UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

BRUNA FÁTIMA GALLINA

A CRIANÇA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO GAÚCHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UM USUÁRIO-GUIA

PASSO FUNDO
2023

BRUNA FÁTIMA GALLINA

A CRIANÇA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO GAÚCHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UM USUÁRIO-GUIA

Projeto de pesquisa-intervenção, como parte do capítulo II do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Área de Concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Dra. Vanderléia Laodete Pulga
Coorientadora: Me. Fabiana Schneider

PASSO FUNDO
2023

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Gallina, Bruna Fátima
A CRIANÇA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO GAÚCHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UM USUÁRIO-GUIA / Bruna Fátima Gallina. -- 2023.
F 68.

Orientadora: Doutora Vanderléia Laodete Pulga
Co-orientadora: Mestre Fabiana Schneider
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo,RS, 2023.

1. Saúde Mental. 2. Infância. 3. Intersetorialidade. 4. Atenção Básica. 5. Psicanálise. I. Pulga, Vanderléia Laodete, orient. II. Schneider, Fabiana, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

BRUNA FÁTIMA GALLINA

A CRIANÇA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO GAÚCHO:
REFLEXÕES A PARTIR DE UM USUÁRIO-GUIA

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em: 15/02/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS
Orientadora

Ma. Fabiana Schneider – PREF Marau/RS
Coorientadora

Profa. Ma. Francine Feltrin de Oliveira – UFFS
Avaliadora

Profa. Dra. Renata Maraschin – UPF
Avaliadora

RESUMO

O presente material trata-se do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) composto pelo percorrido teórico, prático e invetigativo desenvolvido nos Componentes Curriculares do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/ Campus Passo Fundo). O trabalho está situado em quatro capítulos: I. Diagnóstico Territorial; II. Projeto de Pesquisa-Intervenção; III. Relatório de Trabalho de Campo; IV. Artigo Científico. Cada capítulo estrutura-se de modo a contribuir e fundamentar desde suas particulatidades e objetivos na produção do volume final do artigo científico, o qual intitula-se 'A criança em sofrimento psíquico na Rede de Atenção à Saúde em município gaúcho: reflexões a partir de um usuário-guia'.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Atenção Básica. Saúde Mental. Infância.

ABSTRACT

The present material is about the Residency Conclusion Work composed of the theoretical, practical and investigative journey developed in the Curricular Components of the Multiprofessional Residency in Health Program of the Federal University of the Southern Border (UFFS/ Passo Fundo Campus). The work is divided into four chapters: I. a Territorial Diagnosis; II. a Research-Intervention Project; III. a Fieldwork Report; IV. a Scientific Article. Each chapter is structured so as to contribute to and substantiate from its particulatities and aim the production of the final volume of the scientific article entitled 'The child in psychological distress in the network of health care in a city of rio grande do sul: reflections from a guide user'.

Keywords: Multiprofessional Residency. Basic Attention. Mental Health. Childhood.

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO TERRITORIAL 7

1.1 Introdução 7

1.2 Cenário de Prática Profissional 9

1.3 Experiências no Território Vivo 11

1.4 Apresentação do Campo Prático 14

1.5 Caracterização da População 20

1.6 Justificativa e proposta de Pesquisa-Intervenção 22

REFERÊNCIAS 23

2 CAPÍTULO II – PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO 25

2.1 Introdução 25

2.2 Tema 26

2.3 Problemas de pesquisa 26

2.4 Objetivos 27

2.4.1 Objetivo geral 27

2.4.2 Objetivos específicos 27

2.5 Justificativa 27

2.6 Referencial teórico 29

2.7 Metodologia 32

2.8. Aspectos Éticos 35

2.9. Cronograma 37

2.10 Orçamento 38

REFERÊNCIAS 38

APÊNDICE 40

3 CAPÍTULO III – RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO 44

3.1 Introdução 44

3.2 Logística e as etapas da coleta de dados 45

3.2.1 Logística prévia a coleta de dados 45

3.2.2 Instrumentos de coleta de dados 46

3.2.3 Perdas e recusas 47

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados 47

3.2.5 Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados 47

3.2.6 Relato e descrição da intervenção 48

3.2.6 Considerações finais e encerramento do trabalho de campo 49

REFERÊNCIAS 50
4 CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO 51
4.1 Introdução 52
4.2 Metodologia 53
4.3 Resultado e discussão 55
4.3.1 Quem é Marcelo? Breve relato da história pregressa 55
4.3.2 Marcelo está sem cabeça! Pensamentos que escapam 56
4.3.3 Encontros e desencontros de Marcelo na Rede de Atenção 59
4.3.4 Prevenção em saúde mental na infância e intersetorialidade 62
4.4 Considerações Finais 65
REFERÊNCIAS 67

1 CAPÍTULO I – DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 Introdução

> *"... A experiência é algo que (nos) acontece e que às vezes treme, ou vibra, algo que nos faz pensar, algo que nos faz sofrer ou gozar, algo que luta pela expressão, e que às vezes, algumas vezes, quando cai em mãos de alguém capaz de dar forma a esse tremor, então, somente então, se converte em canto."*
>
> Jorge Larrosa

Este diagnóstico territorial se propõe a fazer uma análise dos diferentes aspectos que constituem o cenário de prática em saúde de uma psicóloga residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com área de concentração na Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este trabalho é fruto da proposta de ensino-serviço-comunidade promovido pelo modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual visa a formação de profissionais da saúde capazes de pensar seus fazeres e saberes no cotidiano das práticas do SUS. Este espaço de ensino-serviço torna-se privilegiado para a aprendizagem e qualificação crítica dos profissionais da saúde diante dos desafios relativos ao atual contexto da saúde pública brasileira (PULGA, SCHNEIDER e MATTIONI, 2020).

Em vista da estruturação de um modelo formativo baseado no Sistema de Saúde-Escola que promovesse conjuntamente a formação multiprofissional, a qualificação dos serviços de saúde da Atenção Básica e a vivência prática no SUS, surge o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da UFFS – Campus Passo Fundo. Foi em consonância com as estratégias governamentais de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) – porta de entrada e coordenadora do cuidado nos territórios – que a RMS implantou seu programa de forma descentralizada e interiorizada no município de Marau/RS, tendo em vista o fortalecimento das relações entre instituições de saúde e educação (PULGA, SCHNEIDER e MATTIONI, 2020).

Tal parceria se consolidou diante de desafios e possibilidades, sendo esta construída por laços de trabalho democráticos em defesa ao direito à saúde, ao cuidado, ao SUS e à vida. Atualmente, o programa de pós-graduação *lato sensu* da RMS da UFFS, com campo de concentração Atenção Básica, área temática Saúde da Família e Comunidade/Atenção Básica/Saúde Coletiva apresenta dois cenários de prática profissional: ESF Santa Rita e ESF São José Operário. Neles, integram os núcleos profissionais da Psicologia, Enfermagem e Farmácia, sob regime de dedicação exclusiva de 60 horas semanais, subdivididos em turnos de prática profissional, teóricos e teórico-práticos.

Tal imersão junto ao processo formativo e educacional *no* e *com* o serviço de saúde – neste caso na ESF Santa Rita – está permeado pelas nuances da atuação profissional em proximidade ao território e seus habitantes. É nele que se evidenciam as formas em que as pessoas residem, trabalham, amam, adoecem e produzem saúde e é, portanto, onde o olhar do residente deve estar direcionado.

Para tanto, existem estratégias que auxiliam no processo de identificação dos fenômenos constituintes de um cenário de prática profissional. Destaca-se o diagnóstico territorial como ferramenta metodológica capaz de auxiliar no reconhecimento e na compreensão dos mais diversos modos de vida existentes num território, sendo fundamental para a organização e planejamento da atuação em saúde (RIGOTTO e SANTOS, 2011). Nesta perspectiva, as estratégias de promoção e prevenção em saúde acontecem, sobretudo, através da vinculação e aproximação entre as equipes de saúde e sua população adscrita.

Esse trabalho em conjunto produz potência e resolutividade, pois é baseado na observância das condições sociais, culturais, epidemiológicas, políticas e econômicas de determinado território. Por consequência, criam-se práticas de trabalho em saúde que sejam condizentes às demandas dos próprios usuários do serviço (RIGOTTO e SANTOS, 2011).

Desta forma, no cenário de prática da ESF Santa Rita (Marau/RS) buscou-se realizar um mapeamento territorial através da vivência *in loco* no território, no qual a psicóloga residente – através do cotidiano da prática multiprofissional em saúde - passou a identificar e compreender os espaços, dinâmicas e usuários do serviço de saúde do bairro pertencente à ESF.

Após a experiência em um território que é vivo, singular, dinâmico e está em plena transformação (SANTOS e SILVEIRA, 2004), buscou-se realizar uma análise situacional do cenário observado, dando forma a caracterização do território e da população pertencente ao mesmo. Também compõem o diagnóstico uma descrição da estrutura e organização dos processos de trabalho da equipe de saúde.

Nesse contexto, processos de territorialização ganham relevância ao fortalecer o trabalho da Atenção Básica e possibilitar oportunidades de mudança e criação nos modelos de assistência e cuidado preexistentes (RIGOTTO e SANTOS, 2011). Assim, num segundo momento, esse diagnóstico vale como ponto de partida para o desenvolvimento de uma proposta de pesquisa-intervenção, cujo campo é atravessado pela prática profissional dentro e com o território.

1.2 Cenário de Prática Profissional

O município de Marau está localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul, região do Planalto Médio, contando com uma abrangência territorial de 650 quilômetros quadrados. Segundo dados demográficos e populacionais obtidos pelo sistema DATASUS, em 2019, a estimativa da população residente no município foi superior a 40 mil habitantes. Marau é considerada uma região promissora e em pleno desenvolvimento, ganhando destaque nacional pelos seus indicadores de saúde – como o de cem por cento de cobertura do território pelas Estratégias Saúde da Família – e pelo investimento em mobilidade urbana, segurança e qualidade de vida (PREFEITURA DE MARAU, 2021).

O povo Marauense expressa em sua cultura as marcas de uma região colonizada por imigrantes italianos desde 1904 e, atualmente, conta com um forte movimento da agricultura familiar e do turismo rural que visa a preservação da gastronomia, dialeto, tradições e festividades italianas. Ainda, o município promove o empreendedorismo e o desenvolvimento econômico através da instalação de empresas, comércio e indústrias dos mais variados ramos, fomentando o crescimento e a geração de empregos em toda região (PREFEITURA DE MARAU, 2021).

Marau realiza investimentos nos setores da Educação sendo reconhecida regionalmente como *cidade educadora*. Dispõe atualmente de um centro universitário (Sociedade Educacional Marau – CESURG), de uma escola técnica (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI), de instituições de cursos profissionalizantes e três redes de ensino a nível municipal, estadual e particular (GOVERNO MUNICIPAL DE MARAU, 2015). Dessas, onze são escolas municipais de Ensino Fundamental, doze escolas de Educação Infantil, quatro escolas Estaduais e duas escolas de ensino particular. Destaca-se que no ano de 2010, a taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos de idade foi de 94,5%, média que ganhou destaque entre os municípios do Estado (IBGE, 2010).

Segundo dados do Sistema de Informações G-MUS (2021), dentro da população total, estima-se há cerca de 9210 crianças (de 0 a 12 anos de idade), dessas 4549 são do sexo masculino, 4600 do sexo feminino e 61 não identificadas. Existem 4592 adolescentes (de 12 a 18 anos de idade), sendo 2251 do sexo masculino, 2325 do sexo feminino e 16 não identificados. Dessas populações, cerca de 9875 crianças e adolescentes encontram-se em idade escolar - dos 4 anos completos aos 17 anos, conforme a Lei nº 9.394 que dispõe sobre as diretrizes e bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996).

A Rede de Saúde Local conta com serviços de Atenção Básica e de média complexidade – onde funciona um sistema de informação e comunicação entre as unidades: o G-MUS vinculado ao E-SUS. Marau possui um hospital e treze Estratégias de Saúde da Família (ESF's) distribuídas em todos os bairros do município, favorecendo a capilaridade no cuidado à população, tendo 100% de equipe de ESF implantadas no município. (PREFEITURA DE MARAU, 2021). Estima-se que dentro do orçamento total da Prefeitura Municipal, cerca de 25% são destinados ao investimento na saúde pública da população, tanto na área clínica quanto no transporte de pacientes que necessitam de tratamento em outros municípios da região (VANG, 2020). Atuam intersetorialmente um Conselho Tutelar, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Em razão da Pandemia da Covid-19, o município de Marau optou pela centralização dos atendimentos ambulatoriais para usuários sintomáticos ou infectados pelo vírus e um espaço de triagens localizado na Secretaria Municipal de Saúde. Tal estratégia se justifica como medida sanitária preventiva que tem como objetivo evitar a contaminação dos demais profissionais de saúde atuantes na Rede de Atenção Básica à Saúde. Atualmente, todas as equipes de saúde do município já estão imunizadas contra a Covid-19.

Na Secretaria Municipal de Saúde concentram-se os serviços de Vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, onde também é ofertado serviços de atenção psicológica, ambulatório de hepatites, realização de monitoramentos e notificações de saúde, como de violência auto infligida, de contaminação pela Covid-19, entre outros.

Em razão da alta cobertura e estruturação dos serviços de saúde relativos ao total de habitantes, instalou-se de forma frutífera a Residência Multiprofissional em Saúde nas parcerias entre o município de Marau com o Grupo Hospitalar Conceição em 2012 e com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) a partir de 2016. Desde então, ensino e serviço trabalham juntos na promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e no cuidado integral à saúde da

população, tendo em vista a qualificação de profissionais de saúde e dos serviços da Atenção Básica.

1.3 Experiências no Território Vivo

Outras formas de reconhecimento do território aconteceram através de Componentes Curriculares vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, a saber: da Prática Profissional I onde somos desafiados a inserção no território desde a chegada ao Programa e ao longo do processo de atuação junto à equipe de ESF; do Componente Curricular Seminário de Campo I, através da construção do Mapa Falante e do Diagnóstico Situacional do local onde estamos inseridas; do Componente Curricular Seminários Integrados I com o aprofundamento sobre a Cartografia Social e o Projeto Terapêutico Singular como possibilidades de interagir nos territórios com metodologias potentes para essas possibilidades; do Componente Curricular Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR com o desafio de fazer o Diagnóstico Territorial. Além dessas ofertas desafiadoras para olhar e intervir nos territórios, também ganhou força pedagógica o projeto "Memória Viva Marau", promovido pela Secretaria Municipal de Saúde conjuntamente ao setor da Vigilância em Saúde no qual estou engajada na sua implantação.

