com efeito, tal necessidade pertence ao *ranking* de uma das principais questões de adoecimento crônico no Brasil e no mundo. Uma pesquisa recente da OMS demonstrou que a depressão estará entre as dez maiores doenças do mundo nas próximas décadas e, mesmo assim, os governos não possuem políticas de prevenção ao adoecimento crônico ou de gerenciamento para doenças não transmissíveis e, nesse sentido, a vereda é ainda maior quando se pensa o adoecimento mental, em que: mais de 40% dos países não possuem uma política de Saúde Mental; mais de 30% dos países não apresentam um programa de Saúde Mental; Cerca de 1/3 dos países não têm um orçamento para a Saúde Mental. Entre aqueles que o possuem, aproximadamente 1/3 gasta menos de 1% de toda a dotação orçamentária para ações em Saúde Mental (OMS, 2001).

No Brasil, apesar dos avanços observados nas últimas décadas no âmbito da saúde da Saúde Mental, a subutilização de cuidados efetivos/necessários e a sobreutilização de cuidados sensíveis à oferta convivem com problemas que denunciam o deficiente desempenho do Sistema de Saúde, tanto na disponibilidade de serviços de saúde quanto na organização das redes assistenciais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2013).

Devido a esses descompassos é que, na Atenção Básica, as referências utilizadas aos usuários com sofrimento psíquico eram as de “pacientes difíceis”, “nervosos” e “poliqueixosos”. Os dados numéricos de negligência desta clientela ainda são alarmantes, a saber: as queixas difusas com sintomas psiquiátricos subsindrômicos podem ultrapassar 50% da demanda (TÓFOLI; FORTES, 2007); para cada dez pacientes atendidos por médicos de família nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), três apresentavam demandas de sofrimento mental, o que, em termos

percentuais, verifica-se que cerca de 44% a 56% dos pacientes atendidos pelo médico do PSF têm sofrimento mental significativo (FORTES; FURTANELO; CHAZAN, 2005).

A resolubilidade está ancorada na reestruturação produtiva e a transição tecnológica na saúde (MERHY; FRANCO, 2002), justamente porque apresentam a primazia do mundo da vida diante da natureza biológica que há no ser humano. O modo de produção em saúde é complexo porque “traz em si a idéia de um campo social,” no qual forças instituídas e instituintes tensionam processos inventivos e construtivo de possibilidades para o desenvolvimento de redes e sistemas no campo da micropolítica dos processos de produção do cuidado. Ou melhor:

(...) no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho. É no lugar do encontro entre os serviços e os usuários, onde está a riqueza e intensa atividade de cuidado. como uma malha que é tecida com grande energia, se cruzam saberes, fazeres e linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma equipe de saúde (MERHY; FRANCO, 2002, p. 01).

É no trabalho vivo em ato que se dão os sentidos e tecnologias de cuidado que têm o potencial de transformar este tradicional modo de produção em saúde e agenda de ações fragmentadas no SUS, a partir de processos tecnológicos leves/leve duros, que propõem uma “linha de fuga” estratégica para a produção de relações de escuta e responsabilização que se articulam com a constituição de vínculos e pactuação relativa aos projetos de intervenção que, por sua vez, objetivam atuar sobre as necessidades, em busca da produção de “algo” que possa representar a autonomia e produção de saúde do sujeito.

Diante do que se depreende, o que ocorre é que “os processos são presididos pelas relações, como no caso da saúde, há produtos que são ‘simbólicos’, mas constituem certa materialidade pelo valor de uso que tem para o usuário” (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006, p. 38) e esta é a premissa que constitui o cuidado em saúde e, portanto, a matriz compreensiva da resolubilidade, desdobrada em diretrizes como acolhimento, vínculo com responsabilização, continuidade do cuidado e autonomização do usuário, na produção do cuidado em saúde. Observa-se esta possibilidade na compreensão dos Sujeitos Narradores deste estudo.

5. 1. A percepção dos diferentes sujeitos sobre os processos e efeitos das intervenções: em busca do que chamamos resolubilidade

O debate em torno da integralidade também converge para a concepção de saúde a partir de tecnologias relacionais que podem ser apreendidas como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta).

Em virtude disso, aponta-se a centralidade das tecnologias relacionais ancoradas nos pontos de encontros que se fazem nos processos de trabalho (OLIVEIRA, 2009), bem como a compreensão de que é necessária a “transição tecnológica” na produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2013). Abaixo se apresenta o relato de E. 06, Grupo 01 sobre esse alcance da resolubilidade:

O serviço tem uma filosofia, tem os objetivos. Então, assim, se ele é capaz de resolver os objetivos e atender, aí ele está sendo resolutivo. Mas se tem uma filosofia e isso não está sendo atendido, ele não tem uma resolubilidade. Ou seja, é chegar os casos aqui – como no caso de um autista – e o CAPS não atende esses casos, nosso acompanhamento é somente paliativo, é sintomático até: se ele está com uma gripe, está com uma infecção respiratória, aí o médico vai e passa um medicamento, a gente orienta a família com relação aos cuidados e pronto, entendeu? É isso que nós fazemos, porque não tem um acompanhamento, realmente, desse paciente como um todo e que tem um problema neurológicos, o autismo. E aí não tem resolubilidade para isso, não existe uma conduta para esse paciente (Grupo I, E. 06).

A “transição tecnológica” (IDEM) significa um novo padrão de produção do cuidado, a qual altera não só o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, demandando a hegemonia das tecnologias relacionais, voltadas às singularidades das necessidades de cada usuário em seu campo social. O conflito está, a partir desta fala, na radicalidade da estruturação do processo de condução do cuidado, que, ao contrário de “processos estruturados,” comandados pelo trabalho morto padronizado, aponta a produção em constante “processo de estruturação e reestruturação,” posto que é comandada pela compreensão de trabalho vivo, no devir e encontros dos sujeitos envolvidos, que

devem ser considerados na qualidade de protagonistas das redes relacionais, que operam nos atos assistenciais (FRANCO, 2010).

Entretanto, a rotina intensa, excessiva carga de trabalho e a definição de metas de atendimento e de outras atividades que não o apoio matricial e momentos de referência e contrarreferência têm dificultado a implementação de ações de interface entre equipes de saúde da família e saúde mental. A escuta ao usuário pode até ocorrer, entretanto, a escuta entre equipes nas redes de atenção é silenciada e repleta de ruídos no sentido de desresponsabilização de “mais uma tarefa para dar conta”:

A essência do modelo é maravilhosa, agora o que acontece é que não tem uma continuidade, um funcionamento. Então, eu não posso cuidar desse paciente, abraçar mais uma demanda a dar conta, não dá. Entendo que tenho que achar a continuidade para que ele chegue ao CAPS, um funcionamento em que se eu encaminho um paciente, ele chegue para a enfermeira e se ela percebe alguma coisa aí fala para o médico do posto, o médico pede para encaminhar para o CAPS, lá vai a mãe com o papel do encaminhamento. Eu sei que aquilo dali não é integração, já que aquela família pertence à saúde da família, teria que ter um encontro ente as equipes, nem que fosse um retorno, onde o CAPS teria que fazer uma contra referência, dizer que a criança está sendo acompanhada por motivo tal, tal e tal, foram feitos tais exames, está sendo acompanhado por um “neuro”, por um psiquiatra, psicólogo, “fono”, comunicar o que for preciso e assim fortalecer nossa zona de contato. Mas não tem essa volta. O retorno vem pelo próprio usuário que fala como é e fala do jeito que quer também [risos] (Grupo I, E. 05).

Assim, acolhimento, vínculo com responsabilização e continuidade do cuidado ainda se encontram ancorados na ideia de integralidade do cuidado no serviço e não em itinerários seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, ou seja, em “linhas de cuidado” (FRANCO, 2010), o que é diferente de processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também.

Outra questão que parece dificultar a resolubilidade é, também, na lógica de linhas de cuidado, inexistir a unificação de ações preventivas, curativas e de reabilitação psicossocial na lógica de construção dos projetos terapêuticos dos usuários pelas equipes e, por conseguinte, dificultam o acesso em sua concepção ampla de prover todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, ou seja, minimamente, ações na Atenção Básica e Atenção Psicossocial se necessário e,

também, incluindo outros segmentos não necessariamente incluídos no sistema de saúde, mas que participam da rede:

Eu estou com muitos anos de prefeitura, então eu já posso dizer que vi de tudo. Então, a época que eu vi alguma coisa funcionar em relação à saúde mental foi quando vi criarem atividades interlocutoras da saúde mental na atenção básica: O Resgate da Autoestima, que foi um curso pela quatro varas; a terapia comunitária, que também era feita para crianças, que também era muito bom, mas eu não estou vendo continuidade, morreu. Então, essas terapias holísticas, que foram implementadas estão em “águas mornas”, não foram mais implementadas. A terapia comunitária era muito boa para as crianças, para a mãe, para a família toda e até para a equipe [risos]; o resgate da autoestima também e a massoterapia. Tudo isso foi um projeto que foi colocado para a prefeitura de Fortaleza e não teve continuidade e deixou o usuário sem continuidade de cuidado, mas que aí eu lembro que tinha uma rede, uma linha de cuidados para a saúde mental . Agora... Nem faço projeto terapêutico, encaminhado para o CAPSi. Não vejo como fazer. (Grupo I, E. 14).