A partir da prática profissional e dos componentes curriculares citados, houve a integração dos residentes do programa junto à comunidade e a realização coletiva, entre equipe de saúde e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), da territorialização do bairro. A proposta dessa atividade buscou aproximar o grupo de residentes do campo prático, para assim possibilitar a descoberta das suas características e vicissitudes. A partir disso criou-se o instrumento do Mapa Falante do território, uma ferramenta de ensino compartilhada privilegiada e potente no campo da saúde coletiva e na atuação da Atenção Básica (FERREIRA e PEREIRA, 2013).

Segundo Ferreira e Pereira (2013), a denominação de um Mapa Falante provoca a pensar o território além das suas limitações geográficas, sendo uma forma sensível e criativa de leitura da realidade que também busca identificar as características pulsantes e de vida de determinado espaço. Logo no início da inserção no campo de prática profissional somos provocados a descobrir em que território nos encontramos e quais são suas formas de expressão, assim, desde o mês de março de 2021, iniciamos o reconhecimento do município de Marau e, especialmente, do bairro Santa Rita. Destaca-se que o conhecimento desse território aconteceu durante a Pandemia da Covid-19, em um período de restrições sanitárias sob regime da bandeira preta no

Distanciamento Controlado (altíssimo risco de contaminação) no município e região (GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Neste contexto, foram se constituindo as impressões do município e seus habitantes que, aos poucos, foram compondo a Cartografia Social desse território - uma "ferramenta de planejamento e transformação social" capaz de ofertar novas formas de leitura e análise da realidade através de mapeamentos, excursões e encontros significativos à aprendizagem (COSTA, p. 5, 2010). Assim, apesar das restrições, nos deparamos com um município vibrante, acolhedor, organizado e limpo. Com uma avenida iluminada e convidativa descobrimos a diversidade do comércio local e a influência da cultura italiana nos hábitos, receptividade, culinária e dialeto do povo Marauense. O mesmo processo aconteceu no bairro Santa Rita e na Estratégia Saúde da Família deste território, percurso que será explorado ao longo desse diagnóstico.

Ainda, outras ferramentas de trabalho na Atenção Básica, de conhecimento do território e cuidado com a população, foram apresentadas durantes os Componentes Curriculares, como é o caso do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Segundo Reis (2014), este instrumento é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas apresentadas aos usuários e equipes de saúde com o propósito de possibilitar a emergência de novas possibilidades de intervenção à determinados problemas de saúde e/ou doença. Busca, através do trabalho interdisciplinar pactuado com o usuário e sua família, promover a autonomia e a singularidade dos sujeitos no processo do cuidado em saúde.

Destaca-se que, em um segundo momento, esse aprofundamento pedagógico e crítico promovido pelos exercícios de territorialização proporcionaram subsídios para a fundamentação de uma proposta de pesquisa intervenção no campo de prática profissional. Essa forma de pesquisa, situada no contexto ensino-serviço-comunidade da RMS, considera o uso de metodologias analíticas e participativas na Atenção Básica como importantes ferramentas de intervenção e estudo, pois essas visam proporcionar um pensamento crítico sobre a realidade dos territórios em seu estado de complexibilidade e singularidade (COSTA, 2010).

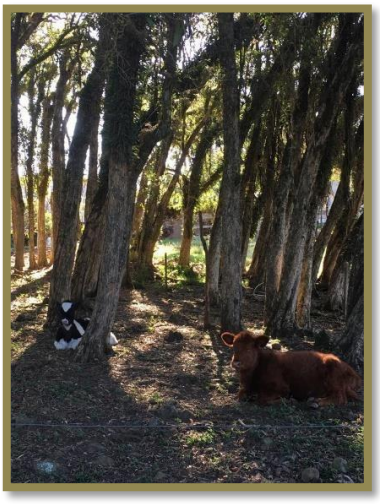
Já o envolvimento no projeto "Memória Viva Marau" deu-se a partir de um convite por parte da Vigilância em Saúde do município. Com o avanço da Pandemia da Covid-19 e, consequente aumento de mortes em decorrência do vírus, surgiu a necessidade de ações que pudessem acolher e escutar os familiares das vítimas da Covid-19, bem como, que potencializassem estratégias de sensibilização à população. Assim, surge a criação de um memorial virtual que busca cultivar a memória e história dessas pessoas, respeitando suas

particularidades e percursos em vida. Essa construção é realizada através da escuta e relato dos familiares, que ocorrem em visitas domiciliares agendadas. Posteriormente, acontece a produção de uma homenagem poética e sensível que é divulgada, sob termo de autorização da família, nas páginas oficiais do projeto.

Pensando em obter maior alcance e proximidade com essas famílias, o Projeto "Memória Viva" entrou em contato com as 12 equipes de ESF do município, onde foram realizadas breves visitas com o intuito de articular a Rede em vista de possíveis encaminhamentos no campo da saúde mental. A proposta e metodologia de trabalho foi apresentada e pactuada junto a gestão municipal de saúde - Secretário de Saúde Douglas Kurtz e Prefeito do Município Iura Kurtz - contando com a divulgação nas mídias locais (rádios e jornais) – Figuras 1 e 2.

(Figuras 1 e 2)

Nessa jornada foi possível adentrar nas casas e intimidade das famílias, escutar suas dores, lembranças e alegrias. Cada uma dentro de sua singularidade expressou as durezas da perda de seus entes queridos, evidenciando os impactos da crise sanitária e humanitária em que se encontram. O percurso revelou as belezas do município de Marau, suas origens, seus percursores, seus trabalhadores e todos aqueles que acharam na saudade uma forma de existência. Seguem alguns registros dessa experiência (Figuras 3, 4 e 5):



(Figuras 3, 4 e 5)

Essa vivência teve início no mês abril de 2021, onde foi realizado até o mês de junho o contato com 51 famílias, sendo realizado 49 visitas domiciliares / entrevistas. Desse quantitativo emergiu a singularidade de cada perda, sujeitos que deixaram no meio familiar e social profundos marcas de uma história de vida no município de Marau. Como canta Chico César (2020), “se números frios não tocam a gente, espero que nomes consigam tocar” e, por isso, o projeto seguirá recuperando a memória e identidade dessas vítimas, buscando homenageá-las e transformá-las em experiências afetivas.

1.4 Apresentação do Campo Prático

O campo prático da RMS consiste na Estratégia Saúde da Família Santa Rita (Figuras 6 e 7), localizada no bairro Santa Rita – Marau/RS. Nesse espaço foi possível coletar, através da inserção e reconhecimento de território, informações relativas ao bairro e ao serviço de referência. Para apresentação desse campo prático a residente valeu-se de estratégias de observação, mapeamento, caminhadas, representações fotográficas e, sobretudo, da escuta de usuários, líderes comunitários e profissionais da saúde (fonte oral).

(Figuras 6 e 7)

Originalmente o bairro Santa Rita consistiu na reunião de diversos loteamentos sem nomeação definida, onde a comunidade tinha como subsistência a agricultura familiar. Com a chegada da empresa Perdigão – atual Brasil Foods (BRF) - o bairro tornou-se um atrativo econômico para a região que passou a receber trabalhadores e moradores de diferentes localidades.

Com o crescimento e expansão do bairro surgiu a demanda por um serviço de saúde capaz de atender essa nova população. Neste processo, a ESF, localizada no "coração" do bairro, passou a compreender cinco microáreas representadas pela Figura 8:

(Figura 8)

- Micro-área 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- Micro-área 21: parte do Bairro Santa Rita;
- Micro-área 22: parte do Bairro Santa Rita;
- Micro-área 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- Micro-área 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira.

A ESF Santa Rita conta com a presença de equipe multiprofissional composta por profissionais concursados pelo município, contratados e residentes da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo eles: uma médica, duas enfermeiras, três psicólogas, três farmacêuticos, uma técnica de enfermagem, um agente administrativo, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, cinco agentes de endemias e uma sanitarista. A estrutura física da unidade é composta por sala de recepção, consultório médico com banheiro, consultório odontológico, consultório de psicologia, sala de enfermagem, ambulatório de enfermagem, farmácia, sala de vacinas, sala de esterilização e estocagem de materiais, sala de reuniões, almoxarifado, banheiros e cozinha.

O regime de trabalho da ESF é de 40 horas semanais – de segunda à sexta-feira, das 07h e 30 min às 11h e 30 min e das 13h às 17h. Os agendamentos para consultas acontecem pelo sistema de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde, na qual os usuários necessitam ligar numa central de atendimento (156) para agendar consultas médicas e odontológicas. Durante a tarde a agenda é destinada aos grupos prioritários (pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas, puérperas e crianças menores de um ano) e situações de emergência.

Existem dois turnos destinados para o acolhimento psicológico (segunda-feira à tarde e quarta-feira de manhã), nos quais os usuários contam com um espaço de saúde mental, escuta e diálogo. Também, nas sextas-feiras (das 13h às 15h), ocorrem as reuniões de equipe que visam potencializar o exercício da Educação Permanente em Saúde, a integração dos profissionais, discussões de casos e avaliações do serviço.

Em decorrência da Pandemia, a ESF Santa Rita necessitou reorganizar o fluxo de trabalho e suspender as atividades de envolvimento grupal ou que pudessem gerar aglomerações e vindas desnecessárias até a unidade de pessoas pertencentes à grupos de risco. Por isso, a equipe conta com um aparelho celular para realizar o contato direto e prático com a população, bem como, realizar o aviso de consultas médicas, psicológicas e de enfermagem (saúde da mulher). Tal ferramenta mostrou-se facilitadora e promotora da resolutividade em saúde. Ainda, as demais demandas espontâneas – como realização de testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) e interpretação de exames - são atendidas por duplas multiprofissionais de acolhimento. Neste processo ocorrem interconsultas e trocas de experiências profissionais em prol do cuidado integral e continuado à população.

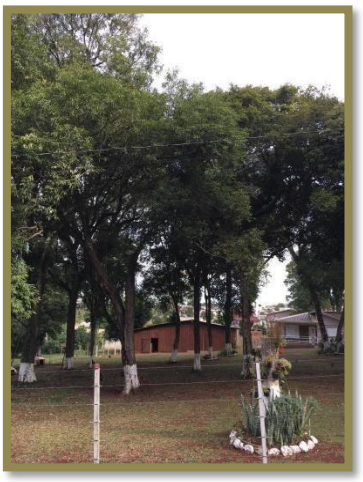
Alguns turnos do serviço contam com o envolvimento dos residentes e são dedicados para as atividades de Vigilância em Saúde, monitoramentos, Educação em Saúde e planejamento de atividades intersetoriais com as escolas e outros serviços de saúde. Semanalmente são produzidos e, divulgados nas redes sociais da ESF, informativos para a população sobre diferentes temáticas, como a vacinação (para Covid-19 e Influenza), prevenção de doenças crônicas, saúde mental, dengue, entre outras. (Figuras 09 e 10).

(Figuras 09 e 10)

Atualmente, estima-se que a população total da área é de 4 mil habitantes, havendo grande heterogeneidade em relação às faixas etárias e situação socioeconômica das famílias. A atividade econômica predominante do território é advinda do ramo alimentício (BRF), porém há também uma variedade de empreendimentos e empresas locais, tais como: comércio e varejo, tornearias, salões de beleza, minimercados, bares, padarias, farmácias, empresas do ramo metalúrgico e de laticínios.

Em sua maioria as moradias são construídas de material de alvenaria, possuem saneamento básico, acesso a luz elétrica pela Rio Grande Energia (RGE) e abastecimento de água potável pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Existem no território algumas áreas verdes que, anteriormente, eram destinadas para a prática de esportes e realização de grupos de caminhada pela ESF. Nessas áreas não há pavimentação e é comum identificar o descarte incorreto de lixo, bem como, a poluição da sanga que perpassa o território. Outra

característica marcante do bairro é a criação de animais, sendo possível encontrar cachorros, gatos, galinhas e cavalos nas residências e ruas (Figuras 11, 12 e 13).



(Figuras 11, 12 e 13)

O território conta com a Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz e a Escola Municipal de Ensino Afonso Volpato - uma das maiores escolas de ensino fundamental do município que recebe estudantes de diferentes bairros. Com a Pandemia da Covid-19 e, a consequente suspensão das atividades presenciais, evidenciou-se a prevalência de crianças com dificuldades de aprendizagem e atraso na alfabetização. Neste contexto, as escolas funcionaram remotamente oferecendo atividades on-line para os estudantes, o que exigiu uma reorganização da rede de ensino e, especialmente, das famílias. Em abril de 2021, as escolas retornaram ao ensino presencial e iniciaram a vacinação dos professores, no entanto, segundo a equipe diretiva da EMEF Afonso Volpato, muitas crianças e adolescentes passaram o ano letivo de 2020 sem realizar as atividades remotas e, consequentemente, notou-se um relativo desconhecimento acerca da evolução pedagógica, pessoal e formativa desses estudantes.

O território apresenta alguns pontos de uso e venda de drogas numa localidade conhecida como “Beco Sertão” que faz divisa com a área da ESF Central II e onde já foram realizadas diversas intervenções intersetoriais. Verifica-se que o bairro não oferece muitas opções de lazer, esporte e entretenimento para a população, especialmente para jovens e adolescentes que, sem o ambiente escolar, se encontram nas ruas ou sob o cuidado de outros moradores. Não há muitas expressões culturais no bairro, como a arte urbana e movimentos de jovens.

No momento, existe um Conselho Local de Saúde, composto em maioria por integrantes da terceira idade e que está em processo de reativação pelos residentes da UFFS.

Por consequência da Pandemia da Covid-19 esse grupo acabou se fragilizando pela dificuldade em manter encontros de forma remota (on-line) por vídeo chamada ou grupos do WhatsApp. Vale ressaltar que o Conselho Local de Saúde possui relevância enquanto coletivo que auxilia no controle social e é deliberativo em pautas que concernem ao bairro, como é o caso da ação de sensibilização dos gestores municipais em prol de uma nova estrutura física da Unidade de Saúde do bairro, a qual, no ano de 2020, foi concedida em uma emenda parlamentar (VANG, 2020).

Também, é possível observar a crescente imigração de famílias advindas da Venezuela e regiões do Norte do país em busca de emprego e qualidade de vida. Essas populações se organizam de forma comunitária, vivendo em residências próximas umas das outras, o que figura uma forma de preservação dos vínculos familiares, culturais e interestaduais. Comumente, a ESF Santa Rita se caracteriza como ponto de referência para essas famílias, onde realizam atualizações cadastrais, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento de pré-natal, entre outras.

Antes das restrições impostas pela Pandemia da Covid-19, como do distanciamento social, acontecia na ESF Santa Rita a realização de grupos e ações de saúde presenciais, como de gestantes, de saúde mental, de pacientes crônicos, tabagistas, de atividades físicas e de mulheres. Os grupos se caracterizam como importantes dispositivos de cuidado na Atenção Básica e refletem a potência da equipe multiprofissional em saúde engajada em estratégias de promoção à saúde coletivas que considerem as singularidades dos usuários e o complexo processo que envolve o estado de saúde-doença (SECCO *et. al*, 2017). Com a progressiva imunização da população, almeja-se o retorno presencial dessas e outras atividades de Educação em Saúde mediante os cuidados sanitárias necessários.

Constatou-se a carência de espaços que promovam a autonomia e acessibilidade de pessoas portadoras de alguma deficiência do bairro, sobretudo, na própria ESF. Ainda, a existência da ERS 342 se caracteriza como uma barreira geográfica entre a ESF e a população, além de representar um risco para os usuários que necessitam atravessar a via.

Outra demanda emergente encontra-se na insipiência do acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQI+, o que exige a construção de propostas de cuidado integral e de promoção e prevenção em saúde, bem como, a Educação Permanente e qualificação das equipes de saúde e articulação da Rede intersetorial do município. A partir dessa aproximação será possível identificar lideranças e grupos representativos dessa população e, assim, possibilitar a atuação de um serviço de saúde mais igualitário, representativo, acolhedor e democrático.

Essas e outras observações se deram no processo de territorialização que compõe a prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFFS. Dessa forma, o caminho segue sendo construído conjuntamente e em sintonia com o próprio território de atuação. A vida em movimento projeta inúmeros caminhos para aqueles que permitem o olhar e a escuta atenta num espaço de diversidades e possibilidades.

1.5 Caracterização da População

O território apresenta um número expressivo de moradores que são funcionários efetivos ou terceirizados da Brasil Foods (BRF). A inserção na empresa está culturalmente relacionada à ascensão profissional e econômica, especialmente, para jovens adultos. Todavia, observa-se que algumas doenças crônicas prevalentes na população adstrita – como diabetes e hipertensão – podem estar relacionadas às condições de trabalho e saúde que a empresa promove. Assim, ao mesmo tempo que produz movimentos econômicos e sociais gera vulnerabilidades. Ressalta-se que, frequentemente, esses trabalhadores fazem uso do plano de saúde oferecido pela empresa, limitando o acesso ao serviço e dificultando o monitoramento adequado desses usuários.

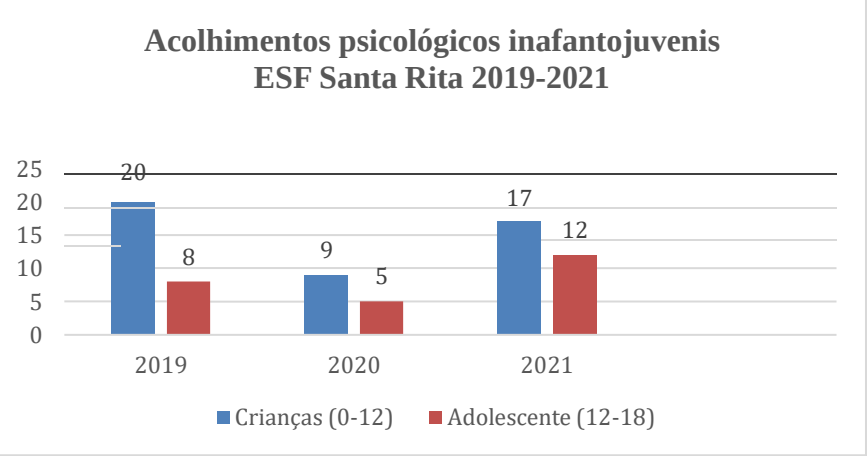
Outras condições de saúde prevalentes no território são: demandas de saúde mental – usuários com diagnósticos de depressão e ansiedade sob o uso de diferentes psicofármacos; adoecimento laboral, como lesões advindas do esforço de movimentos repetitivos; e, doenças crônicas relacionadas aos hábitos de vida, alimentação e falta da prática de exercícios físicos.

Segundo dados gerados pelo Sistema de Informações G-MUS, até o mês de julho do ano de 2021, estima-se que existem 2522 usuários com cadastros ativos na ESF, desses 1184 são do sexo masculino e 1338 do sexo feminino. Observa-se que, em comparação ao ano de 2020, houve um aumento significativo de novos usuários cadastrados pela ESF. Tal fenômeno pode estar relacionado ao crescimento do bairro e expansão de novos loteamentos, pelo início da vacinação para a Covid-19 e a obrigatoriedade de cadastro nas ESFs e a chegada de famílias de imigrantes Venezuelanos e emigrantes das regiões Norte e Nordeste do Brasil, bem como, de pessoas de outros municípios da região.

Nesse quantitativo populacional do território encontram-se 79 usuários portadores de Diabetes Mellitus, 299 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, 26 gestantes e 444 idosos. A estrutura etária da população é variada, sendo que vivem no bairro por volta de 775 mulheres em idade reprodutiva – que têm 15 a 49 anos (G-MUS, 2021).

Ainda, residem no Bairro Santa Rita 699 crianças (de 0 a 12 anos de idade), dessas 345 são do sexo masculino e 359 do sexo feminino; há também 319 adolescentes (de 12 aos 18 anos de idade), sendo 158 do sexo masculino e 159 do sexo feminino. O número de crianças e adolescentes do território em idade escolar, dos 4 aos 17 anos de idade, é de 703 usuários. Dessas, 346 são do sexo masculino e 351 do sexo feminino (G-MUS, 2021). Observa-se que, apesar da obrigatoriedade de ensino e frequência escolar para tais faixas etárias, muitas crianças e adolescentes passaram o ano letivo de 2020 sem realizar as atividades remotas ou manteve algum nível de contato com a escola. Por consequência, evidenciou-se um desconhecimento acerca da evolução pedagógica, psicossocial e formativa desses estudantes.

A escola é um espaço estratégico e privilegiado para práticas de prevenção e promoção em saúde da população (BRASIL, 2009) e, portanto, o trabalho intersetorial entre Educação e Saúde é essencial para o acompanhamento do desenvolvimento infanto juvenil. Com a progressiva fragilização de vínculo entre instituições escolares e famílias durante a pandemia, também se notou a diminuição de encaminhamentos para acolhimento psicológico de crianças e adolescentes (Gráfico 1).



(Gráfico 1)

Historicamente, as duas escolas municipais do bairro, uma de educação infantil e uma de ensino fundamental, mantém uma relação de trabalho próxima e pactuada com a equipe de saúde, sobretudo, a partir da identificação de questões relativas à saúde mental infanto juvenil. Acredita-se que a expressiva diminuição no acesso das crianças ao serviço possui relação com o próprio distanciamento com a escola, uma das principais vias de acesso aos sujeitos da infância e adolescência em sofrimento psíquico.

Estima-se que, com o retorno gradativo das atividades escolares presenciais e crescente imunização da população, haverá o aumento de encaminhamentos para o campo da saúde mental na ESF. Contudo, ressalta-se a importância de avaliarmos os impactos da Pandemia da Covid-19 na comunidade, isto é, nas dinâmicas familiares e no agravamento de vulnerabilidades, os quais fazem parte das dificuldades encontradas pelas crianças e adolescentes durante o singular processo do desenvolvimento psíquico e de aprendizagem. Espaços de prevenção, que promovam escuta dos sujeitos da infância e não sua patologização, se fazem cada vez mais necessários diante do contexto adverso em que vivemos, sendo esse um desafio para os serviços da Atenção Básica, o qual se viabiliza através do empreendimento coletivo e intersetorial em saúde.

1.6 Justificativa e proposta de Pesquisa-Intervenção

Esta proposta de pesquisa-intervenção se propõe a identificar as possíveis causas da fragilização do trabalho intersetorial e multiprofissional em relação aos cuidados em saúde mental na infância.

A Atenção Básica, enquanto porta de entrada prioritária ao Sistema Único de Saúde (SUS), oportuniza por meio das equipes de Saúde da Família um modelo estratégico de capilaridade do cuidado integral à população (BRASIL, 2013). Para tanto, conta com a potência do trabalho intersetorial e multiprofissional, onde diferentes pontos da Redes de Atenção à Saúde (RAS) se articulam em prol de ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação em saúde.

No que diz respeito as ações de Saúde Mental Infantil na AB, percebe-se que, apesar dos avanços conquistados na Reforma Psiquiátrica, ainda existem desafios relativos à integralidade e longitudinalidade do cuidado para essa população. Nota-se a predominância do fazer biomédico de cuidado, organicista, que pode ser visto, sobretudo, com o aumento da medicalização e patologização na infância frente ao mal-estar psíquico das crianças (AZEVEDO, 2019). Tal fenômeno revela uma dificuldade referente à compreensão da infância enquanto tempo constitutivo e singular, o qual exige a atuação da Clínica Ampliada e do trabalho intersetorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Neste cenário se encontra o campo prático profissional da RMS que, entre outros serviços, oferece à população do território acompanhamento psicológico continuado e espaços de escuta caracterizado como turnos de Acolhimento Psicológico. Através

dessa prática observou-se a prevalência de crianças, na faixa etária dos 7 aos 10 anos, que apresentam demandas em saúde mental complexas, muitas vezes, portando diagnósticos psiquiátricos associados ao uso de psicofármacos. Após a compreensão e anamnese realizada junto aos familiares e a equipe de saúde, identificou-se uma espécie de *lacuna* no cuidado continuado em saúde dessa população, o qual deveria acontecer através do serviço de referência em articulação com a Rede de Saúde do município de Marau (RS).

Observou-se um distanciamento e fragilização do trabalho intersetorial visto que as famílias do território buscam outros serviços fora da rede pública e da ESF numa importante fase da constituição e estruturação subjetiva. Posteriormente, recorrem à unidade diante de um agravamento da situação em saúde mental. Assim, essa investigação busca compreender a prevalência dessas crianças que apresentam expressivo sofrimento psíquico a longa data, mas que passam despercebidas pelo serviço de referência. Questiona-se o papel da Atenção Básica na identificação precoce de quando *"algo não vai bem"* psiquicamente com as crianças, visando construir estratégias de prevenção em saúde mental e o fortalecimento do trabalho intersetorial/multiprofissional (JERUSALINSKY e MELO, 2020).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, L. J. C. **Mal-estar na infância: por uma perspectiva da desmedicalização do sofrimento infantil**. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 41, 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 20 maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica:** Saúde na Escola. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencaobasica. Acesso em: 15 maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS – DATASUS.** Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/. Acesso em: 20 maio de 2021.

CÉZAR, C.; BESSA, B. Inumeráveis. Orquestra de Câmara da ECA/USP. Disponível em: https://youtube.com/watch?v=QrwFGbbQS4g&t=0s. Acesso em: 30 de junho de 2021.

COSTA, M, M, M. **Conhecendo a Cartografia Social: técnicas, vantagens e limitações**. Universidade Federal do Paraná. Paraná, 2010.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FERREIRA A.L; PEREIRA, M.F.W. **O Mapa falante como instrumento do processo ensino-aprendizado do aluno de medicina**: Relato de experiência. Revista de Pediatria SOPERJ, 2013.

GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL. **RS vai para a nona semana consecutiva com todas as regiões em bandeira preta.** Disponível em: < https://estado.rs.gov.br/rs-vai-para-a-nona-semana-consecutiva-com-todas-as-regioes-em-bandeira-preta>. Acesso em: 25 de julho de 2021.

GOVERNO MUNICIPAL DE MARAU. **Plano Municipal de Educação (PME).** Marau, 2015-2024.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Marau: IBGE, 2010.

JERUSALINSKY, J; MELO, S. M. (orgs). **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. Ágalma, 2020.

LARROSA, J. **Tremores: escritos sobre experiência**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **História de Marau**. Disponível em: http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau. Acesso em: 20 de junho de 2021.

PULGA, V.; SCHNEIDER, F.; MATTIONE, F. Educação Popular, Equidade e Saúde: Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde. In: PULGA, L. V. (orgs) *et al*. **Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no SUS: trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um programa de residência multiprofissional**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

REIS, S. B. J. **Projeto terapêutico singular:** ferramenta de sinergia interdisciplinar na atenção básica. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2014.

SANTOS, A. RIGOTTO, R. **Território e territorialização**: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde, 2010.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 6. ed. Editora Record, 2004.

SECCO, A.; PARABONI, P; ARPINI, M. D. Os Grupos como dispositivo de cuidado na AB para o trabalho com Diabéticos e Hipertensos. **Mudanças – Psicologia da Saúde,** 25(1), 2017.

VANG - Rádio Vanguarda. Prefeitura de Marau vai construir novo posto de saúde para os bairros Santa Rita e São Cristóvão. **Departamento de Jornalismo VANG FM**. Disponível em: < https://vangfm.com.br/noticia/prefeitura-de-marau-vai-construir-novo-posto-de-saude-para-os-bairros-santa-rita-e-sao-cristovao>. Acesso em: 20 de julho de 2021.