O projeto terapêutico é o grande disparador das tecnologias relacionais de cuidado e é, dentre estas, que advém a vinculação com responsabilização e a corresponsabilização de todos para que o que é projetado se efetive em felicidade, ou seja, em um conjunto de atos assistenciais pensados para dar resolubilidade, resolvendo e trazendo satisfação no cuidado produzido ao usuário e na gestão compartilhada das dificuldades por ambas as equipes:

Eu acho que voltar de certa forma as rodas de conversa, as discussões de casos e construção do PTS de alguns pacientes mais “demandantes” de diversas ações e braços. Existiam rodas na dentro da estratégia lá da unidade, mas, assim, reuniões intersectoriais, de sentar mesmo com a equipe de saúde da família, mostrar mesmo quais são as dificuldades deles lá no CAPS, quem sabe se assim como a gente tem aqui eles tem lá. Talvez o retorno do matriciamento, mesmo que não fosse no mesmo molde do anterior, mas de alguma forma estar tendo esse encontro entre os profissionais; talvez fosse a forma melhor que temos de estar fortalecendo essa integração, porque atualmente está “cada um no seu quadrado”. Eu não sei se por causa da mudança de gestão muita gente nova entrou, porque também existe aquele vínculo com os profissionais antigos, que alguns saíram e outros não (Grupo I, E. 03).

Observa-se abaixo esta segunda fala, que se mostra ainda mais emblemática, demonstrando que a ausência de comunicação e corresponsabilização

entre as equipes ou trabalhadores de saúde de ambas as equipes se desdobra na confusão entre autonomia³³ e desresponsabilização:

O encaminhamento é mesmo que nada, a verdade é essa. Não adianta eu dizer que existem os CAPS. Não está tendo um bom acompanhamento, não tem um retorno. A gente pode encaminhar, mas não tem um retorno, porque se o paciente pertence a nossa área, deveria ter um retorno aquele paciente, do que estão fazendo com ele no CAPS. Aí não tem esse retorno. Eu acho muito solto da parte de adulto, infantil. Essa articulação tem sido feita mesmo só pelo familiar, através do nosso vínculo com o familiar, o familiar e o usuário. Via de regra a mãe volta para nos contar como foi, se eles estão em atendimento lá, a gente encaminha numa semana e busca ficar acompanhando isso por ele: “e aí, você foi? E aí, como é que está sendo”. Institucionalmente, eu não vejo esse acompanhamento. Eu estou até meio angustiada hoje porque o que a gente está vendo é isso, é o descaso de todas as partes, dos governantes, de nós trabalhadores, dos familiares, e as crianças aí tudo no meio do mundo (Grupo I, E. 15).

Este referencial frequente se equivoca ao traduzir autonomia como responsabilização total dos cuidadores pelo adoecimento dos usuários. Autonomia, então, equivaleria a delegar a estes indivíduos a responsabilidade pelos cuidados com a saúde de seus filhos, então, para quê procurar as articulações em saúde? Ou a UBS quando tem o CAPSi? Sob esta égide, a autonomia incorpora um cunho neoliberal no qual o sujeito se apresenta como senhor de si mesmo, independente de todo o seu contexto, em detrimento de uma compreensão da autonomia, como ampliação da “capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes de sua saúde” (Gohn, 2004, p. 2120). Vejamos:

Eu me arrependo de não ter procurado o CAPSi mesmo antes, porque só resolveu aqui e ao final eu sou tratada do mesmo modo que qualquer pessoa e ela como qualquer criança no posto. Deveria ter um médico pediatra e um dentista aqui no CAPSi, só para eles, que são especiais e que não podem esperar como os outros (Grupo IV, E. 04).

Por conseguinte, a interface entre as dimensões clínica e política se apresentam fragilizadas, posto que o diálogo entre sujeitos e o contexto institucional, isto é, o serviço, a rede, a gestão e a política pública necessitam ser mais bem

³³ Compreendida por Assis et al (2006) como “a capacidade de o usuário andar a vida com seus próprios recursos, ou seja, quanto mais autônomo, menos dependente dos serviços. Isto só acontece se o usuário acionar dentro de si a potência de produção de vida, o que ocorre quando os serviços têm dispositivos de cuidado que produzem uma subjetividade desejante de vida no usuário” (p. 30).

implementados e sustentados, a fim de ajudar o serviço e a rede a apoiarem o usuário e sua família, na construção de sua autonomia, participação e empoderamento, inclusive, trazendo-os para pensar seus itinerários terapêuticos e a organização dos serviços de saúde.

(...) aí eu retomo para aquela questão da presença da família. Eles se efetivam quando o pai, a mãe ou o avô assume essa criança e vai em busca. Não precisa só o encaminhamento, precisa também que a família se envolva e que muitas vezes brigue. Então, quando esse pai, essa mãe, esse avô, às vezes um tio assume o cuidado integral dessa criança esse encaminhamento é efetivado porque ele vai e leva. Às vezes a gente faz o contato, mas se a mãe não for esse contato não se efetiva; às vezes o espaço está lá, existe. Então, eu acho que tem muito de uma parceria que aí é onde esses pais que se tornam parceiros do CAPS nesse sentido e assumem seu papel com a criança fazem essa via funcionar. Eles que são os grandes beneficiários dessa rede. Então, pelo menos é como eu vejo, ela funciona quando eles vão atrás. Ontem eu não lembro agora quem comentou comigo que teve uma mãe que entrou com um mandado judicial para manter a criança na escola. Então, assim, essa mãe está indo atrás; então essa faz a rede funcionar. Num precisa nem que seja esse ato extremo, basta chegar com o encaminhamento e dizer “eu quero!”. Mas como boa parte é de uma condição social bem precária se acha ainda incapaz levantar a voz. Eu vejo assim (Grupo II, E. 12).

Configura-se, portanto, um cenário dinâmico cuja percepção de todos é que o desenvolvimento de ações e serviços efetivos está para além do número de consultas, atendimentos e procedimentos, mas, sobretudo, uma prática cuidadora, com a necessidade de criação de laços de compromissos balizados por um agir interdisciplinar, de responsabilização e postura acolhedora dos trabalhadores de saúde na interação com as crianças usuárias e seus familiares, como coparticipes do serviço, através de respostas às suas necessidades de saúde, levando-se, assim, à resolubilidade.

Nestes aspectos, a resolutividade pode ser compreendida como eficaz em diversos casos, na concepção de trabalhadores e familiares, entretanto, em termos de resolubilidade, a efetividade do cuidado que é gerido na micropolítica dos processos de trabalho e encontros entre usuário-cuidador-equipe, deixa a desejar:

(...) eu acho que o que deve melhorar no posto é o atendimento, porque o atendimento médico não é muito bom: as pessoas não gostam do médico. Tudo bem que ele tem lá as suas limitações, ele também tem problemas, mas ele chega dez horas para o atendimento e as pessoas se incomodam muito com isso. E às vezes não tem uma pessoa do Poder Público

Municipal que possa ouvir nós né? Ouvir a população. Aí entra o papel da assistente social que pesa nesse sentido né? Mas aí as pessoas não tem muito conhecimento que possa levar até elas esse questionamento, que possa resultar na melhoria do atendimento. (Grupo IV, E. 03).

Entende-se que um sistema ou serviço de saúde é considerado resolutivo na produção do cuidado, com base na capacidade da equipe de saúde em “resolver” as demandas do usuário, numa lógica de atenção voltada para a queixa-conduta. (MERHY, 2002). Porém, a resolubilidade é baseada em referência à demarcação, ou não, de qualidade do que é considerado resolutivo (CAMPOS, 1988). Explicando melhor, com base na fala do familiar, o médico pode até atendê-lo, mas ele tem que esperar um longo período devido a um tradicional atraso do médico, por isso, também, deve ser atendido “às pressas” e, assim, sendo considerado como atendido, quando o cuidado prestado, a esses moldes, via de regra, se mostra desautorizador do sujeito e até mesmo um descuidado.

Assim, atribuiu-se ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva dos serviços de saúde, pois até mesmo a pergunta sobre integralidade do cuidado dispara essas percepções cheias de potencialidade reconciliadora, de reflexão e de novas negociações sobre objetivos e meios das ações em saúde, entre as práticas assistenciais e a vida, vê-se a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, sem determinar, de modo absoluto, a priori, aonde e como chegar com a assistência, tendo as dimensões políticas e éticas do cuidado como horizonte das ações de saúde.

5.2. Destaque à micropolítica dos processos de produção do cuidado: a Afetação e o trabalho vivo diante da criança que sofre

Só se pode viver perto de outro e conhecer outra pessoa, se a gente tem amor.
Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura.
(Guimarães Rosa, Grande Sertão Veredas – Qualquer amor)

Deve-se pensar neste tema de estudo encarnado na prática profissional ancorada na descoberta recente de que resolubilidade se engendra na arte da

amorosidade descrita por Paulo Freire ou na capacidade de afetação do ser humano antes de profissional de saúde, conforme ressalta Túlio Fanco ao propor a “clínica dos afetos” (2010) na produção de si e do outro. Onde quer que se esteja atuando serão os modos de interagir com os outros e inteireza dedicada ao outro no ato de cuidar que poderão fazer a diferença, pois com cada pessoa que se encontra, é possível ver a magia da vida vivenciada na sinergia do encontro.