MERHY, Emerson;, ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

2 CAPÍTULO II – PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 Introdução

Os debates acerca do cuidado em saúde mental na infância têm avançado ao longo dos anos, sobretudo, com a efetivação de políticas públicas e a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual preconiza o cuidado longitudinal, capilarizado e integral das pequenas crianças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Ainda assim, promover cuidado e saúde mental numa práxis preventiva, que sustente o olhar para a infância como momento de estruturação do sujeito, passível de transformações, mostra-se um complexo desafio para as equipes de saúde, gestores, famílias e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste cenário se insere o presente estudo, o qual está vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMSAB-UFFS), campo de prática profissional Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita no município de Marau (RS), onde a pesquisadora atua como psicóloga residente. Essa parceria entre universidade e gestão municipal está pautada na qualificação de profissionais da saúde a partir da modalidade ensino-comunidade-serviço, tendo como ponto de articulação a produção de pesquisas científicas ligadas à atuação em campo prático profissional com vivências junto ao cotidiano dos serviços de saúde nos territórios, no trabalho vivo em ato e seus atores sociais individuais e coletivos (MERHY, 2013).

Tal inserção possibilitou a observância das práticas do cuidado integral das crianças, as quais, muitas vezes, restringem-se a uma visão voltada unicamente ao desenvolvimento orgânico e não aos aspectos estruturantes da constituição psíquica inconsciente infantil. Os efeitos dessa perspectiva aparecem no significativo aumento de crianças com diagnósticos psiquiátricos e sob uso de psicofármacos prescritos em sua maioria por diferentes especialidades da rede privada, o que acaba resultando na fragmentação do cuidado da criança em sofrimento psíquico (JERUSALISKY, 2020).

Esta constatação requer um olhar voltado para a singularidade dos sujeitos e não para a psicopatologia, o que demanda um reposicionamento dos modos de produção de saúde, da clínica e das linhas de cuidado / atenção oferecidas às crianças usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, parte-se da compreensão de que as práticas em saúde mental na infância envolvem uma implicação para além do saber técnico, a qual diz respeito à produção subjetiva em ato dos trabalhadores e usuários diante da complexidade da constituição psíquica

infantil e da rede de Atenção à Saúde (FRANCO e MERHY, 2017). Dessa forma, o estudo busca analisar as linhas de cuidado e seus fluxos em saúde mental na infância e a produção subjetiva advinda dos sujeitos envolvidos nesse processo, fundamentando-se, sobretudo, no aporte da teoria psicanalítica e no estudo das tecnologias do trabalho, da institucionalização do cuidado e da subjetividade em saúde (MERHY, 2013; FRANCO, 2013).

O procedimento metodológico se orienta para a construção de uma intervenção em ato, tal como é o trabalho vivo no campo da saúde (MERHY, 2013). Para tanto, trata-se de uma pesquisa qualitativa com viés cartográfico que abrangerá uma equipe de ESF da rede municipal, onde serão realizados encontros com o objetivo de analisar os fluxos de trabalho e a linha de cuidado atual diante de quando *algo não vai bem* com as crianças (JERUSALINSKY; MARIBEL, 2020). O ponto norteador e guia será os usuários, os pais e seus pequenos, onde se utilizará do olhar clínico e do acompanhamento da trajetória terapêutica das crianças na rede, buscando produzir dados a respeito das percepções, vivências, singularidades e contexto sociofamiliar daqueles que recebem o cuidado na rede e seus efeitos.

Futuramente, pretende-se através das percepções e saberes dos profissionais da saúde e usuários pretende-se construir um *fluxo ideal*, pautado na análise crítica e aprofundada das necessidades dos territórios e populações. Ainda, o estudo propõe uma reflexão sobre as possibilidades de cuidado, prevenção, proteção, identificação e intervenção precoce das dificuldades advindas no período de estruturação do psiquismo infantil, bem como, visa promover uma experiência formativa dos profissionais envolvidos para um olhar que favoreça a estruturação, rompendo com a incidência da lógica da medicalização e patologização da infância.

2.2 Tema

Análise das linhas de cuidado e seus fluxos em saúde mental na infância e da produção subjetiva advinda dos sujeitos envolvidos - trabalhadores da equipe de saúde e usuários.

2.3 Problemas de pesquisa

Como se constitui a linha de cuidado em saúde mental na infância e os fluxos de trabalho na rede de Atenção à Saúde do município de Marau (RS)? Que implicações isso traz na produção subjetiva das equipes de saúde e usuários do território?

Ainda, algumas questões orientam a investigação, tais como: de que forma a rede articula ações de promoção, proteção e cuidado à infância de forma integral, sobretudo, que considerem a constituição psíquica inconsciente em jogo? Ainda, como se dá o processo de identificação e de diagnóstico de problemas de saúde mental no município? Quem faz? Como faz? Em que pontos da rede de atenção à saúde ocorre a identificação, o diagnóstico e o cuidado em saúde mental na infância? Qual o perfil das crianças e como seus familiares vivenciam esse cuidado?

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo geral

Analisar de que forma é realizado o cuidado em saúde mental na infância, seus fluxos e implicações na produção subjetiva do cuidado.

2.4.2 Objetivos específicos

- Acompanhar o percurso terapêutico de crianças em sofrimento psíquico grave, traçando os caminhos percorridos na rede e a produção subjetiva do cuidado deste processo.
- Identificar, por meio do fluxograma analisador, as fragilidades e potencialidades voltadas ao cuidado na infância da Rede intersetorial do município, propondo um “fluxo ideal;
- Examinar e compreender o perfil e histórico familiar e social das crianças participantes da pesquisa;
- Identificar os principais fatores que determinaram a busca pelo serviço especializado da rede privada e o distanciamento com as equipes de ESF;
- Evidenciar a rede intersetorial de cuidado à infância como potencializadora de ações preventivas no campo do sofrimento psíquico infantil;
- Possibilitar uma visão ampla sobre os aspectos constituintes do sujeito psíquico na infância fundamentados na teoria psicanalítica a fim de romper com o cuidado baseado unicamente no olhar biomédico;

2.5 Justificativa

Desde a promulgação da Lei nº 13.438 (BRASIL, 2017), que altera o Estatuto da Criança e Adolescente e torna obrigatória a aplicação de protocolos de avaliação de riscos ao desenvolvimento psíquico das crianças em seus primeiros dezoito anos de vida, têm-se avançado no debate acerca dos efeitos e impactos da produção de diagnósticos precipitados. A lei propõe a aplicação de instrumentos de avaliação para fins de identificação de possíveis psicopatologias na primeira infância, contudo não especifica de que forma, quem e com quais ferramentas a conduta estará pautada. Uma perspectiva avaliativa necessita estar alinhada ao aspecto transitório e estruturante que é próprio do tempo de cada criança, o que demanda sensibilidade e formação ampliada aos profissionais da saúde que estão comumente ligados ao processo de cuidado e diagnóstico de uma criança e, muitas vezes, pautam suas condutas a partir de um viés biologicista e orgânico. Com essa perspectiva em jogo, articulada a exigência diagnóstica, corre-se o risco de lançar a infância à urgência de signos psicopatológicos que não incluem o acompanhamento longitudinal de suas aquisições psíquicas individuais e coletivas em plena construção.

Nesse sentido, ao observar de que forma o cuidado em saúde mental acontece no território do campo prático profissional, notou-se que tampouco são aplicados instrumentos de avaliação e detecção precoce quanto há um desconhecimento por parte das equipes de saúde e famílias sobre a temática, visto que as crianças que apresentam dificuldades psicológicas e comportamentais acabam sendo encaminhadas para o serviço privado, são diagnosticadas medicalizadas precocemente e, posteriormente, retornam ao serviço da rede com agravamentos. Em vista dessa lacuna no cuidado integral à infância, o estudo busca potencializar ações de prevenção primária fundamentadas nos pressupostos da constituição psíquica e a sua importância na identificação e detecção precoce de modo não patologizante, articulando e mobilizando diferentes pontos da rede e seus usuários.

Assim, o trabalho tem relevância estratégica por analisar de que forma acontece o cuidado integral e intersetorial à saúde mental das crianças a partir das percepções de profissionais da Rede e usuários, sendo assim possível pensar estratégias a nível de promoção, proteção e cuidado na infância que possam auxiliar na identificação precoce de dificuldades na estruturação do sujeito, na diminuição de diagnósticos psicopatológicos precoces, bem como, na construção de fluxos e linhas de cuidado à saúde das crianças que considerem a complexidade da constituição psíquica infantil.

2.6 Referencial teórico

Este projeto de pesquisa-intervenção se ancora nos pressupostos psicanalíticos do desenvolvimento psíquico infantil e do acompanhamento intersetorial na Atenção Primária, sendo esse de modo não patologizante diante da complexidade da diagnose nas estruturas não decididas da infância (JERUSALINSKY, et. al, 2021). Também se fundamenta nas discussões e estudos dedicados ao campo do trabalho, da produção do cuidado e da subjetividade em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (MERHY, 2013; FRANCO, 2013; CAMPOS, 1994; CECÍLIO, 1994). Para tanto, considera-se a complexidade e amplitude dos aspectos que caracterizam o tempo da infância como o desenvolvimento, crescimento, maturação e estruturação psíquica inconsciente e o contexto do cuidado ofertado na Rede.

O desenvolvimento de uma criança perpassa um conjunto de aquisições instrumentais como a linguagem, psicomotricidade e aprendizagem apoiados em aspectos orgânicos de base que estão, sobretudo, ligados a relação pulsional que a criança estabelece com quem a cuida, sendo esse familiar e/ou institucional (escola/creche), terapêutico e cultural (AJURIAGUERRA, 1973). Segundo Jerusalinsky e Melo (2020), a noção de *maturação* está ligada a evolução das estruturas nervosas, que oferecem base e permitem, progressivamente, a aquisição de habilidades, mas não a garantem unicamente pela passagem do tempo cronológico. Junto ao meio externo a maturação oferece sustentação para a execução dos hábitos e aprendizagens diversas. O *crescimento* refere-se à evolução harmônica das medidas e estaturas da criança, abrangendo a constituição fisiológica do corpo, como dos ossos e tecidos e, dos órgãos sexuais e reprodutivos. Já o *desenvolvimento* expressa os aspectos funcionais e adaptativos entre o universo social e interno da criança, sustentados pelos recursos maturativos, assim, aparecem habilidades no campo subjetivo e físico, dando forma ao sujeito (JERUSALINSKY et al. 2021).

Essencialmente, todas essas noções dependem da *formação da vida psíquica*, a qual desde o processo gestacional está relacionada ao desejo daqueles que fazem parte dos cuidados e evoluções da criança, sendo esse um processo contínuo e não linear. Os momentos iniciais da vida são marcados pela noção do desamparo primordial (FREUD, 1929), onde o recém-nascido encontra-se em um estado de impotência frente aos diversos estímulos e sensações desconhecidos inaugurados pela sua chegada ao mundo. Sensorialmente ativo, o pequeno demonstra seu estado de agitação, alarme e angústia que, na maioria das vezes, são acolhidos pelos cuidados primários desempenhados pela figura materna, a qual, aos poucos, viabiliza a

entrada do bebê no mundo e na linguagem ao dar significado simbólico a sua existência (JERUSALINSKY, 2020).

Esse jogo de encantamento entre mãe e bebê sustenta-se através do desejo inconsciente do Outro que, além de desempenhar os cuidados básicos como aleitamento e higiene, passa a encobrir o pequeno com significações e narrativas frente a seu desconforto ao canto de cantigas, carinhos, brincadeiras, diferentes entonações de voz (manhês) que são capazes de fisgar a dupla numa relação de satisfação (JERUSALINSKY, 2020).

Freud (1905), já apontava a primeira infância como período de abertura das inscrições e dos percursos pulsionais do olhar, voz, oralidade e analidade que, quando articulados ao campo simbólico do Outro (mãe, pai e/ou cuidador), conduzem o bebê a uma complexa rede de significações simbólicas dos processos da formação psíquica inconsciente e dão sustentação para o desenvolvimento. Neste momento o bebê tampouco é estruturado organicamente, pois, dentro da singularidade genética e fisiológica podem incorrer diversas limitações e agravos perinatais que afetam a aquisição das noções maturativas anteriores. Portanto, cada criança, em seu momento de estruturação e contexto familiar, escolar e sociocultural, manifestam indicadores de que algo pode não estar bem no sentido de sua constituição psíquica e que não estão garantidas apenas pelo bom funcionamento orgânico (JERUSALINSKY, 2002).

Assim, a infância, em seu caráter aberto, possibilita um importante campo de detecção e intervenção precoce dos problemas advindos do desenvolvimento infantil. Para Jerusalinsky et al. (2021), o sofrimento na primeiríssima infância (0-3 anos) não deve ser ignorado a ponto de um fechamento diagnóstico tardio da pequena criança (3-6 anos) e, tampouco, devem produzir-se diagnósticos psicopatológicos conclusivos e definitivos voltados para a medicalização da infância. Evidencia-se aqui a amplitude da noção de detecção precoce situado no campo da saúde que, muitas vezes, está associado a localização dos sintomas em determinada psicopatologia específica, baseando-se numa clínica essencialmente organicista e fragmentada, a qual desconsidera as nuances do sofrimento psíquico dos bebês (JERUSALINSKY, 2018). Tais dificuldades geralmente são encobertas pelas manifestações no campo orgânico e social, o que exige dos profissionais da saúde que cuidam da primeira infância um reposicionamento e conhecimento do que é um risco psíquico dentro da estruturação psíquica, como detectá-la fora do signo da patologia e, sobretudo, evitar que o sofrimento do bebê possa vir a se concretizar em quadros de difícil intervenção no futuro (JERUSALINSKY, 2018).

A sensibilidade de uma conduta direcionada ao favorecimento da estruturação de cada sujeito, isto é, que seja capaz de situar os cuidadores sobre como avançar para que a criança conquiste os passos da constituição no campo simbólico é, sobretudo, uma práxis preventiva no campo da saúde mental que dá lugar as singularidades e o *vir a ser* de cada criança (JERUSALINSKY et al., 2021). É considerando a estruturação do sujeito atrelada ao seu contexto familiar e social – escolas, creches, Unidades de Saúde etc. – que o cuidado pode ter efeitos na dimensão de vida da criança e não em um sintoma isolado.

Frente ao exposto, o presente estudo aborda diferentes perspectivas de intervenção, pois trata de mobilizar as práticas e olhares das equipes multiprofissionais de saúde atreladas ao cuidado na infância, para que possam ofertar um cuidado integral e longitudinal em saúde mental e, também, busca compreender os caminhos das crianças (6 – 11 anos de idade) que já apresentaram dificuldades psíquicas enquanto bebês (0-3 anos de idade) e perpassaram a Rede de Saúde tecida por tais profissionais. Neste recorte, inclui-se os pais e/ou responsáveis que acompanharam as evoluções e condutas no campo psicopatológico da rede privada e pública de saúde, logo, o estudo considera as percepções e narrativas dos pais e profissionais acerca dos cuidados dirigidos as crianças.

Desse modo, o trabalho opera no campo da prevenção primária em saúde mental na infância desde a inserção da pesquisadora na Rede de Atenção Primária de um município no interior do Rio Grande do Sul (RS), o que possibilitará um processo coletivo de formação com os profissionais acerca da estruturação psíquica atrelada ao desenvolvimento do bebê e da pequena criança. Busca-se o fortalecimento do cuidado intersetorial e longitudinal pautado na escuta e conduta clínica sensível frente aos aspectos estruturantes da criança, a fim de evitar a precipitação psicodiagnóstica e a avaliações e tratamentos fragmentados em múltiplas especialidades (JERUSALINSKY e MELO, 2020).

Para tanto, o estudo incidirá no interior das práticas formativas das equipes de saúde, isto é, no espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS), caracterizado como percurso autoanalítico dos processos de trabalho baseados nos fragmentos do cotidiano do cenário prático, tendo potência para modificá-los numa "formação de novos saberes associada a um processo de subjetivação" (FRANCO, 2013, p.248). É uma estratégia de aprendizagem e autogestão do cuidado no território vivo, onde as ações em saúde passam a ser objeto coletivo de reflexão crítica (ABRAHÃN et al, 2014). Nesse exercício insere-se a temática da produção do cuidado em saúde mental na infância na rede, que através de instrumentos como o fluxograma analisar, pretende-se provocar a equipe a pensar, identificar e reformular os fluxos

de trabalho e cuidado com a infância, podendo, assim, reinventá-los. Ao considerar a rede de saúde constituída por aqueles que a perpassam, profissionais e usuários, o estudo também realizará entrevistas semiestruturadas com os familiares e crianças, buscando compreender suas percepções sobre o cuidado recebido, as fragilidades e potencialidades do trabalho voltado a saúde mental na infância na Atenção Primária e a possibilidade de construir com eles o fluxograma do percurso de cuidado vivenciado.

Assim, a intervenção situa-se na esfera clínica, social, institucional e política envolvendo as equipes de saúde, familiares e crianças que se encontram na complexa rede de práticas e olhares do cuidado em saúde mental na infância do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho em saúde se faz de encontros com o outro, com os usuários (MERHY, 2007), bem como, o trabalho psíquico se constitui através do outro cuidador, logo a produção do cuidado e da subjetividade em saúde se complementam, pois requerem a produção de novas práticas que se interpõem na construção da realidade (FRANCO, 2013).

2.7 Metodologia

A pesquisa adota o método cartográfico como procedimento investigativo capaz de estudar e ampliar a análise de objetos de caráter subjetivo, como é o caso das linhas de cuidado e do percurso terapêutico de crianças em sofrimento psíquico grave (CINTRA et al, 2017). Ainda, orienta-se pelos fundamentos da clínica psicanalítica e sua compreensão de sujeito inconsciente e das produções subjetivas no laço social (MORETTO, 2019).

Desse modo, o estudo busca identificar e registrar as linhas e fluxos de cuidado oferecidas às crianças, acompanhar seu percurso terapêutico na rede e construir entre equipe e usuários estratégias de atenção voltadas para a singularidade de cada caso, colocando em cena a posição e produção subjetiva envolvida no processo saúde, doença e cuidado dentro das instituições de saúde e na rede (MORETTO, 2019).

I. Trabalhadores da equipe de Saúde

Neste percurso investigativo encontram-se diferentes pontos e vicissitudes da rede de saúde do município de Marau (RS), os quais poderão ser examinados através do *fluxograma analisador ou descritor.* Este instrumento mostra-se capaz de fomentar uma análise profunda do modelo de cuidado ofertado para as crianças com demandas em saúde mental, das

tecnologias de trabalho implementadas (se duras, leves ou leveduras), da produção do trabalho vivo em ato e da potencial reorganização do serviço (FRANCO, 2013).

Nessa perspectiva, inicialmente, será realizado o convite para a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, que é um dos campos de prática profissional do Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), para a realização de um encontro que poderá ser na modalidade de Educação Permanente em Saúde (EPS). Nele, será elencado pela equipe a indicação de um caso da rede que atenda aos seguintes critérios: 1. Criança de seis a onze anos de idade; 2. Pertencente ao território da ESF; 3. Apresente ou já apresentou demandas em saúde mental complexas e/ou severas segundo critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5) e Classificação Internacional de Doenças (CID); 4. Apresente diagnóstico psiquiátrico ou avaliação psicológicaprévia; 5. Já tenha perpassado a rede de Atenção Primária do município de Marau (RS) devidoa questões psicológicas.

Em sequência, os encontros, coordenados pela pesquisadora responsável, se dedicaram a provocar a equipe a discutir suas práticas de trabalho e possíveis caminhos para gestão e linhas do cuidado envolvendo o caso. Ainda, poderá ser construído um fluxograma do serviço devido ao seu potencial de análise e interrogação dos processos de trabalho em saúde, sobretudo, sob as fragilidades e potencialidades da rede (MERHY, 1997).

I. Usuário e suas Redes de cuidado

Posteriormente, o usuário elencado pela equipe, que corresponde aos critérios da pesquisa citados, será contatado pela pesquisadora a fim de convite para participação do estudo. Mediante aceite, serão pactuados encontros com duração de uma hora com o mesmo e seus responsáveis e/ou cuidadores separadamente.

A condução dos encontros terá um roteiro pré-determinado com questões norteadoras que, a partir do diário cartográfico e do olhar fundamentado na teoria psicanalítica auxiliaram na interpretação do material empírico. Este será composto pelas narrativas, percepções, vivências, singularidades e processos de subjetivação envolvidos no percurso terapêutico e de cuidado traçado pela criança e familiares na rede.

Em vista da complexidade do caso clínico, o qual pode ter diferentes encaminhamentos dentro da rede de Atenção à Saúde do município, destaca-se a possibilidade de participação de outros atores que atuam no cuidado das crianças com demandas em saúde mental, tais como

médicos especialistas (pediatras, psiquiatras, neurologistas,etc.), professores, membros da família, entre outros. Mediante aceite, todos deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual há esclarecimentos sobre a conduta sigilosa e ética diante da temática do estudo.

2.7.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo.

2.7.2. Local e período de realização

O estudo será realizado entre o período do mês de março a dezembro de 2022 nas dependências da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, a qual apresenta estrutura físicaadequada, garantindo acolhimento e sigilo na condução da coleta do material.

2.7.3 População e amostragem

O estudo contempla uma equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, a qual é composta por três psicólogas, duas enfermeiras, duas farmacêuticas, um médico, uma técnica de enfermagem, um agente administrativo, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e uma sanificadora. A segunda população diz respeito a uma criança e seus responsáveis e outras referências de cuidadores da rede que podem vir a surgir ao longo do estudo (médicos especialistas como pediatras e psiquiatras, psicólogos, professores, entre outros). No total, estima-se uma amostragem de vinte sujeitos.

2.7.4 Coleta de dados

A coleta de dados acontecerá ao longo de três meses de acompanhamento - de abril a julho de 2022 - com encontros com a equipe de trabalhadores da saúde da ESFSanta Rita e com a criança e seus familiares usuárias do serviço. Estes terão horário e data combinados previamente com local de realização na ESF.

No encontro com a equipe – primeira fase da coleta de dados – haverá um exercício de reflexão sobre “para que”, o “que” e “como” acontecem os processos de trabalho

voltados ao cuidado em saúde mental na infância (MERHY, 1997). Ressalta-se a relevância da escolha por um caso de complexidade clínica capaz de mobilizar a equipe a pensar as diferentes linhas de cuidado envolvidas, evidenciando assim a produção subjetiva advindas desse processo de acompanhamento, identificação e construção entre equipe e usuários.

Com o grupo composto pela criança e seus familiares – segunda fase da coleta de dados - busca-se traçar o percurso terapêutico desse usuário a partir das percepções e processos de subjetivação advindas do cuidado e vivências na rede. Haverá um roteiro pré-determinado com questões norteadoras, o conteúdo será gravado e, posteriormente, transcrito. Ambos processos serão conduzidos pela pesquisadora responsável.

2.7.5. Análise dos dados

Os conteúdos dos encontros serão examinados criteriosamente considerando as percepções dos participantes acerca das linhas de cuidado em saúde mental na infância. A partir desse material, poderá ser construído um flluxograma analisador da rede / caso, o qual estará pautado na compreensão dos fluxos de trabalho, nos atores da rede intersetorial e em novas articulações para a preconização de um cuidado na infância integral e longitudinal, de modo que considere a estruturação psíquica em formação.

O estudo adotará a análise do discurso como ferramenta de compreensão do conteúdo, sendo o material empírico transcrito e, posteriormente, passado por conferência de fidedignidade (DUARTE, 2004). Em seguida, o conteúdo será dividido em um sistema de categorização classificatória composto por quatro eixos desenvolvidos a partir dos conteúdos e narrativas advindas do processo de coleta de dados.

2.8. Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência será submetido a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/ Campus Passo Fundo. Nesse processo, constará o Termo de Ciência e Concordância da Secretária Municipal de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), que deverá ser assinado por todos os participantes da pesquisa ou pais e/ou responsáveis dos participantes menores de idade.

A coleta de dados apenas iniciará após submissão e aceite no CEP. Todos os participantes convidados, como profissionais da saúde e usuários, receberão esclarecimentos relacionadas ao estudo e poderão ter acesso aos seus dados em qualquer etapa. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento. É garantida a recusa para os profissionais sendo que esta não afetará a rotina e relações de trabalho preestabelecidas, bem como, os usuários não sofrerão qualquer prejuízo ou interferência nos atendimentos ofertados pelo serviço de saúde de referência. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação não será divulgada, já os resultados serão divulgados, porém, há garantia do sigilo e confidencialidade. Evidencia-se que os profissionais da saúde participantes asseguraram o comprimento das diretrizes acerca do sigilo e conduta ética diante de casos clínicos dispostas nos respectivos Códigos de Ética Profissionais. Para assegurar tal aspecto será descrito termo de responsabilidade no TCLE.

Ao participar da pesquisa existem possíveis riscos e benefícios, tais quais:

1. Riscos: sensação de desconforto, angústia e ansiedade frente a temática do estudo, os quais, quando identificados, tanto para profissionais quanto para usuários, terão a garantia de encaminhamento para o serviço psicológico da rede de Atenção Primária do município. Possível identificação dos participantes, sendo assegurado uso de pseudônimo e conduta sigilosa a fim de evitar vazamento de informações que revelem a identidade dos mesmos; Risco para criança e familiares recusarem a participação frente a desconforto gerado pelo caso ser discutido pela equipe de saúde, sendo assegurado direito de desistência.

2. Benefícios: o estudo pode ofertar um espaço de formação de novas linhas de cuidado para crianças em sofrimento psíquico, as quais mostram-se potentes dispositivos de transformação dos sujeitos e dos fluxos de trabalho em saúde. Pode trazer benefícios a nível do compartilhamento de saberes a respeito do campo da saúde mental infantil, abrangendo aspectos da constituição psíquica das crianças e oportunizando ações de prevenção nesta área. Auxiliará na construção de um fluxo ideal de trabalho alinhado às necessidades e percepções dos usuários e profissionais da saúde do território. Ainda, oferece benefício para a criança usuária que estará em acompanhamento e a partir das demandas singulares terá acesso a um Plano Terapêutico Singular (PTS).

2.9. Cronograma

ETAPAS Período de execução: janeiro a dezembro de 2022	**Jan**	**Fev**	**Mar**	**Abr**	**Mai**	**Junho**	**Julho**	**Ago**	**Set**	**Out**	**Nov**	**Dez**
Período de Apreciação do Comitê de Ética (CEP/UFFS)												
Revisão Bibliográfica												
Pactuação com a gestão municipal de saúde e contato com a equipe de ESF												
Coleta dos Dados (encontro com aequipe e usuários)												
Produção e apresentação do relatório parcialdo estudo												
Análise dos dados (transcrição dasentrevistas e análise dos discursos em categorias classificatórias)												
Redação do artigo científico												
Revisão, redação final e entrega												
Produção e relatório final												
Defesa TCR												

2.10 Orçamento

Materiais utilizados	Quantidade	Média de gastos
Folhas A4	75	14,00
Lápis de cor, canetinhas e canetões	Duas caixas lápis de cor Duas caixas canetinhas Dez canetões	40,00
Impressões físicas do trabalho	Duas Impressões	100,00

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Tradução: Geraldes P. E Pacheco Alves S. R. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1980.

AZEVEDO, L. J. C. Mal-estar na infância: por uma perspectiva da desmedicalização do sofrimento infantil. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 41, 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017**.Institui o Código Civil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm.Acesso em: 20 out de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Secretaria de Atenção à Saúde.Brasília: Ministério da Saúde, 2014.Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 5 nov. 2021.

CINTRA, S. M. A; MESQUITA, P. L; MATUMOTO, S; FORTUNA, M, C. Cartografia nas pesquisas científicas: uma revisão integrativa. **Fractual: revista de Psicologia**. 29 (1), 2017.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização (1929).** Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. vol. XXI, p. 75-171. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905).** Edição Standard. Brasileira das Obras Completas, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GOMES, C.P.M; MERHY, E.E (orgs).ABRAHÃN, L. A.et al.O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Pesquisadores In-

Mundo Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. **Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.** 1.ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.