Estar a serviço do Outro envolve, portanto, as dimensões da ética e da técnica, posto que para se assumir a postura de "estar em relação", de "ser para" o Outro implica uma abertura e uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos de cuidado, requerendo competências diversificadas as quais se expressam no campo da cooperação (núcleo cuidador) e da ancoragem ética, pela destreza nas relações interpessoais, conhecimento institucional e compreensão do processo de trabalho em equipe (SOUZA; SANTOS, 1993). Logicamente, não é qualquer equipe, mas uma equipe composta por profissionais implicados subjetivamente e atuantes. Vejamos a angústia e implicação subjetiva do trabalho em Saúde Mental e veja só, vindo da Atenção Básica:

A gente às vezes leva um fardo grande, porque a gente sabe que aquela criança precisa de um medicamento, mas quando ela vem aqui o que pode ser feito por ela é só a renovação da receita que foi passada pelos profissionais do CAPSi. Então, esse retorno às vezes acontece depois de um ano para o CAPSi; depois, esse retorno acontece depois de seis meses para o CAPS. Às vezes, a mãe fica tão desestimulada que ela só renova, renova e renova essas receitas e vai levando a vida assim. Então, eu me angustio, a gente sofre, mas quando as coisas estão andando, a gestão muda, as pessoas mudam e aí até sensibilizá-las novamente, até conhecê-las é toda uma mudança de equipe e relações de confiança. Chegaram a dizer para a gente que não era para fazer roda, mas aí a gente bateu o pé e está cavando para se reunir (Grupo I, E. 10).

A implicação subjetiva é fortemente relacionada à criação de vínculo. Vejamos este discurso que ilustra bem a afetação e aproximação subjetiva que se estabelece antes mesmo de uma nomeação técnica para tal:

(...) não é nem técnico de referencia que temos, não é que eu fique específica com uma pessoal, é mais com o que cria vínculo. Então, assim, à medida que vai se formando esse vínculo você fica mais vinculada àquelas pessoas, aquelas crianças. Então, assim, aqueles que estão no grupo... Por exemplo, eu tenho uma dificuldade enorme em gravar nomes, mas tem onze garotos no grupo e eu sei o nome de todos eles, e é porque dois ou

três têm nomes repetidos; às vezes eu não sei o sobre nome, mas eu sei quem é quem. Então, para mim se tornou uma referência, naquele grupo eu conheço cada um e eles se reportam em mim (Grupo II, E. 12).

É certo que ainda há de se transformar a trama que a cultura determina e muitos profissionais ainda estão chegando ao serviço, dadas as mudanças específicas dessa realidade, em que houve concurso público em meados de 2012. Por isso, muitos profissionais discutem a ausência da implicação ou compromisso com os usuários que chegam aos serviços de saúde:

(...) dava sim para fazer um acompanhamento belíssimo se fosse destacado um profissional uma vez no mês ou uma vez em três meses dentro da unidade de saúde, juntamente com o médico que tem mais contato com o paciente. Então, o médico da equipe passaria para o psicólogo do CAPS a situação da criança. Aí seria sim um vínculo não quebrado se esse médico estive em três meses, no máximo, ou em um mês, no mínimo, acompanhando o médico da equipe juntamente com a criança. Então, esse tratamento não seria quebrado, eu acredito que a criança seria muito bem avaliada, porque o médico da equipe estaria por dentro de toda a situação da criança e passaria segurança para o psicólogo, no caso, do CAPS que estaria acompanhando ele mensalmente ou trimestralmente. Então, eu acho que isso não seria quebrado. Eu acho que funcionaria demais, seria uma grande estratégia (Grupo I, E. 11).

A crítica às "tecnologias duras", conforme apontam os autores Pinheiro e Guizardi (2005), sintetiza novas tecnologias que vêm tentando dar conta da integralização da assistência que aqui se enuncia, atrelando ao cuidado a perspectiva de dispositivo político agregador de tecnologias leves: acolhimento, vínculo, corresponsabilização, autonomia; entendidas como prática social que tem implicações no espaço da intersubjetividade, que aqui se apresentam buscando reconhecer as diferentes visões de mundo, saberes e diálogos próprios ao campo da saúde.

Há de, então, compreender-se que a dimensão técnica aqui retratada destoa completamente da tradicionalmente ancorada no modelo biomédico de assistência e tratamento, direcionado à cura e ao controle dos sintomas, à ampliação do poder diagnóstico, que visa ao aumento da eficácia no tratamento e de determinadas dimensões da qualidade de vida dos pacientes, posto que compreende-se que esta "descuida" dos direitos dos usuários, os destitui da condição de sujeitos, os considera "pacientes" que aguardam passivamente uma intervenção, vendo-se

reconhecidos pelo “rótulo” diagnóstico ou número do prontuário, “despersonalizados de si” (GOFFMAN, 1993).

A dimensão política do cuidado encontra-se, justamente, na interface da ética do cuidado com as tecnologias utilizadas, posto que sua utilização vem revelar um saber-fazer meramente analítico-instrumental ou a uma razão cordial, voltada à abertura que rompe com a “alergia” ao outro, se permita ser afetado, ser desalojado de seu saber-poder para reconhecer no outro uma pessoa singular, sua história de vida e valores, seus medos e sofrimentos, sem deixar de voltar-se para os aspectos técnicos, desde que estes não sejam subvertidos em saber-poder sobre o outro, comprometido com uma ortopedia ou controle. (BOFF, 1999; AYRES, 2005).

Assim, o profissional busca, como desafio, distanciar-se da formulação de regras, do enquadre diagnóstico e do seguimento de rotinas preestabelecidas e assumir uma nova atitude de inter-ação, de criação, de não conformação aos saberes instituídos e cristalizados, de busca por novos diálogos e, sobretudo, de contínua reflexão crítica sobre seu modo de estar a serviço do outro, que é Sujeito e Cidadão, até mesmo antes de paciente, público-alvo ou até mesmo usuário (LEVINÁS, 2000).

Deste modo, rompe-se com um conjunto de saberes e práticas constituindo-se, assim, em território existencial e especificamente laboral sob o signo da multiplicidade. Esse campo, inspirado pelos ideais de desinstitucionalização no setor de Saúde Mental, visa à produção de um trabalho que estabeleça acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político com os sujeitos ativos em seu próprio processo de construção, dirigindo a organização do trabalho para a elaboração de projetos terapêuticos que promovam a emergência do sujeito. (DUARTE, 2004, p. 155).

Conforme ressalta Gadamer (2006), a arte de curar não inclui apenas o bem-sucedido combate à doença, não implica somente a rejeição ao uso da técnica ou do necessário controle da doença, da queixa ou do desconforto que levam o usuário ao serviço de saúde; mas envolve, principalmente, o cuidado da saúde, uma prática não restrita ao saber técnico que, ao se deparar com o outro, possa construir um saber peculiar que dê conta dos meios e dos fins de sua ação na área da saúde, pautado em uma revolução ética.

Neste mote, considerou-se nesta investigação a definição de cuidado como aglutinadora das dimensões supracitadas, portanto, conformadora de “um conjunto de saberes e práticas que, contemporaneamente, vem sendo imbuído de novos sentidos e enunciados, constituindo-se, assim, em território interdisciplinar sob o signo da multiplicidade” (DUARTE, 2004, p. 155).

Por conseguinte, entende-se que o motivo de questionamento não está no uso ou não das tecnologias e práticas de cuidado de si, posto que a tarefa não implica a negação dos saberes e conhecimentos já construídos no campo da saúde, mas, sobremaneira, de haver a disposição para com o outro e a reflexão crítica quanto a como são utilizadas as tecnologias de modo a propiciar abertura à dialogicidade, para se poder, de fato, garantir o vínculo e a corresponsabilização, caminhando em direção à melhoria do cuidado no campo dos serviços públicos de saúde (LEVINÁS, 2000; FREIRE, 2002; CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008). É o que distingue avaliação de qualidade de avaliação qualitativa do cuidado em saúde, a qual este estudo se propôs (BOSI; UCHIMURA, 2006).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nasci veio um anjo safado,
O chato de um querubim,
E decretou que eu estava predestinado
A ser errado assim.
Já de saída minha estrada entortou,
Mas eu vou até o fim.
(Chico Buarque, Até o fim)

Questões abordadas neste estudo se espraiam no âmbito relacional, buscando tecer considerações ético-políticas e técnicas quanto à promoção da emergência do sujeito, posto que se atribui ao cuidado “(...) o estatuto de categoria reconstrutiva, querendo com isso nos referir à aposta fundamentada na trajetória reflexiva acima descrita, de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida” (AYRES, 2009, p. 62-63), ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnologia e a construção livre e solidária de projetos existenciais de felicidade, de uma vida que se quer feliz.

Primeiramente, sobre o sofrimento psíquico na infância, o qual chega na Atenção Básica. Esta é uma articulação privilegiada para a criança e seu ou sua cuidadora, pois possibilita a intervenção a tempo e representa forte possibilidade de que este adoecimento psíquico não se cronifique.

Para os trabalhadores da ESF, chega ainda como uma demanda inexistente ou impossível de abarcar, diante de tantas outras metas e programas. Para o CAPSi, a concretização do apoio matricial é a possibilidade de melhor definição de seu perfil de trabalho, construção dos fluxos e apoio territorial e de articulação contínua com as redes de cuidado.

Mesmo estando consciente de seu papel promotor e preventivo em relação às condições de saúde mais amplas, para os profissionais da ESF, a ideia de apoio matricial em Saúde Mental para crianças se apresenta com estranheza ou como algo raro e muito específico. Talvez por isso seja, de pronto, visto como caso para a

especialidade e é quando se “liga o encaminhometro” e se pula o momento anterior, de encontro no matriciamento, de preocupação ética em colocar o sujeito em um bom caminho (BRAUER, 2003), também dadas as fragilidades organizacionais e infraestruturais dos processos de trabalho envolvidos no apoio matricial, de modo geral, se deixa sobressaltar pelo saber médico psiquiátrico, da especialidade (CAVALCANTE, 2012).

O que também se apresentou de modo ampliado, pensando a Saúde Mental na Atenção Básica, é que outras condições crônicas de adoecimento possuem forte amparo em programas de metas e um acompanhamento contínuo fortemente articulado em sua linha de cuidado. No entanto, não se apresenta a compreensão de que como condição crônica a atenção ao portador de transtorno mental também exige que os sistemas de saúde se organizem com foco em suas necessidades para a resolubilidade da produção do cuidado em saúde.

Tal fato é observado nos discursos das ESF quando ao falar de saúde mental articulam seus discursos, afinando-se ao encaminhamento, ao sistema de referência e de impossibilidade de promoção em Saúde Mental. Também, já no CAPSi na dificuldade de compartilhar a responsabilidade com as ESF ou até mesmo no pouco citado NASF, quando se aposta no sustento terapêutico de crianças que não possuem, necessariamente, sofrimento psíquico grave; e, por último, das famílias, que, como melhor opção, se referem a “andar menos,” ou até mesmo “trazer serviços básicos de saúde para o CAPSi.”

Esta série de ruídos representa não só a ausência de resolubilidade, mas, também, o quanto culturalmente a criança e seus cuidadores não são vistos como sujeitos no direito à Saúde Mental, como também o abismo existente no processo antimanicomial, de se eliminar o que há de institucionalizador nas práticas e ensejos de produção do cuidado, que desautoriza qualquer busca por ações territorializadas e se mostra cada vez mais esquecida de um dos direitos fundamentais do ECA, que é o direito à convivência familiar e comunitária, inclusive, no cuidado à saúde, outro direito!

Então, a centralidade do tema da resolubilidade está na discussão sobre integralidade do cuidado e integração das redes de atenção, bem como sobre a transição tecnológica vivenciada nos discursos aqui analisados, a qual envolve

avanços e retrocessos, consciência dos processos de trabalho mais efetivos e mudança de atitude.

Nesse percurso, reafirma-se a importância do acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia para o alcance da resolubilidade. Perpassando todas estas ferramentas relacionais, estava presente a necessidade de retomar o apoio matricial, ou seja, o momento de encontro entre essas equipes, sua pluralidade de olhares e escuta qualificada do usuário e seus cuidadores na construção de seu projeto terapêutico singular.

Ao que parece, o caminho da integralidade do cuidado está indicado por eles, o horizonte relacional em busca da resolubilidade também. Nesse sentido, que lugar se pode ocupar (ou não) na construção dos projetos de felicidade?

Longe de respostas unívocas, vê-se que são necessárias mudanças de cultura para o reconhecimento da loucura na criança e da família como coparticipante no cuidado, nem culpada e pelo adoecimento, nem excluída da complexidade que é o sofrimento psíquico na infância.

Além disso, a necessidade de educação permanente, voltada à construção de fluxos, torna prática cotidiana a análise de mapas analisadores, projetos e itinerários terapêuticos, aprofundamento das linhas e fluxos em Saúde Mental, inclusive, com a presença da Atenção Básica e outros setores nesse processo de confronto com as tensões entre o plano real e aquilo que se anuncia no plano da afetação, do sensível, invisível e indizível, ou como nos dizem os cartógrafos o domínio dos fluxos, intensidades e devires.

Por último, o papel da gestão nesse processo, no subsídio de condições infraestruturais e de custeio em geral para o apoio matricial e demais práticas de promoção da Saúde Mental na Atenção Básica.

Estes três pontos possuem a necessidade de formação para que haja a percepção, ou seja, abordar-se, na produção do cuidado, a percepção da alteridade do mundo, como mapa, de forma que associam a certas representações do repertório do ser humano, que serão projetadas sobre aquilo que se está apreendendo, de modo a atribuir-lhe sentido (FRANCO, 2010).

Entretanto, necessitam transpor a percepção e formação de sentido rumo ao patamar da sensação, plano de fundo em que se articularam os diversos narradores

e vozes deste estudo, convergindo para uma mesma identidade narrativa em um ponto, beirando a prolixidade: “a alteridade do mundo como diagrama de forças que afetam o corpo em sua capacidade de ressoar” (FRANCO, 2010, p. 39). Aqui se constelam a dimensão política do trabalho em rede, a dimensão clínica e libertadora da reforma psiquiátrica e o entrelaçamento de ambas, ao qual se intentou e se chamou de resolubilidade na produção do cuidado!

8. REFERÊNCIAS

AIACH, P.; CÈBE, D. **Expression des symptômes et conduites de maladies**. Paris: Doin, 1991.

AJURIAGUERRA, J. Problemas gerais de desorganização psicobiológica na criança. In: _____. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

AMARANTE, Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>. Acesso em: 02 set. 2012.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. Forense Universitária/ EDUSP, 1981.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ASSIS, M. M. A. (Orgs.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2006. 180 p. ISBN 978-85-232- 0669-7. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 28 Set. 2013.

AZEVEDO, R. Você me chamou de feio, sou feio mas sou dengoso: **buraco na parede**. 1ª ed. São Paulo: Moderna, 2007, p. 42-43.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 549 – 560, 2005. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63010313.pdf>. Acesso em: 03 set. 2012.

_____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.

BARROS, M. de. **Memórias inventadas: as infâncias de Manoel de Barros**. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2010, p. 65 - 67.

BARROS, N. F. **Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: Annablume-Fapesp, 2000.

BASTOS, A .C. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Variables socio-econômicas, ambiente familiar y salud mental**. Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina. v. 36, 1990.

BECK, A.R.M.; LOPES, M.H.B.M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. **Rev. Bras. Enfermagem**, Florianópolis. v. 60, n. 6, p. 670-5, 2007.

BERLINCK, M. T. O que é psicopatologia fundamental. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**. São Paulo: Escuta, 1998.

BERNARDINO, L. M. F.; ROHENKOHL, **Bebê e modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição**. São Paulo: escuta, 2006.

BEZERRA JUNIOR, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Vol. 17, n. 02, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2013.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do ser Humano. In: _____. **Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A, 1989.

_____. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia de Letras, 1996.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, M. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p.150-3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>. Acesso em 03 set. 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e Do Adolescente. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Brasília: Presidência da República, 1990.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, Distrito Federal, 9 abr. 2001. n. 69-E, Seção 1. [Lei Paulo Delgado]. Disponível: http://www.planalto.gov.br /CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 15 Dez. 2011.

_____. **Saúde Mental e a Atenção Básica:** o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2011.

_____. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Editora MS, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf. Acesso em: 03 Mar. 2012.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

_____. **Portaria 154/2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cosems/al/mostraPagina.asp?codServico=1688&codPagina=5925>. Acesso em: 08 jan. 2012.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. DATASUS. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Atend_Listar.asp?VSelecao=|00|01|04|00|23|230440 – página atualizada em 10 de maio de 2009. Acesso em: 02 Jan. 2013.

_____. BROCKMEIER, J. HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: reflexão e crítica.** vol. 16, n.3, p. 525-535, 2003.

BRAUER, J. F. **Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância.** 1. ed. São Paulo: casa do psicólogo, 2003. v. 1. 192 p.

CABRAL, D. M. Comparação dos instrumentos SF-36 e perfil de saúde de Nottingham para avaliação da qualidade de vida de indivíduos pós Acidente Vascular Encefálico. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife: CCS. Fisioterapia, 2011, 101 p. Disponível em: http://www.ufpe.br/ppgfisioterapia/images/documentos/dlc_dissertao.pdf. Acesso em 14 de Set. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma:** Repensando a Saúde. São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

_____. Considerações sobre o processo de administração e gerência de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. (Org.). **Planejamento Sem Normas.** São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

_____. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902011000400013&script=sci_arttext. Acesso em: 22 Out. 2013.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec/Fapesp; 2007. 149 p.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica do processo saúde-doença. 2000. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 19, n. 4, p. 923-931, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16842.pdf>. Acesso em: 20 Ago. 2013.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Rodrigues Alves, 1986.

CASTELLANOS, M. E. P. A NARRATIVA NAS PESQUISAS QUALITATIVAS EM SAÚDE. **Cienc. & Saúde Coletiva**, vol. 18, 2013 [no prelo].

_____. **Adoecimento infantil: um estudo das narrativas familiares**. São Paulo: Hucitec; São Paulo: Cesco, 2011.

_____; LOYOLA, M. A. ; IRIART, J. A. B. Ciências sociais em saúde coletiva. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Org.). **Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. 01 ed. Rio de Janeiro: MedBook Editora Científica Ltda, v. 01, p. 567-584, 2013.

MARTINS, L. T.; CASTRO, L. R. Crianças na contemporaneidade: entre as demandas da vida escolar e da sociedade tecnológica. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, 2 (9), p. 619 – 634, 2011.

CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**[online]. vol.43, n.spe2, 2009, pp. 1256-1260. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a19v43s2.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2013.

CARVALHO, L. B.; BOSI, M. L. M.; FREIRE, J. C. dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 700-6, 2008.