JERUSALINSKY, A; ALMEIDA, C.J. C; MARCONDES, J.; JERUSALINSKY, J.; MELO, D. M.; YAÑEZ, G, Z.; **Instrumento AP3+AI: acompanhamento e avaliação interdisciplinar da pequena criança (3-6 anos).**São Paulo: Instituto Travessias da Infância, 2021.

JERUSALINSKY, J. Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 83-99, 2018.

JERUSALINSKY, J.; MELO, S. M. (orgs). JERUSALINSKY, A. **O amor precoce.** In: Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. 1. ed. p. 11-19. Coleção de calças curtas. Salvador: Editora Álgama, 2020.

JERUSALINSKY, J.; MELO, S. M. (orgs). JERUSALINSKY, J.; MELO, S. M. **As grandes questões que os mais pequenos levantam diante do cânone da psicopatologia**. In: Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce. 1. ed. P. 19- 35. Coleção de calças curtas. Salvador: Editora Álgama, 2020.

JERUSALINSKY, J.; MELO, S. M. (orgs). **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. 1. Ed. Coleção de calças curtas. Salvador: Editora Álgama, 2020.

KUPFER, M. C. M.; JERUSALINSKY, A. N.; BERNARDINO, L. M. F., WANDERLEY, D., ROCHA, P. S. F., MOLINA & LERNER, R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am.Journalof Fund. Psychopath**, v.6, .n.1, p. 48-68, 2009.

MERHY, E. E.; FRANCO, B. T (orgs). FRANCO, B. T. **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho**. In:Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1.ed. p. 243-251. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, B. T (orgs). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem Psicanalítica do Sofrimento nas Instituições de Saúde**. 1. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2019.

APÊNDICE

1. Roteiro de perguntas para os usuários (pais e/ou responsáveis e crianças) da rede.

I. Pais e/ou responsáveis

- O que motivou a procurar por atendimento psicológico para o filho?
- Quando perceberam que o filho (a) apresentava dificuldades e a partir de quais observações em seu comportamento?
- Quais os encaminhamentos realizados desde a primeira consulta (exames, medicamentos, indicações de tratamentos complementares)?
- Você conseguiria fazer o percurso dos locais de atendimento de seu filho? Quais foram? E o que foi feito de atendimento em cada um deles?
- Quais os problemas enfrentados para manter o tratamento proposto?
- Quais expectativas dos pais para o futuro da criança?
- O que você considera que promove a vida e a saúde de seu filho (a)?
- O que você acha que ameaça a vida e a saúde do seu filho (a)?
- Qual espaço de atendimento foi mais marcante para seu filho (a)? Por quê?
- Como você acha que deveria ser o atendimento às crianças no município?

II. Crianças

- Você se encontra em acompanhamento psicológico?
- Quais/quantos profissionais você lembra que lhe atenderam ao longo da vida?
- O que você pensa sobre tomar remédios diariamente?
- O que você acredita que precisa melhorar em seu comportamento?
- O que é saúde para você? E qual o melhor jeito de cuidar da sua saúde?
- Onde você mais gosta de ser cuidado (a)? Por quê?

2. Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais da saúde, usuários (pais e/ou responsáveis) e crianças participantes.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
para participantes da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **Análise da produção subjetiva do cuidado em saúde mental na infância na rede de Atenção à Saúde de Marau (RS)**, que será desenvolvida na sua Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Bruna Fátima Gallina da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Dra. Vanderléia Laodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientada pela Psicóloga Ma. Fabiana Schneider, da Secretaria Municipal da Saúde de Marau e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Este estudo tem como objetivo geral analisar de que forma é realizado o cuidado em saúde mental na infância, seus fluxos e implicações na produção subjetiva do cuidado. A pesquisa se justifica pela sua relevância estratégica ao analisar os fluxos e as linhas de cuidado em saúde mental a partir das percepções daqueles que a compõem, possibilitando, assim, futuras estratégias de promoção, proteção e cuidado sensíveis ao tema da constituição psíquica infantil e ao risco para a patologização e medicalização precoce. Ainda, busca

sensibilizar em vista de um olhar ampliado sobre a saúde mental e oportunizar um lugar de reconhecimento, fala e acolhimento dos profissionais e crianças diante desse processo.
Como parte da pesquisa, serão realizados seis (06) encontros de abril a julho de 2022 com a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita do município de Marau (RS), onde você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Este encontro, com duração de uma hora e local de realização na própria ESF, consistirá na construção de um fluxograma analisador ou descritor das linhas e fluxos de cuidado em saúde mental na infância a partir de um caso clínico escolhido pela equipe. Os encontros serão gravados e, posteriormente, transcritos. Em decorrência da Pandemia da COVID-19, se faz necessário a manutenção dos protocolos sanitários municipais, como uso de máscara e álcool em gel e distanciamento de três metros entre cada participante.
Como benefícios diretos do presente estudo, será oportunizado um espaço de formação, autoanálise e fortalecimento das práticas de cuidado integral com a infância, as quais mostram-se potentes dispositivos de transformação dos sujeitos e dos fluxos de trabalho em saúde. Ainda, o estudo pode trazer benefícios a nível do compartilhamento de saberes a respeito do campo da saúde mental infantil, abrangendo aspectos da constituição psíquica das crianças e oportunizando ações de prevenção nesta área. Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, como possíveis sensações de desconforto, angústia e ansiedade frente a temática do estudo, os quais, quando identificados, terão a garantia de acolhimento e encaminhamento para o serviço psicológico da rede de Atenção Primária do município. Poderá haver possível identificação dos participantes, contudo será assegurado uso de pseudônimo e conduta sigilosa a fim de evitar vazamento de informações que revelem a identidade dos mesmos. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento. É garantida a recusa para os profissionais sendo que esta não afetará a rotina e relações de trabalho preestabelecidas. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação dos participantes não será divulgada, já os resultados podem ser divulgados na comunidade científica, porém, há garantia de confidencialidade. Evidencia-se o comprimento das diretrizes acerca do sigilo e conduta ética diante de casos clínicos dispostas nos respectivos Códigos de Ética Profissionais.
Posteriormente, será realizada uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita, sendo os resultados discutidos com as equipes de saúde, durante encontro com fins planejados para tanto. Ainda, duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.
A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.
A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 99148-8075 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30 e 17:00), e-mail bruna-gallina@hotmail.com, endereço: Rua Miguel Magnan, n° 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3° andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.
Eu,. ....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, ... de .....de 2022
Assinatura do participante: .....

Bruna Fátima Gallina	VanderléiaLaodete Pulga

E-mail: bruna-gallina@hotmail.com
Telefone: (54) 99148-8075

E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com
Telefone: (54) 99629-3228

Fabiana Schneider
E-mail: fabischneider19@hotmail.com
Telefone: (54) 99998-441

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Para usuários participantes da pesquisa (pais e/ou responsáveis pelas crianças participantes)

Prezado (a) participante da pesquisa,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre **Análise da produção subjetiva do cuidado em saúde mental na infância na rede de Atenção à Saúde de Marau (RS)**, que será desenvolvida na sua Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Bruna Fátima Gallina da Residência Multiprofissional em Saúde e orientado pela Professora Dra. VanderléiaLaodete Pulga, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientada pela Psicóloga Ma. Fabiana Schneider da Secretaria Municipal da Saúde de Marau e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Este estudo tem como objetivo geral analisar de que forma é realizado o cuidado em saúde mental na infância, seus fluxos e implicações na produção subjetiva do cuidado. A pesquisa se justifica pela sua relevância estratégica ao analisar os fluxos e as linhas de cuidado em saúde mental a partir das percepções daqueles que a compõem, possibilitando, assim, futuras estratégias de promoção, proteção e cuidado sensíveis ao tema da constituição psíquica infantil e ao risco para a patologização e medicalização precoce. Ainda, busca sensibilizar em vista de um olhar ampliado sobre a saúde mental e oportunizar um lugar de reconhecimento, fala e acolhimento dos profissionais e crianças diante desse processo.

Como parte da pesquisa, serão realizados seis (06) encontros de abril a julho de 2022 com a criança e seus cuidadores responsáveis pertencentes à ESF Santa Rita, no município de Marau (RS), onde você poderá contribuir com suas experiências e sabedorias. Este encontro, com duração de uma hora e local de realização na própria ESF, consistirá no acompanhamento do percurso terapêutico do usuário na rede, sendo registrado suas vivências, singularidades e percepções acerca desse processo. Os encontros serão gravados e, posteriormente, transcritos. Em decorrência da Pandemia da COVID-19, se faz necessário a manutenção dos protocolos sanitários municipais, como uso de máscara e álcool em gel e distanciamento de três metros entre cada participante.

Como benefícios diretos do presente estudo,o estudo pode ofertar um espaço de formação de novas linhas de cuidado para crianças em sofrimento psíquico, as quais mostram-se potentes dispositivos de transformação dos sujeitos e dos fluxos de trabalho em saúde. Pode trazer benefícios a nível do compartilhamento de saberes a respeito do campo da saúde mental infantil, abrangendo aspectos da constituição psíquica das crianças e oportunizando ações de prevenção nesta área. Auxiliará na construção de um fluxo ideal de trabalho alinhado às necessidades e percepções dos usuários e profissionais da saúde do território. Ainda, oferece benefício para a criança usuária que estará em acompanhamento e a partir das demandas singulares terá acesso a um Plano Terapêutico Singular (PTS).

Este estudo pode expor a riscos de caráter emocional, como possíveis sensações de desconforto, angústia e ansiedade frente a temática do estudo, os quais, quando identificados, terão a garantia de acolhimento e encaminhamento para o serviço psicológico da rede de Atenção Primária do município. Poderá haver possível identificação dos participantes, contudo será assegurado uso de pseudônimo e conduta sigilosa a fim de evitar vazamento de informações que revelem a identidade dos mesmos. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento. É garantida a recusa para os usuários sendo que esta não afetará a rotina e relações de trabalho preestabelecidas. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação dos participantes não será divulgada, já os resultados podem ser divulgados na comunidade científica, porém, há garantia de confidencialidade.

Posteriormente, será realizada uma devolutiva do estudo que poderá ser de forma oral ou escrita, sendo os resultados discutidos com as equipes de saúde, durante encontro com fins planejados para tanto. Ainda, duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso algumadespesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (54) 99148-8075 ou pelo telefone (54) 3342-8531 (entre 07:30 e 17:00), e-mail bruna-gallina@hotmail.com, endereço: Rua Miguel Magnan, n° 530, bairro Santa Rita, CEP 99150000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3° andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,.....**,** li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, ... de .....de 2022

Assinatura do participante: .....

Bruna Fátima Gallina
E-mail: bruna-gallina@hotmail.com
Telefone: (54) 99148-8075

VanderléiaLaodete Pulga
E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com
Telefone: (54) 99629-3228

Fabiana Schneider
E-mail: fabischneider19@hotmail.com
Telefone: (54) 99998-441

3 CAPÍTULO III – RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

3.1 Introdução

"*A escolha da pergunta de pesquisa já é em si um ato embebido de subjetividade*"

Paulo Freire

O terceiro capítulo que compõe o Trabalho de Conclusão de Curso (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/ Campus Passo Fundo) diz respeito à etapa da coleta de dados, a qual ocorre no campo de prática profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita em Marau (RS). O objetivo deste capítulo é a produção de um relatório de coleta de dados capaz de elucidar os componentes metodológicos e o processo do desenvolvimento da pesquisa, sua trajetória, potencialidades e desafios. É a partir dessa etapa que a pesquisa "ganha corpo" e se fundamenta a partir do contato da pesquisadora com a situação estudada, sua complexidade e contexto, o que nesta pesquisa, trata-se do olhar para a produção subjetiva do cuidado à saúde mental na infância na rede de Atenção à Saúde.

Esta pesquisa-intervenção de caráter qualitativo adota uma perspectiva dialógica entre os sujeitos da pesquisa e a pesquisadora, onde, com rigor científico e sensibilidade, mantém-se numa postura interrogativa capaz de capturar as nuances do discurso e das subjetividades envolvidas (RIBEIRO, 2008). A coleta de dados pode ser compreendida como parte da intervenção em ato do estudo, possuindo entrevistas livres como método investigativo. Através deste instrumento observou-se que a escuta dos sujeitos que estão envolvidos no cuidado em saúde das crianças de um território, bem como, da própria criança, é um elemento fundamental para a renovação das práticas em saúde mental na infância pautadas na singularidade da constituição psíquica e da despatologização do mal-estar infantil.

Na primeira fase da coleta ocorreu o momento de Educação Permanente em Saúde (EPS) com toda a equipe de trabalhadores (as) da ESF Santa Rita, a qual visou abordar a problemática da pesquisa e seus objetivos, refletindo sobre o entendimento da rede atual de cuidado com a criança no município, suas fragilidades e potencialidades e a escolha de uma família do território. A segunda fase se deu pelas entrevistas, as quais permitiram a expressão das narrativas e percepções dos sujeitos entrevistados, mostrando-se relevante a capacidade crítica da pesquisadora entrevistadora ao interpretar e sintetizar o conteúdo das falas

enriquecidas pela subjetividade e afetos dos participantes (RIBEIRO, 2008). Do material empírico coletado será desenvolvida a terceira etapa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) que diz respeito à análise e interpretação dos conteúdos para a construção da produção do artigo científico.