CAVALCANTE, C. M. **Relações interpessoais na atenção à saúde mental de crianças residentes em lares substitutos**. Dissertação (Mestrado) apresentada à Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, 2006.

_____. **Cuidado de crianças com diagnóstico de TDA/H: articulações entre família, Escola e profissional de saúde mental**. Tese (Doutorado) apresentada ao curso de doutorado em Saúde Coletiva associação ampla UFC/UECE/UNIFOR, Fortaleza: 2012.

_____.; 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*, v. 1, p. 161-178, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000100009&script=sci_arttext. Acesso em: 02 Set. 2013.

CEARÁ. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Dados da atenção básica. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em 03 Maio 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em saúde: Desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.** v.9, n.16, p.161-77, 2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 21 Set. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

_____. **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CIRINO, O. Breve perspectiva histórica da clínica das psicoses na infância. IN: GUERRA, A.; LIMA, N. (Org.). **A clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2003.

COELHO LOPES, A. P.; WALTY, C. M. R.; DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; LOPES, T. C. Práticas de integralidade e as redes sociais: possibilidades avaliativas para a construção da cidadaniade famílias de crianças em condições crônicas. In: PINHEIRO, H.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009, p. 217- 227.

CORSARO, W. **The sociology of childhood**. California: Pine Forge, 1997.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Garamond, 5ª Ed, 2007.

CRESPAN, G. **A clínica precoce: o nascimento humano**. São Paulo: casa do psicólogo, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS C. M. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DATA SUS. Estimativas de 2000 a 2012 utilizadas na publicação "Saúde no Brasil – 2012." 2012. **Disponível em:** <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popestim/cnv/pop>. Acesso em: 24 Set. 2013.

DEPRAZ, N.; COSMELLI, D. Emphaty and openness: practices of intersubjectivity at the core of the science of consciousness. In: THOMPSON, E. (Org.). **The problem of consciousness**. Calgary: Calgary University press, 2003, p. 163-203.

DELEUZE, G. **Diferença e Repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELFINI, P. S. S. et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras Crescimento Desenvolv Hum.**;v 19. n. 2. 2009.

_____; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 4. São Paulo: Ed.34, 1997.

DESLANDES. S. F.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto sobre a violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. **Disponível em:** <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAAs/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20de%20G%EAnero%20Contra%20Meninas.pdf> Acesso em: 8 Jan. 2013.

_____. BARCINSKI, M. Família contemporânea e violência: significados e práticas de atendimento. In: TRAD. L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

DICIONÁRIO GREGO-PORTUGUÊS. Porto: Porto Editora, 1997.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K. de S.; BRITO, M.; CABRAL, C. de M. T.; ALVERGA, A. R. de. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 59, pp. 143-155, 2007.

DIMENSTEIN, M.; GALVÃO, V. M.; SEVERO, A. K. S. O Apoio Matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del-rei, V. 4, n.1, 2009.

DONABEDIAN A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho de cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, M. A.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. (Orgs.). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2004.

ELIAS, N. **Mozart – Sociologia de um gênio**. São Paulo: ZAHAR, 1994.

ESQUIROL, J. D. Des Maladies mentales considérées sous Le rapport medical, hygiénique et médico-legal. Paris: J. B. Baillière, 1838. IN: LOBO, L. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008, p. 354- 375.

FARIA, A.L.G.; DEMARTINI, Z. B. F.; PRADO, P.D. (Org.); **Por uma cultura da infância: metodologias de pesquisa com crianças**. Campinas, SP: Autores Associados, 2002.

FERNANDES, C. M. **Psicanálise e Clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplinar na primeira infância**. 1. ed. São Paulo: instituto langage, 2010.

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, 2004.

FIRMINO, H. Conhecendo um outro inferno, só de crianças. In: **Jornal Estado de Minas**. Série “Nos porões da loucura”. Belo Horizonte: 15 Jun. 1980 (Xerocopiado).

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), 2008a.

_____. **Relatório de gestão de 2007: Saúde, Qualidade de vida e a Ética do**

cuidado. Fortaleza: SMS, 2008b. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=179&Itemid=7 . Acesso em: 10 de Ago. de 2012.

_____. **Relatório de gestão de 2008: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado**. Fortaleza: SMS, 2009. Em prelo.

_____. **Relatório de gestão de 2009:** Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2010. Em prelo.

FORTES, S.; FURLANETTO, L. M.; CHAZAN, L. F. Modelo para a implantação de interconsulta e consulta conjunta com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). **Boletim Científico: saúde mental em foco**. Rio de Janeiro, n. 4, 2005. Disponível em: http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/?bol_id=4&boltex_id=20 . Acesso em: 01 jan. 2013.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I, A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

_____. **As Palavras e as Coisas**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

_____. **História da Loucura**. 5ª ed. São Paulo: Perspectiva.1997.

_____. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

_____. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, In: Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.). **Gestão em Redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim/MG. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), v. 15, n. 2, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: Franco, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; Integralidade na Asssitência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em Saúde:** Olhando e Experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2006.p 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das

clínicas da UNICAMP (Campinas - SP). In: MERHY, E. E.; MAGALHAES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 135-160.

_____; _____. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FREIRE, J. C. **O lugar do outro na modernidade tardia**. São Paulo: Annablume/Fortaleza: SECULT, 2002.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

_____. **Hermenêutica em retrospectiva**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al.* Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. **Cienc. Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol. 17, n. 12, pp. 3171-3182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/03.pdf>. Acesso em: 23 Set. 2013.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p.112-9, 2000.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

GEFFRÉ, C. A Hermenêutica em Processo: **Como Fazer Teologia Hoje - hermenêutica Teológica**. São Paulo: Paulinas, p.30-62, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma: la identidad deteriorada**. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. v.13, n. (2), pp. 20-31, 2004. In: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2013.

GOLDBERG, J. I. A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas. **Mimeo**. São Paulo, 1992. (Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP).

GUARESCHI, P. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**. Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

GUATTARI, G.; ROLNIK, S. **Micropolíticas**: cartografias do desejo. Petrópolis: vozes, 1986.

GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da Saúde Mental Infante-Juvenil. **Psychê**, São Paulo, n. 15, ano 9, p.139-154, 2005.

GUIMARÃES-ROSA, J. **Grande sertão veredas**. São Paulo: Ed. Nova Aguilar, 1994.

HEIDEGGER, M. Meu caminho para a fenomenologia. Conferências e escritos filosóficos. **Coleção Os Pensadores**. São Paulo: Abril, 1973.

_____. **Ser e Tempo**. Parte I. 11ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

HELMAN, C. **Cultura, Saúde e Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOLANDA, C. B. Até o Fim. HOLANDA, C. B. **Perfil - Chico Buarque**. CD, faixa 06, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estabelecimentos de Saúde com atendimento de emergência Psiquiatria. Censo demográfico, 2009. **Disponível em:** <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> . Acesso em: 18 nov. 2012.

_____. Percentual da População residente em Fortaleza. 2010. **Disponível em:** <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=2498&z=pnad&o=10&i=P>. Acesso em: 24 Set. 2013.

JORGE, M. S. B.; **Produção do cuidado na estratégia saúde da família e sua interface com a saúde mental**: os desafios em busca da resolubilidade. Projeto de pesquisa. GRUPSFE-UECE: Fortaleza, 2009, 64p.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; PINTO, A. G. A.; SOUZA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. Promoção da Saúde Mental Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva (Impresso)**, v. 16, p. 3051-3060, 2011.

JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A.; FRANCO, T. B.; PINTO, A. G. A. (Org.). **Matriciamento em saúde mental**: múltiplos olhares na diversidade do cuidado em saúde mental. 1ª. ed. Feira de Santana-BA: UEFS-Editora, 2012. v. 01. 333 p.

JORGE, M. S. B.; PINTO, G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; OLIVEIRA, L. C. Diversidade de olhares nos caminhos da pesquisa: cenários, sujeitos, estratégias e métodos. In: JORGE, M. S. B. (Org.); ASSIS, M. M. A. (Org.); FRANCO, T. B. (Org.); PINTO, A. G. A. (Org.). **Matriciamento em saúde mental**: múltiplos olhares na diversidade do cuidado em saúde mental. 1ª. ed. Feira de Santana- BA: UEFS-Editora, 2012.

JESUS, C. Marinheiro Só. In: JESUS, C. Marinheiro só. Domínio público, CD Cirandando Brasil 2, **faixa 11**, Acervo Hora da Criança.

JUCÁ, V. J. DOS S.; NUNES, M. DE O.; BARRETO, G. S. Programa de Saude da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde**

coletiva, v. 14 (1), p. 173-182, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100023&lng=pt. Acesso em: 21 Out. 2013.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers in the Context of Cultures**. In: Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

KUPFER, M. C. **Pequeno Hans**: uma educação psicanaliticamente orientada. Seminário LEPSI/USP, 2006.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **O Seminário**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editores, v.11, 1979.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Construção Social da Demanda. Direito à saúde – trabalho em equipe – participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

LAJONQUIÈRE, L. de. Educação e Infanticídio. Educ. ver., Belo Horizonte, v. 25, n. 1, 2009. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S01024698200900100009&script=sci_arttext. Acesso em: 23 Ago. 2013.

LATOURETTE, B. **Políticas da natureza**: como fazer ciência na democracia. Bauru: EDUSC, 2004.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes do SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. Lisboa: Edições 70, 2000.

LOBO, L. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOYOLA, Continuidade do cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J; C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/HUCITEC, 2009.

MARIOTTO, R. M. M. Comentários sobre crianças, suas famílias e seus sintomas. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO, R. M. M. (Org.). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2012.

MARIOTTO, R. M. M.; SCHAEGLER, M. C. P. Formações discursivas, posições subjetivas: efeitos do uso de psicofármacos por criança nas relações familiares. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO, R. M. M. (Org.). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2012.

MARTINS, E. Família em situação de risco e rede social de apoio: um estudo em comunidade de periferia metropolitana. **Revista @mbienteeducação**. V. 4, nº 1, jan/jun, 2011: pp. 60-71. Disponível em: http://www.cidadesp.edu.br/old/revista_educacao/pdf/volume_4_1/educacao_01_60_71.pdf. Acesso em: 02 Set. 2013.

MASCARENHAS, S. H. Z.; BARROS, A. C. T.; CARVALHO, S. J. C. Um olhar atento sobre a prática do cuidador familiar. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n. 2, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextActio=lnk&exprSearch=475987&indexSearch=ID>. Acesso em: 14 Ago. 2013.

MECHANIC, D.; VOLKART, H. Stress, illness behavior, and the sick role. **American Sociological Review**, vol. 26, 1961, p. 51-58.

MELGAÇO, R. G (Org.). **Ética na atenção ao bebê**: psicanálise, saúde, educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

_____. **Saúde**: a cartografia do Trabalho vivo em ato. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Orgs.) **Política social, família e juventude**: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde Bucal da Família: quando um corpo ganha uma boca. **Os dizeres da boca em Curitiba**: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002. p. 155-60.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. Revista Psicologia: **Ciência e Profissão**. 24(1), pp. 44 – 55, 2004.

NARODOWSKI, M. **Infância e poder**: conformação da Pedagogia Moderna. São Paulo: Editora da Universidade São Francisco, 2001.

NUNES, E.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2013.

_____.; CASTELLANOS, M. E. P.; BARROS, N. F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. **Physis**, vol. 20, n. 4, p. 1341-1356, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01037331201_0000400015&script=sci_arttext. Acesso em: 28 Ago. 2013.

OLIVEIRA, S. S. **Produção do cuidado das equipes de saúde da família em busca da resolubilidade da atenção a saúde**. Tese (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia. Cedida pela autora via correio eletrônico. 2009. p. 285.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas, In: CAMPOS, G. W. S. (Org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

_____. O encontro trabalhador – usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. In: **Ciência & Saúde Coletiva – Abrasco**. v.10, n.3: p.573-583, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.sp.org/pdf/csc/v10n3/a15v10n3.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

_____. (Org.). Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: HUCITEC, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. São Paulo: Campinas, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R.; PALOMBINI, A. L.; LEAL, E.; SERPA JUNIOR, O.D.; BACARRI, I. O. P.; FERRER, A. L.; DIAZ, A. G.; XAVIER, M. A. Z. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 10, p. 2847-2857, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a09.pdf>. Acesso em: 20 set. 2013.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. São Paulo: MedBook, 2013.

PACHECO, R. P. **Os itinerários terapêuticos de usuários de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS-i) do município de São Paulo**. São Paulo, 2009. 173p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

PAULA, C. S. **Prevalência de problemas de Saúde Mental em crianças e adolescentes da periferia de São Paulo e implicações para a saúde pública local**. Tese (Doutorado) apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2005.

PEREIRA, M. A. O.; PERREIRA JR. A. Transtorno mental: dificuldades encontradas pela família. **Rev Esc Enferm USP**. v. 37, n. (4), pp. 92-100, 2003. In: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>. Acesso em: 11 set. 2013.

PINHEIRO, A. A. A. **Criança e adolescente no Brasil**: porque o abismo entre a lei e a realidade. Fortaleza: Editora UFC, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Cuidado as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

PITTA, A (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano: Tabela do IDH. 2010. **Disponível em**: <http://pt.scribd.com/doc/47208874/tabela-do-IDH-publicado-em-2010-PNUD-relatorio-de-desenvolvimento-humano-2010>. Acesso em: 24 out. 2013.

POSTMAN, N. **O Desaparecimento da Infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 1999.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. In: **International Journal for Quality in Health Care**. v. 8, n.5, pp. 499-505, 1996.

PREFEITA inaugura 1º Caps Infantil de Fortaleza: Novo Caps fica no bairro Vila União. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 27 jun. 2006. Disponível em: <<http://verdesmares.globo.com/v3/canais/noticias.asp?codigo=148749&modulo=964>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

PREFEITURA de Fortaleza lança conjunto de ações na saúde com foco na atenção primária. FORTALEZA, 11 de abril de 2013. **Disponível em**: http://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/saude/prefeitura-defortalezalancac_onjunto-de-aco-es-na-saude-com-foco-na-atencao-primaria. Acesso em: 20 de Ago. 2013.

PRIORE, M. D. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: PRIORE, M. D. **História das crianças no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Editora Contexto, 2000, p. 84-106.

PROJETO SOCIAL busca resgatar crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade. TV VERDES MARES. Notícia do dia 11 de Abril de 2013.

Disponível em: <http://verdesmares.globo.com/tvdiario/noticiapalavra.asp?codigo=363977&modulo=1343>. Acesso em: 24 Set. 2013.

RABELO, M.; ALVES, P.; SOUZA, I. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

REIS, N. Cegos do Castelo. MTV AO VIVO. Nando Reis & Os Infernais. CD Acústico. Faixa 15, 2005.

RIBEIRO, P. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2012.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D. & BLANK, V. L. (2004). A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(2), 438-446. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2012.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa**. São Paulo: Martins Fontes, vol. 1, 2011.
_____. **A Metáfora Viva**. São Paulo: Loyola, 2000.

RICOEUR, P. **Do texto a ação**. Portugal: Rés editora, 1989.

RIZZINI, I.; LEITE, A. D. S.; MENEZES, C. D. **Cuidado Familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora PUC Rio/Editora Reflexão, 2013.

_____. (Org.). **Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção do direito à Convivência Familiar e Comunitária no Brasil**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF; CIESPI; Rio de Janeiro, RJ: PUC-RIO, 2007.

_____.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico, panorama e desafios do presente**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

ROUDINESCO, E. P. M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, A. M. dos; ASSIS, M. M. A.; RODRIGUES, A. A. A. de O.; NASCIMENTO, M. A. A.; JORGE, M. S. B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas,

Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100009. Acesso em: 10 ago. 2012a.

SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ANDRADE, C. L. T. de; MARTINS, M. I. C.; CUNHA, M. S. da. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciênc. e Sau. Col.**, v. 17, p. 2687-2702, 2012b.

SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia):** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. Tese (Doutorado) apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface – Comunic. Saúde. Educ.** v.10, n.19, p.25-41, 2006.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Ed. Te Cora, 1999.

SARMENTO, M. J.; PINTO, M. As crianças e a infância: definindo conceitos, delimitando o campo. In: SARMENTO, M. J.; PINTO, M. **As crianças, contextos e identidades**. Braga, Portugal: Ed. Bezerra, 1997.

SCHMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil e os casos graves. In: FERREIRO, T. (Org). **A criança e a saúde mental:** enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. Cap. 08 Pag. 111-128.

SERPA JUNIOR, O. D. de. O papel da psiquiatria na reforma psiquiátrica. **Cienc. & Saúde Coletiva**. Vol. 16, n.12, p. 4675-4683, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/16.pdf>. Acesso em: 30 de Ago. 2013.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde:** desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2011, vol. 16, n. 6, p. 2753-2762. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Acesso em: 03 Out. 2013.

SILVA JUNIOR, A. G. S.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. Entre tramas e redes: cidadão e integralidade. IN: PINHIRO, R.; MATTOS, R. A. A construção social da demandada. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, 2005, p. 77-89.

_____.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.

SOLLA, J.; PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. São Paulo: MedBook, 2013.

SOUZA, A. M. A.; SANTOS, I. Processo Educativo nos Serviços de Saúde – **Série Desenvolvimento de Recursos Humanos n. 01**. Brasília: OPAS, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TAN, H.; WILSON, A.; OLVER, I. Ricoeur's Theory of Interpretation: An Instrument for Data Interpretation in Hermeneutic Phenomenology. **International Journal of Qualitative Methods**, vol. 8, n. 4, 2009.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S. ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. São Paulo: Med Book, 2013, p. 287-301.

TÓFOLI, L. F.; FORTES, S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v.6, n.2, p.34-42, 2007.

TRAD, L. A. B. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública** (Impresso), v. 46, p. 1007-1013, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 Ago. 2013.

TRINCA; W. **Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo da percepção temática**. São Paulo: EPU; 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

WINNICOTT, D. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

_____. **Consultas terapêuticas**. Rio de Janeiro, RJ: Petrópolis, 1984.

WHITE, H. The question of narrative in contemporary historical theory. **History and theory**, vol. 23, n. 1, 1984, 33 p. Disponível em: <https://www2.south-eastern.edu/Academics/Faculty/jbell/white.pdf>. Acesso em: 02 Set. 2013.

WHO. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo- Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Biblioteca da OMS, p.173,200.

YASUI. S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. (Coleção Loucura & Civilização).

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. (1), 2005. In: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100018&lng=en&nrm=iso . Acesso em 12 abril 2013.