3.2 Logística e as etapas da coleta de dados

3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

Para o início da coleta de dados foi necessário a passagem pela banca de qualificação realizada no dia sete de dezembro de dois mil e vinte e um, a qual foi avaliada pelo Prof. Dr. Túlio Franco e Prof. Ms. Marcos Antônio. Após aprovação e aceite das sugestões da banca, o estudo foi submetido a Plataforma Brasil e ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no dia 22/02/2022, sendo que, após apontamentos do primeiro parecer, foi aceito definitivamente no dia 30/03/2022, com parecer favorável sob o CAE 55295422.0.0000.5564. Após a etapa de submissão, o estudo mostrou-se apto para iniciar a coleta de dados, sendo essa etapa realizada no campo de prática profissional da pesquisadora que é a Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, localizada no município de Marau (RS). Neste território participaram sujeitos que estão envolvidos no cuidado da criança no campo da saúde pública e coletiva, como os trabalhadores da equipe multiprofissional - Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), Enfermeiras, Psicólogas, Farmacêuticas, Médicos da Saúde da Família e Comunidade, usuários e membros da escola, sendo a coleta de dados realiza entre o mês de abril a agosto de 2022 como demonstra o quadro abaixo:

EPS - equipe ESF / escolha do caso (grupal)	29/04/22
Entrevistas com a responsável (individuais)	06/06/22 - 10/06/22 - 24/06/22
Entrevistas com a criança (individuais)	27/06/22 - 01/07/22 -01/08/22
Entrevistas com a responsável e criança (grupal)	01/08/22
Entrevista médica da ESF, Psicóloga e ACS (individuais)	21/07/22 e 22/07/22
Entrevistas com a professora responsável do ano letivo,	

psicopedagoga, coordenadora pedagógica e professora do ano anterior (grupal)	09/08/22

3.2.2 Instrumentos de coleta de dados

A primeira fase da coleta de dados deu-se no encontro com os trabalhadores da equipe da ESF Santa Rita, onde foi realizado um momento de Educação Permanente em Saúde (EPS) como instrumento de coleta e intervenção, tendo duração de uma hora e meia. O encontro conduzido pela pesquisadora foi gravado e tratou do tema da infância a partir do viés psicanalítico, abordando as fases da constituição psíquica, a relação com o Outro, o brincar e o sintoma, aspectos do diagnóstico, patologização e medicalização na infância (Figura 1 e 2).

(Figura 1 e 2. Legenda: acervo pessoal da autora).

Por fim, houve abertura para discussões, na qual a equipe contribui com suas percepções e vivências. Os participantes foram convidados a pensar em uma criança pertencente ao território que correspondesse aos critérios da pesquisa, sendo eles: 1. Criança de seis a onze anos de idade; 2. Pertencente ao território da ESF; 3. Apresente ou já apresentou demandas em saúde mental complexas; 4. Apresente diagnóstico psiquiátrico ou avaliação psicológica prévia; 5. Já tenha perpassado a rede de Atenção Primária do município de Marau (RS) devido a questões psicológicas.

A segunda etapa tratou da aplicação de entrevistas livres apoiadas em um roteiro pré-determinado. Com a criança e a sua

responsável foram realizados seis encontros no total (três individuais com cada um e um grupal). Ainda, participaram a médica de Saúde da Família e Comunidade que acompanha a criança, a ACS do território e as professoras curriculares, psicopedagoga e coordenadora pedagógica da escola da criança. As entrevistas, tiveram duração de cerca de 45 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas.

3.2.3 Perdas e recusas

Até o momento não houveram recusas diante do convite para participação da pesquisa, tanto dos profissionais da equipe de saúde quanto dos usuários. A temática e o convite tiveram ampla aceitação e interesse dos membros envolvidos, sendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em todas as etapas. Considera-se uma perda relevante o intervalo de tempo de trinta dias entre uma entrevista e outra com a criança participante, esta dificuldade justifica-se pelo adoecimento e férias escolares concomitantes à fase de coleta de dados do estudo.

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Para a preparação e organização dos dados da coleta, o material empírico foi transcrito integralmente pela pesquisadora responsável. Do ponto de vista metodológico, o estudo vale-se de uma postura hermenêutica proposta por Michel Foucault na análise e compreensão do material onde a linguagem e as narrativas do sujeito inconsciente são pensadas em seu valor simbólico e amplo, formando redes discursivas repletas de sentido. Observou-se em cada entrevista a complexidade do tema proposto, pois através de entrevistas abertas foi possibilitado a cada participante analisar de forma singular os efeitos e impactos de sua inserção na linha de cuidado da criança em sofrimento psíquico na rede de saúde do município de Marau (RS). Ainda, busca-se extrair dessas narrativas trechos que, articulados a fundamentação teórica, auxiliem na análise da rede, dos fluxos, da produção subjetiva dos sujeitos envolvidos nesse cuidado e da criança que o vivenciou, fornecendo assim subsídios para a produção do artigo científico que é o último componente do presente Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

3.2.5 Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados

O estudo oportuniza uma reflexão acerca da infância enquanto período de estruturação e constituição psíquica, onde a inscrição de diagnósticos apressados e definitivos, a patologização do mal-estar da criança e a sua medicalização mostram-se intervenções precoces e incipientes frente a transitoriedade, singularidade e transformação própria desse período. Ao abrir espaço de escuta para a família, para a criança e para os atores envolvidos no cuidado da mesma, envolvendo o espaço escolar e de saúde, permite-se olhar para o sujeito que ali inside, antes visto a partir de uma formulação diagnóstica ou sintoma isolado. Nesse sentido, De Carli (2018, p.27) aponta que refletir acerca da complexidade desses fenômenos na atualidade é evidenciar a "preocupação com os destinos da subjetividade das gerações futuras", pois estes se expandem para a vida psíquica, social e cultural, nos processos educacionais e de cuidado em saúde das crianças desde a tenra idade.

Junto a esse potencial e urgente campo de estudo e intervenção na saúde pública, encontra-se o desafio em permear um fazer constituído historicamente a partir do modelo biomédico, o qual tem se expandido para fora dos consultórios médicos e psicológicos e aparecido, sobretudo, no campo educacional. Logo, a patologização da vida não se apresenta apenas no contexto clínico, pois é um modo reducionista de pensar as manifestações do sujeito humano, suas inconformidades, alternâncias e estranhezas ligadas ao laço social, relacional, afetivo e subjetivo (DE CARLI, 2018). Desse modo, o estudo inspira a refletir sobre os espaços de cuidado da criança num território, de que forma enxergamos a infância nesse contexto e como intervimos quando *algo não vai bem* com ela.

3.2.6 Relato e descrição da intervenção

A primeira intervenção do estudo se deu no encontro de Educação Permanente em Saúde (EPS) com a equipe de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família Santa Rita, a qual teve como objetivo compartilhar inquietações que estruturam a pesquisa e que são comuns no contexto da atenção à saúde da criança no território. O encontro mostrou-se produtivo, com valiosas trocas entre os participantes, mostrando-se uma ferramenta de sensibilização quanto ao tema e suas ramificações. Abordou-se sobre o nascer psíquico, a relação com o Outro constituinte, a importância do brincar, diferenças conceituais entre o sintoma e o mal-estar, diagnóstico e a patologização, medicar e medicalizar, da construção do psicodiagnóstico a favor dos processos constitutivos e sobre as disposições da rede de saúde municipal, seus fluxos reais e ideias para o cuidado da criança em sofrimento psíquico.

Após essa intervenção alguns efeitos foram observados, como a procura dos profissionais pela pesquisadora após estes identificarem crianças em sofrimento psíquico e sob uso de medicação no território, bem como, a mobilização da equipe em pensar estratégias intersetoriais de cuidado com a criança e sua família. Pode-se afirmar que a EPS oportunizou um momento formativo de fundamentação teórica robusta sobre os aspectos psíquicos infantis e seus impasses, como também causou "*ondas*" subjetivas em cada profissional que acolhe e intervém com crianças na saúde pública.

As demais intervenções ocorreram de forma individual, através de entrevistas livres, e em cada uma delas foi registrado em forma de diário de campo as principais impressões, observações e apontamentos da pesquisadora, a fim de auxiliar na posterior interpretação do material. De modo geral, todos os participantes tiveram notáveis contribuições partindo de suas experiências como usuários, trabalhadores do SUS ou educadores, fomentando componentes para uma reflexão crítica acerca do lugar e do cuidado da criança em sofrimento psíquico no contexto do território e da rede de saúde.

Ao longo das entrevistas foram sendo construídas intervenções *in loco,* especialmente, nos encontros com a figura responsável (mãe) e com a criança, as quais tomaram a participação no estudo como '*parte do tratamento'* que já está em andamento, pois possibilitou abrir espaço para questionamentos acerca das relações familiares, das dificuldades atuais com a criança, seu lugar subjetivo na família, as hipóteses diagnósticas e a retomada do percurso terapêutico na rede de saúde. Com os profissionais da saúde e educadores a intervenção ganhou sentido na auto reflexão das práticas de cuidado estabelecidas, suas limitações e potencialidades.

Com o material empírico das entrevistas serão nomeadas quatro categorias temáticas que contemplam as figuras participantes. Posteriormente, a partir da interpretação dessas narrativas enlaçada a fundamentação teórica da Psicanálise se dará a estruturação do artigo científico com a proposição do fluxograma analisador das linhas de cuidado em saúde mental infantil da rede.

3.2.6 Considerações finais e encerramento do trabalho de campo

Ao finalizar a etapa de trabalho de campo e coleta de dados do estudo, é possível observar o envolvimento subjetivo de todos os participantes desde uma posição interessada e inquieta com o tema do sofrimento mental na infância. Com isso, evidenciou-se a necessidade de novas práticas no campo da saúde mental infantil que sustentem a construção de linhas de

cuidado estruturadas em rede capazes de acolher o mal-estar da criança em sua singularidade e contexto, sem que ocorra sua dessubjetivação (DE CARLI, 2018).

Desse modo, encerra-se este relatório, que teve como fim registrar os processos desenvolvidos ao longo da coleta de dados, os quais terão seus conteúdos aprofundados nas próximas etapas da pesquisa seguindo o cronograma contido no Projeto de Pesquisa submetido ao CEP. Estas se caracterizam pela interpretação dos dados e escrita do artigo científico, devolutiva aos participantes e defesa do Trabalho de Conclusão de Curso prevista para o mês de dezembro de 2022.

REFERÊNCIAS

DE CARLI, Fabíola Giocomini. **A medicalização e a patologização da infância:** epistemologia subjacente e repercussões na escola. 2018. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação, Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, 2018.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**. Araxá, n.4, p. 129-148, 2008.

4 CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

A CRIANÇA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MUNICÍPIO GAÚCHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UM USUÁRIO-GUIA

THE CHILD IN PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN THE NETWORK OF HEALTH CARE IN A CITY OF RIO GRANDE DO SUL: REFLECTIONS FROM A GUIDE-USER

RESUMO

O estudo teve como objetivo problematizar as práticas de cuidado desde o itinerário terapêutico de uma criança como usuária-guia. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo transcorrida no período de abril a dezembro de 2022, onde realizou-se entrevistas abertas individuais e grupais com usuários, trabalhadores da saúde e da escola onde a criança estuda, a fim de compreender os modos de cuidado instituídos na rede de atenção municipal diante do sofrimento psíquico infantil. A análise de conteúdo se deu a partir da leitura hermenêutica das narrativas entrelaçando-as ao referencial teórico. Evidenciou-se o uso do usuário-guia como potente estratégia de cuidado e de reconhecimento subjetivo e no fortalecimento da intersetorialidade. Destaca-se, no trabalho com a infância, a importância do encontro inter humano no cuidado para a sustentação de intervenções pautadas na escuta da singularidade e subjetividade das crianças e familiares.

Palavras-chave: Infância. Saúde Mental. Intersetorialidade. Psicanálise. Atenção Básica.

ABSTRACT

The study aimed to problematize the care practices from the therapeutic itinerary of a child as a guide user. This is a qualitative research-intervention that happened from April to December 2022, where open individual and group interviews were conducted with users, health workers and the school where the child studies, in order to understand the modes of care instituted in the municipal care network in the face of child psychological suffering. The content analysis was based on the hermeneutic reading of the narratives, intertwining them with the theoretical referential. The use of the guide-user was evidenced as a powerful strategy of care and analysis of complex cases in the network, as well as the strengthening of intersectoriality. In the work with childhood, the importance of the inter-human encounter in care is highlighted for the support of interventions based on listening to the singularity and subjectivity of children and families.

Keywords: Childhood. Mental Health. Intersectoriality. Psychoanalysis. Primary Care.

4.1 Introdução

"Nosso corpo não é feito de biologia e sim de arte"

Antonio Quinet

As reflexões aqui trazidas resultam da análise de um caso complexo em saúde mental na infância e na problematização dos modos de cuidado na clínica e no trabalho em saúde na Atenção Básica. O estudo, está articulado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/Campus Passo Fundo) e ao cenário de prática profissional e de pesquisa, sustentando-se na potência do encontro e escuta de trabalhadores da saúde, educadores e, sobretudo, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da percepção das necessidades do território ligadas a insipiência de ações voltadas à saúde mental das crianças, associadas à vivência clínica da pesquisadora, fez despertar o desejo em investigar as práticas instituídas de cuidado com as crianças em sofrimento psíquico que buscam o serviço público na rede de um município gaúcho. Temos como objetivo buscar elementos para a discussão e compreenssão dos modos de cuidado presentes nessa rede desde elementos do itinerário terapêutico de uma criança usuária-guia, a fim de lançar luz a multiplicidade de fatores que envolvem o olhar para o sofrimento psíquico e para a subjetividade infantil na saúde pública.

Nesse contexto, aponta-se que o acompanhamento pleno do desenvolvimento biopsicossocial da criança mostra-se uma das prioridades nas políticas públicas de assistência à saúde que, ao longo dos anos, passaram por profundas transformações no campo científico, político e social. Estas buscaram potencializar e instituir a noção de cuidado humanizado e de assistência integral de qualidade, contribuindo para o reconhecimento da criança como sujeito em constituição e reformulando a própria noção de infância na pós-modernidade (ESPERIDIÃO et. al, 2016; ARAÚJO, et.al, 2014). A par disso, as condições sociais, familiares, psíquicas, econômicas, culturais e situações de vulnerabilidades multifatoriais que incidem sobre as crianças passaram a desafiar os serviços públicos na implementação de políticas públicas estruturantes capazes de garantir as condições básicas para a sobrevivência, à proteção social e ao cuidado integral na infância (FONSECA et.al, 2013).

Ainda, estudiosos do campo da clínica infantil amplamente advertem para a atual pandemia de diagnósticos de transtornos mentais na infância, em grande parte, baseados nos

critérios classificatórios de manuais psiquiátricos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM) (DE CARLI, 2018; VASEN, 2011). A prática patologizante e medicalizadora, cada vez mais presente em bebês e pequenas crianças, introduz o amoldamento do mal-estar e manifestações da vida infantil em quadros psicopatológicos. Nesta perspectiva exclui-se o entendimento da infância enquanto tempo decisivo de aberturas para a estruturação psíquica, da formação da subjetividade e da vida mental (RANÑA,2020).

Compreendemos que ainda há muito a se pensar e construir no campo da promoção da saúde, da prevenção e cuidado com a criança no SUS. A insipiência de espaços que considerem as narrativas de sofrimento e vida da criança para além das manifestações orgânicas e fisiológicas corroboram para uma "tendência reducionista" do cuidado, este ainda limitado ao saber hegemônico da clínica médica e não ao olhar para singularidade dos sujeitos e do encontro inter-humano nos espaços da clínica e da coletividade (CEZAR, FILHO, NOLASCO, p. 102, 2020).

Ademais, fazemos uma aposta de que nas experiências cotidianas de cuidado à saúde de base territorial, emergem as possibilidades de um cuidado humanizador, integral e equânime com crianças e adolescentes. Desta perspectiva é que o presente estudo traz sua importância e singularidades que evidenciam a potência, as contradições e os desafios dos processos de produção de cuidado no SUS, de suas equipes multiprofissionais, da gestão e da participação social na implementação de políticas e ações específicas e intersetoriais.

4.2 Metodologia

Este artigo é produto de uma pesquisa-intervenção de caráter qualitativo tendo como posição metodológica o profundo enlace investigativo entre pesquisador e a realidade pesquisada, capaz de produzir novos significados e saberes para ambos (GALVÃO e GALVÃO, 2017).

Ao longo dessa exposição conheceremos um caso tido como complexo pela equipe de saúde e escola, visando a análise focada neste usuário, isto é, tomamos o usuário como guia condutor de vivências capazes de provocarem fissuras, tensionamentos e questionamentos ao modelo atual de cuidado, trazendo à tona a multiplicidade de saberes, práticas e sujeitos ligados a micropolítica das relações humanas no campo técnico-assistencial (FRANCO e MERHY, 2003).

Utilizou-se a ferramenta usuário-guia que, mesmo sendo uma construção recente, é

assim referenciada:

> "O conceito ferramenta usuário-guia parte de uma aposta ético-metodológica na qual a centralidade da experiência vivida pelo usuário desloca o olhar do investigador no sentido de assumir a perspectiva do usuário, no governo de si, como referência para os sentidos que devem ser dados às práticas de saúde; ou seja, aposta em uma adesão dos profissionais à vida do outro como ética, deslocando o outro da posição de objeto para a de cofabricante do conhecimento e do cuidado (SEIXAS, et.al, 2019, p. 3)".

A primeira fase da coleta de dados foi a escolha do usuário-guia pela equipe de ESF durante uma Educação Permanente em Saúde (EPS) conduzida pela pesquisadora principal acerca do tema deste estudo. Participaram um médico, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas psicólogas, duas enfermeiras, uma farmacêutica e uma técnica de enfermagem. Ademais, a escolha se sustentou pelo interesse genuíno diante de um caso que, em sua sensível singularidade e complexidade, pode se apresentar em outras redes de saúde e territórios desafiando os modos de cuidado ali estabelecidos, as fragilidades e potencialidades da rede desde o percurso terapêutico e de vida do usuário (ABRAHÃO, et.al, 2016).

Posteriormente, a segunda fase ocorreu através de entrevistas abertas individuais e grupais visando obter maior detalhamento e aprofundamento das discussões levantadas em grupo: 1. Um encontro individual com três profissionais da equipe que possuíam maior vínculo com o caso (a médica, a psicóloga e ACS); 2. Três encontros individuais e um grupal com a criança e sua responsável. 3. Um encontro grupal com a equipe escolar (duas professoras, uma psicopedagoga e uma coordenadora).

Para a análise do material utilizamos a leitura hermenêutica, isto é, a interpretação reflexiva dos dados, entrelaçados com a literatura do campo da Psicanálise e da Saúde Coletiva, que resultaram em quatro categorias discursivas ao longo do escrito (GADAMER, 1975), sendo elas: 1. Quem é Marcelo? Breve relato da história pregressa; 2. Marcelo está sem cabeça! Pensamentos que escapam…; 3. Encontros e desencontros na rede de atenção; 4. Prevenção em saúde mental na infância e intersetorialidade.

Destacamos que a densidade dos conteúdos e das narrativas desse percurso marcam a intencionalidade do estudo em escutar[1] e colocar em foco a criança usuária como fonte de saber norteadora de processos de cuidado intersubjetivantes, especialmente no campo da

[1] Ao referirmos a noção de escuta tratamos da posição analítica e ética voltada para a singularidade das narrativas e dos sujeitos participantes do estudo.

saúde e educação (MOEBUS, MERHY e SILVA, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAE) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sob o CAAE: 55295422.0.0000.5564 com número de parecer 5.320.331. Todos os participantes tiveram acesso e assinaram os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), assim como, termo de assentimento para menores de idade.

4.3 Resultado e discussão

4.3.1 Quem é Marcelo[2]? Breve relato da história pregressa

Marcelo tem nove anos de idade e, desde que está inserido no ambiente escolar *'dá a ver'* que algo não vai bem em seu desenvolvimento. É um menino curioso, ativo, 'sempre foi uma criança bem alegre e amorosa' com a família (E2[3]) Marcelo apresenta picos de agitação, dificuldades em permanecer no coletivo, inquieta-se nas atividades propostas em sala de aula e tem um significativo embate com os processos de alfabetização e de interesse com novos objetos epistêmicos, o que também nos indica que algo da estruturação psíquica e suas aquisições precoces já não ocorreriam bem há tempos (JERUSALINSKY, et.al. 2020). Ao se referirem a ele, sobressai-se a ideia de uma criança que não é capaz de controlar a si e a seus "*impulsos*", que nada "*entra em sua* cabecinha (E5)[4]", atrelando-se a intensa descarga de energia motora.

A chegada de Marcelo ao mundo se deu de forma inesperada e abrupta para os pais, sendo o segundo filho da família numa gestação de risco devido a comorbidades maternas. Após o nascimento mamou até pouco menos de um ano de idade, interrompendo a amamentação exclusiva depois de um episódio de adoecimento da mãe, tendo dificuldades para iniciar a introdução alimentar.

A partir dos três anos de idade Marcelo expressava severas e recorrentes infecções na garganta (amigdalite e faringites), alcançando quadros febris elevados e com resistência ao tratamento medicamentoso - esse tipo de sintomatologia esteve presente pelo menos uma

[2] A escolha pelo pseudônimo Marcelo, identificado como entrevista 1 (E1), se deu pela origem em latim *aquele que descende de Marte* em correlação a aquele que "está no mundo da lua, com a cabeça em outro planeta", que é como a criança foi caracterizada para a pesquisadora. Também, possui o significado de pequeno guerreiro, sendo aquele que contorna as dificuldades.
[3] A mãe de Marcelo é identificada como entrevista 2 (E2).
[4] A equipe escolar (professoras, psicopedagoga e coordenadora pedagógica) estão identificadas como entrevista 5 (E5).

vez ao mês durante três anos de sua vida. Nesse período, já frequentando a educação infantil e com pouca vinculação a sua Estratégia Saúde da Família, a criança mostrava inquietação e, frequentemente, mordia seus colegas, alegando que "*ele me brigou primeiro*" (E1). No final do ano de 2019, já com seis anos de idade, Marcelo vivenciou uma situação traumática grave de violência[5], passando por um período de reclusão junto à família e desligando-se do espaço escolar, situação que se intensificou com a Pandemia da COVID-19 e o consequente fechamento das escolas.

No ano de 2021, com o retorno das atividades escolares presenciais, houve a intensificação de comportamentos de agitação e do atraso com a aprendizagem e dificuldades de concentração e atenção. Marcelo parece de algum modo impedido de cativar-se pelo encontro com a leitura e escrita, pelas novas formas de sociabilização e normativas do convívio no laço social que esse momento do desenvolvimento implica, assim, representando através do seu corpo excessos que vivenciou. Neste momento, a criança é encaminhada para um Neurologista e medicado, iniciando também acompanhamento psicológico na ESF do território.

4.3.2 Marcelo está sem cabeça! Pensamentos que escapam…

Ao encontrá-lo, Marcelo surpreende por ser um menino ávido, entusiasmado e que já tinha conhecimento do local de nossas entrevistas, e, sobretudo, do que trataríamos ali. Logo ao entrar no consultório de Psicologia, o menino prontamente interroga "Nós vamos brincar? Tenho muitos pensamentos na cabeça, mas eles me escapam… (E1)". Winnicott (1977) nos ensina que a criança vem com uma tarefa terapêutica a ser realizada e, neste caso, a convocatória para auxiliar Marcelo com o que se passa em sua cabeça e corpo está posto.

Um dos elementos centrais de nossa discussão está na complexa e estreita relação entre mente e corpo na clínica do cuidado e o que ela suscita nos processos de trabalho, considerando que este é fonte produtor de saberes, práticas e fazeres que atuam dentro de certa micropolítica, isto é, dentro do cerne das relações e das produções subjetivas que cada um implica no cuidado que oferta.

Emerson Merhy (2007), ao resgatar a construção das práticas de saúde contemporâneas, aponta nas atuais profissões da saúde uma forte tendência ao estabelecimento de processos disciplinadores e de controle como ferramentas do cuidado no

[5] Episódio de violência sexual infantil perpetuada por agressores adolescentes moradores do bairro.

plano individual e coletivo, as quais operam desde a patologização e medicalização da vida. Para o autor, o campo da clínica e da gestão do cuidado refletem uma ótica sustentada pelo modelo médico hegemônico capitalístico, onde as intervenções terapêuticas se concentram na correção de desvios ou distúrbios capazes de serem identificados no corpo orgânico - o corpo de órgãos - em detrimento de práticas que reconheçam a existência do desejo e da subjetividade do ser adoecido.

Dentro do campo saúde mental infantil, Jerusalinsky e Melo (2020, p.34), apontam para o risco da "psicopatologização generalizada na infância", onde todo e qualquer comportamento desviante da criança enquadra-se como psicopatologia ou classificação psiquiátrica, sem que se considere o entrelaçamento das relações afetivas, psíquicas e sociais do pequeno ao manifestar narrativas sobre si e seu adoecimento.

O impacto dessas práticas na produção do cuidado cotidiano dentro das instituições de saúde e educação muitas vezes se dão numa lógica excludente do sujeito, onde o acolhimento e a escuta se esvaem ao dar lugar ao enrijecimento do cuidado em tecnologias duras. De Carli (2018, p.17), aponta que o atendimento de crianças perpassa pelo reconhecimento da existência de um sujeito inconsciente em estruturação subjetiva, que, por sua vez, dentro de sua singularidade e complexidade, está sujeito a falhas, dificuldades, impasses e sintomas expressos no laço social. Ainda, a autora aponta que "um sujeito, para existir, precisa primeiro ser pensado por alguém" numa relação de alteridade.

Na lógica da patologização e medicalização a compreensão histórica da vida intersubjetiva da criança é afetada. Podemos dizer que Marcelo encontra-se situado nesse emaranhado epistemológico e prático, pois chega ao serviço de saúde quando a primeira infância já acabou, com dificuldades de aprendizagem que indicam os prejuízos da intervenção tardia. Perpassou a rede privada, em consultas de profissionais pediatras e neurologistas, e a rede pública, com o acompanhamento da Estratégia Saúde da Família, em ambas seguiu desassistido e resultou na sua medicalização.

No contato com Marcelo encontra-se aspectos de uma criança em partes desacreditada de sua capacidade criativa e desinvestida simbolicamente, quando convidado para desenhar expressa "Ah, não sei de nada! Às vezes penso uma coisa e depois muda!" (E1). Em certo momento, desenhamos animais e Marcelo renova sua convocatória, necessita de alguém que lhe ajude a sustentar seus pensamentos, narrativas e lugar no mundo:

E1: Você sabe fazer um pescoço?

P[6]*: Sei sim!*

E1: O pescoço serve pra não cair a cabeça!

P: É verdade! Nossa cabeça é muito importante!

E1: Sim. Agora tua vez!

Cezar, Santos Filho e Nolasco (2021), indicam para a potência subjetivante do encontro inter-humano na infância, o qual, quando produtor de uma experiência significativa, funciona como suporte para o desenvolvimento e sustento da vida psíquica. Esta, por sua vez, apoia-se no investimento do adulto na criança, em sua capacidade de pensar e emprestar representações simbólicas para que possa vir a surgir um sujeito apropriado de sua própria existência e desejo, um ser capaz de brincar, aprender com prazer e plenitude em seu crescimento. Quando esse processo falha, nos deparamos com o empobrecimento subjetivo e a não visibilidade do sofrimento infantil, sendo este facilmente capturado por práticas reducionistas de cuidado - onde as dificuldades do desenvolvimento da criança e seus sintomas são unicamente atribuídos ao mal funcionamento cerebral. No caso de Marcelo, também há a hipótese subjacente de uma criança que não aprende devido a seu desvio cognitivo comportamental - hiperatividade - aparecendo em seu discurso a autopercepção que "não sabe", "não aprende" e toma remédios "para se comportar" (E1).

Tais significantes despertam a leitura da agitação corporal e mental como uma via encontrada para o apaziguamento e descarga da angústia de não saber em um período que, Freud (1905), caracterizou como de insurgência da pulsão do saber, que está marcada pelo ingresso na cultura, pelas aberturas investigativas, da curiosidade e das teorizações infantis. Aprender, sobre si mesmo, seus pensamentos, comportamentos e sobre o mundo, impacta diretamente o campo educacional, mas também na produção do cuidado em saúde, visto que os impasses do usuário na aquisição da linguagem dizem respeito aos processos subjetivos perpassados até então, suas limitações e aquisições.

Nessa perspectiva, a rede intersetorial funcionaria como um sismógrafo [7] social atuante na identificação precoce das dificuldades infantis, pois é ali que prioritariamente acontece o acompanhamento do desenvolvimento da criança e suas interfaces no laço familiar e comunitário desde o nascimento.

A complexidade do desenvolvimento infantil demanda das redes uma renovação

[6] Identificação da Pesquisadora que conduziu as entrevistas (P).

[7] Sismógrafo é o aparelho que registra os movimentos do solo, "