APÊNDICES

APÊNDICES A - Termo de Consentimento Livre E Esclarecido aos Trabalhadores de Nível Superior da Rede de Atenção Básica e de Saúde Mental

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a produção da atenção à saúde mental infantil e sua interface com a Estratégia Saúde da Família do SUS. Dessa forma, pretende-se aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à produção da saúde, a constituição da rede de atenção, o apoio matricial em saúde mental, atravessado pela perspectiva de construção de dispositivos como acolhimento em busca da resolubilidade.

A pesquisa tem como objetivo: **Compreender como vem sendo produzido o cuidado a Saúde mental de crianças na atenção psicossocial, bem como na Atenção quanto à resolubilidade dos problemas detectados na rede de atenção a Saúde mental do município de Fortaleza-CE.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada; grupo focal, observação sistemática das práticas e levantamento documental.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da Pesquisa: **Profª Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891 e Andréa Acioly Maia Firmo. Tel: (85) 96825454/ (85) 87819243.** Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Participante

Andréa Acioly Maia Firmo

APÊNDICES B - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido aos Trabalhadores de Nível Médio da Rede de Atenção Básica e de Saúde Mental

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a produção da atenção à saúde mental infantil e sua interface com a Estratégia Saúde da Família do SUS. Dessa forma, pretende-se aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à produção da saúde, a constituição da rede de atenção, o apoio matricial em saúde mental, atravessado pela perspectiva de construção de dispositivos como acolhimento em busca da resolubilidade.

A pesquisa tem como objetivo: **Compreender como vem sendo produzido o cuidado a Saúde mental de crianças na atenção psicossocial, bem como na Atenção quanto à resolubilidade dos problemas detectados na rede de atenção a Saúde mental do município de Fortaleza-CE.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada; grupo focal, observação sistemática das práticas e levantamento documental.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da Pesquisa: **Profª Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891 e Andréa Acioly Maia Firmo. Tel: (85) 96825454/ (85) 87819243.** Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Participante

Andréa Acioly Maia Firmo

APÊNDICES C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos familiares das crianças assistidas

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a produção da atenção à saúde mental infantil e sua interface com a Estratégia Saúde da Família do SUS. Dessa forma, pretende-se aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à produção da saúde, a constituição da rede de atenção, o apoio matricial em saúde mental, atravessado pela perspectiva de construção de dispositivos como acolhimento em busca da resolubilidade.

A pesquisa tem como objetivo: **Compreender como vem sendo produzido o cuidado a Saúde mental de crianças na atenção psicossocial, bem como na Atenção quanto à resolubilidade dos problemas detectados na rede de atenção a Saúde mental do município de Fortaleza-CE.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada; grupo focal, observação sistemática das práticas e levantamento documental.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da Pesquisa: **Profª Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891 e Andréa Acioly Maia Firmo. Tel: (85) 96825454/ (85) 87819243.** Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa:

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Participante

Andréa Acioly Maia Firmo

APÊNDICES D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a participação das crianças no estudo (para familiares e/ou responsáveis pelas crianças)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre a produção da atenção à saúde mental infantil e sua interface com a Estratégia Saúde da Família do SUS. Dessa forma, pretende-se aprofundar a discussão sobre questões relacionadas à produção da saúde, a constituição da rede de atenção, o apoio matricial em saúde mental, atravessado pela perspectiva de construção de dispositivos como acolhimento em busca da resolubilidade.

A pesquisa tem como objetivo: **Compreender como vem sendo produzido o cuidado a Saúde mental de crianças na atenção psicossocial, bem como na Atenção quanto à resolubilidade dos problemas detectados na rede de atenção a Saúde mental do município de Fortaleza-CE.** A pesquisa utilizará os seguintes métodos: entrevista semi-estruturada; grupo focal, observação sistemática das práticas e levantamento documental.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos a qualquer dúvida acerca da pesquisa; a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da Pesquisa: **Profª Dra. Maria Salete Bessa Jorge. Tel./Fax: (085) 3101.9826/3101.9891 e Andréa Acioly Maia Firmo. Tel: (85) 96825454/ (85) 87819243.** Tendo em vista o que foi acima apresentado, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa e declaro concordar que a criança pela qual estou responsável participe da pesquisa.

Fortaleza,CE, ___/___/___.

Participante

Andréa Acioly Maia Firmo

APÊNDICE E - Roteiro de observação do atendimento na rede SUS de Fortaleza – CE, Regional IV

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

Dados de Identificação:

Código da unidade: _____ Tempo de implantação do PSF _____

Número de equipes na unidade: _____ Data: _____

1. Como se caracteriza a população infantil com sofrimento psíquico encontrada nos dispositivos de cuidado (ESF, NASF e CAPS)?
2. O fluxo do usuário e sua família nas redes de cuidado existentes – referência e contra-referência?
3. Observar as atividades propiciam a integração das equipes de saúde mental na atenção primária, junto a ESF e NASF?
4. De que modo são analisadas as demandas e necessidades dos usuários diante da oferta de serviços e que compromissos se estabelecem no encontro equipe-usuários-familiares?
5. Quais os entraves, desafios e possibilidades de ações mais resolutivas e sua resolubilidade quanto a relação atenção básica, ESF e NASF junto ao CAPS?

APÊNDICE F - Roteiro de entrevista para os trabalhadores de nível superior

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

Dados de Identificação:

Código do entrevistado:

Data:

Tempo e Instituição de Formação:

Tempo de Trabalho neste serviço:

Vínculo empregatício:

1. A partir de sua prática profissional, como você definiria o ato de produzir cuidado?
2. O que representa para você produzir cuidado no seu serviço de saúde? Que itens seriam essenciais para se alcançar tal produção do cuidado?
3. Que questões são centrais para a produção do cuidado de modo integral?
4. Aponte que estratégias você visualiza possibilitarem a construção de um tratamento e formas de cuidado de modo integral? Destes, quais você observa que a equipe consegue efetivar?
5. Como você avalia a efetividade/eficácia do cuidado desenvolvido pela equipe de saúde? Quais as possibilidades e os entraves encontrados?
6. Tem sido possível contemplar as particularidades de cada caso e fazer o acompanhamento que você acredita ser o mais adequado?
7. Aponte que instrumentos ou ações possibilitam a resolução dos casos que chegam e os limites que você encontra no cotidiano dos serviços?
8. [Caso não tenha sido ainda citado pelo profissional, perguntar: aqui, no serviço, vocês trabalham a partir de projetos terapêuticos individuais e da proposta de técnico de referência? Caso a resposta afirmativa, pedir que relate um caso no qual ele (ou ela) tem acompanhado enquanto técnico de referência].

9. Sobre o trânsito do usuário nos serviços da rede de atenção, o que você observa propiciar um fluxo satisfatório entre atenção básica e atenção psicossocial?
10. Como vem sendo constituído o acolhimento em seu cotidiano?
11. [Caso não tenha sido ainda citado pelo profissional, perguntar: O matriciamento está ocorrendo na prática? Quais as dificuldades encontradas no processo de referência e contra-referência? Você consegue acompanhar os casos que foram encaminhados pela sua equipe? Caso a resposta afirmativa, pedir que relate um caso no qual ele (ou ela) tem acompanhado enquanto técnico de referência].
12. Em seu cotidiano, como você proporciona a efetivação do cuidado para com o usuário criança? Existe algum mecanismo que garanta a continuidade do cuidado?
13. Você considera o cuidado em saúde mental infantil operado no SUS municipal resolutivo? Porque?
14. Quais as formas ou estratégias utilizadas por você ao lidar com o cuidado de crianças com transtornos mentais em seu contexto terapêutico, familiar e social?

APÊNDICE G - Roteiro de entrevista voltado aos trabalhadores de nível médio

(Agentes Comunitários de Saúde)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

Código do entrevistado:

Data:

1. O que representa para você produzir cuidado no seu serviço de saúde? Que itens seriam essenciais para se alcançar tal produção do cuidado?
2. Na sua prática profissional, você já suspeitou ou observou situações de crianças com sofrimento mental? Como as famílias te falam sobre esse tipo de queixas? O que você faz com estas demandas?
3. E quando você suspeita que o caso da criança é de encaminhamento para o CAPS, você realiza algum procedimento? Qual (is)?
4. Aponte que estratégias você visualiza possibilitarem a construção de um tratamento e formas de cuidado de modo integral para estes casos? Destes, quais você observa que a equipe consegue efetivar?
5. Como você avalia a efetividade/eficácia do cuidado desenvolvido pela equipe de saúde? Quais as possibilidades e os entraves encontrados?
6. Tem sido possível contemplar as particularidades de cada caso encaminhado com tal queixa? E tem sido possível fazer o acompanhamento que você acredita ser o mais adequado?
7. Aponte que instrumentos ou ações possibilitam a resolução destes casos que chegam e os limites que você encontra no cotidiano dos serviços?
8. Sobre o trânsito do usuário nos serviços da rede de atenção, o que você observa propiciar um fluxo satisfatório entre atenção básica e atenção psicossocial?
9. [Caso não tenha sido ainda citado pelo trabalhador, perguntar: O matriciamento está ocorrendo na prática? Quais as dificuldades encontradas no processo de referência e contra-referência? Você consegue acompanhar os casos que foram encaminhados pela sua equipe? Caso a resposta afirmativa, pedir que relate um caso no qual ele (ou ela) tem acompanhado em sua área].

10. Em seu cotidiano, como você proporciona a efetivação do cuidado para com o usuário criança? Existe algum mecanismo que garanta a continuidade do cuidado?
11. Você considera o cuidado em saúde mental infantil operado no SUS municipal resolutivo? Por quê?

APÊNDICE H - Roteiro de entrevista para familiares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

1. Seu (sua) filho (a) já foi acompanhado na unidade básica de saúde, pela ESF, NASF E CAPS?
2. Por que você veio ao serviço e o que você busca no CAPS-ESF?
3. Fale-me sobre o tratamento do seu filho aqui no serviço (por onde acessou o serviço, tipo de atividades que realiza, acompanhamento com um profissional de referência).
4. Você trata ou leva seu filho a alguma atividade em outro lugar? Fale-me como é essa atividade. Que outras atividades diferentes do tratamento existente poderiam ajudá-lo?
5. Como você se relaciona com o (s) profissional (is) que cuida (m) da saúde do seu filho, que compromissos e negociações vocês realizam?
6. Você sente abertura para escolher e discutir o tratamento do mesmo?
7. Quando você precisa de ajuda em relação aos problemas de saúde quem te ajuda? Quais são as pessoas ou instituições que você conta?
8. Você sente que suas queixas em relação à saúde do seu filho são atendidas? O que facilita que elas sejam atendidas? Quais as dificuldades?

APÊNDICE I - Temário Grupo Focal

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

1. Cuidado
 - Produção do cuidado

 - Saúde

 - Saúde da Criança

 - Saúde mental

 - Saúde mental da Criança em sofrimento psíquico

2. Estratégia de Saúde da Família
3. Saúde mental e ESF
 - Matriciamento/Apoio matricial

4. Cuidado aos transtornos mentais comuns na ESF
 - Detecção

 - Tratamento

 - Estratégia inovadora

 - Desafios e limites

 - Responsabilização

5. Fluxo de atendimento no serviço
6. Estratégias efetivas na produção do cuidado com eixo na integralidade
 - Resolubilidade

 - Os serviços que buscam e os resultados que alcançam

ANEXOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE

Pesquisador: Andréa Acioly Maia Firmo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08892812.8.0000.5534

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 384.595

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Estudo qualitativo de abordagem hermenêutica e leitura crítica e reflexiva. Será realizado nas unidades básicas de saúde de uma das seis micro-regionais de Fortaleza (regional VI), do Estado do Ceará. Os sujeitos da pesquisa serão divididos em três grupos. Cada um com critérios de inclusão próprios. Grupo I trabalhadores de saúde (médicos pediatras e de família, enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários de saúde). Serão entrevistados no mínimo dois profissionais de cada uma das doze Unidades Básicas de Saúde, um da Estratégia Saúde da Família e um da equipe Núcleo de Apoio à Saúde da Família, totalizando 24 entrevistados. Grupo II- familiares cuidadores de crianças que chegam ao apoio matricial. Mínimo, 12 familiares. Grupo III - Crianças alfabetizadas (de cinco a doze anos incompletos). Participarão uma criança de cada Unidade Básica de Saúde, totalizando 12 crianças. Critérios de inclusão: trabalhadores da saúde serão incluídos aqueles que atuam nos cenários do estudo; realizam visitas domiciliares, acolhimento, contra referência de casos acompanhados pelo CAPSi e/ou que realizam apoio matricial em seu território.

Familiares: aquele familiar cuidador de criança que chegam ao apoio matricial com suspeita de necessidade de encaminhamento à rede de atenção psicossocial ou que já foram encaminhados ao CAPSi e realizam algum tipo de acompanhamento em contra referência nas unidades básicas de saúde em questão. Crianças alfabetizadas (de cinco a doze anos incompletos): serão incluídas

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Continuação do Parecer: 384.595

aquelas que chegam às unidades básicas de saúde a partir de queixas relacionadas à sofrimento psíquico, que são encaminhadas aos atendimentos

de apoio matricial ou que já estão vinculadas à Apresentação do Projeto:

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq)). Critério de Exclusão:

Grupo I - Trabalhadores de saúde que afirmem não haver acolhido casos de crianças com sofrimento psíquico grave na infância, que estejam de

licença ou férias durante a coleta de dados, que estejam com alguma debilitação de saúde, ou que não queiram participar. Grupo II- familiares que

não participem do acompanhamento via grupo de "terapia familiar" realizado no CAPSi ou qualquer outro atendimento sistemático de si ou da

criança, ou que não queiram participar. Grupo III - Crianças fora da faixa etária de cinco há doze anos, não alfabetizadas, que não queiram participar

ou cujo responsável legal não forneça a autorização formal para que a criança participe.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se dá a produção do cuidado em saúde mental infantil na Atenção Básica (ESF e NASF) quanto à resolubilidade dos problemas detectados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando-se que toda pesquisa com seres humanos envolve risco potencial, dano imediato ou tardio, comunicamos que a pesquisa em questão não evidencia nenhum risco ou dano físico, moral, psíquico, intelectual, social, cultural ou espiritual ao ser humano em qualquer fase da pesquisa de modo eminente. Danos associados e que deverão ser prevenidos para que não decorram da pesquisa serão ponderados para a garantia da máxima autonomia possível, não maleficência, beneficência e justiça. Assim, há o compromisso e cuidado da pesquisadora em utilizar o termo de consentimento livre e esclarecido junto ao sujeito de pesquisa e/ou seu representante legal, de modo claro, acessível e sem vícios. Ao grupo I, dos trabalhadores da saúde que serão entrevistados, garantir-se-á o sigilo das informações será respeitado, de acordo com os princípios éticos da resolução 196/96. Aos membros do grupo II, dos familiares das crianças usuárias dos serviços, passarão pelo processo de discussão grupal sobre temáticas relativas aos procedimentos de atendimento das crianças acompanhadas nos serviços de saúde, também respeitando os mesmos cuidados éticos presentes na resolução 196/96. As crianças escolhidas serão somente as

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Continuação do Parecer: 384.595

já alfabetizadas e acima de cinco anos, ou seja, crianças muito pequenas não participarão no estudo. A técnica utilizada com as crianças, de elaboração do desenho e narrativas, se apresenta de modo lúdico e prazeroso à criança, não apresentando potencial risco à mesma. Sendo sua capacidade de autodeterminação reduzida, seus representantes legais é quem decidem sobre a participação das crianças a partir da formalização do termo de consentimento livre e esclarecido. Todos poderão desistir do processo ao longo das etapas da pesquisa e serão utilizados somente os trabalhos concluídos e autorizados pelos sujeitos de pesquisa e/ou familiares responsáveis legalmente pelas crianças, dado que o grupo de crianças configura um grupo de vulnerabilidade.

Também, vale ressaltar, que a formação básica da pesquisadora é em psicologia, estando esta devidamente norteada à prática de tais atividades de coleta de dados e sua possível intervenção terapêutica a quem participa da pesquisa, estando ciente e preparada aos possíveis riscos clínicoterapêuticos,

mesmo os mais remotos, tais como: riscos de dano psíquico, social e moral; forte catarse emocional por parte dos participantes; crises

relativas a situações de conflito para o trabalhador, familiar ou criança. Diante desses, comprometemo-nos seguir a ponderação entre riscos e

benefícios, garantia de que danos previsíveis serão evitados, respeito ao direito do outro em participar ou não da pesquisa, assegurar confidencialidade e privacidade durante os procedimentos, suspender a pesquisa em caso de perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, comunicar às autoridades éticas eventuais complicações ou danos, bem como fornecer a assistência integral do mesmo em caso de virem a sofrer qualquer dano em função da pesquisa (BRASIL, 1996: item II.8).

OS BENEFÍCIOS O estudo contribuirá com a área da saúde mental, especialmente no atendimento a criança e, ainda, aos usuários adultos, pois o conhecimento produzido permitirá a reflexão e discussão sobre o atendimento das pessoas com sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa é pertinente, apresenta valor científico e, possivelmente, trará retorno para os profissionais da saúde, familiares cuidadores e crianças em sofrimento psíquico. No entanto, o texto é repetitivo, dificultando a compreensão do leitor. Não está claramente definido como será a participação das crianças (maiores de cinco e menores de doze anos), considerando o diferencial das idades, escolaridades e estratégia de coleta de dados.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Continuação do Parecer: 384.595

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE poderia ser escrito em termos mais acessíveis ao leigo, com maior clareza.

Traz Folha de Rosto com as assinaturas devidas.

Ajustar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o recomendado pela Resolução 466/12. Preparar modelo para todos os grupos de sujeitos participantes.

Providenciar a declaração de anuência da instituição coparticipante (Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE)

Recomendações:

- Providenciar TCLE de todos os envolvidos na pesquisa.

- Providenciar a declaração de anuência da instituição coparticipante (Saúde Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE)

- Notificar ao CEP avaliador da anuência da instituição.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta de pesquisa é pertinente e, possivelmente, trará relevante contribuição para o trabalho em rede na Saúde Mental. Atende aos ditames da Resolução 466/12 do CNS com algumas recomendações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

os termos de apresentação obrigatória foram apresentados com algumas recomendações.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Continuação do Parecer: 384.595

FORTALEZA, 04 de Setembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Prefeitura de
Fortaleza

DECLARAÇÃO

Processo Nº. **0901095448942/2013**.

Título do projeto de pesquisa: **PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTIL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS EM BUSCA DA RESOLUBILIDADE.**

Pesquisador (a): responsável: **ANDRÉA ACIOLY MAIA FIRMO.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE.**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto da pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 28 de Janeiro de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola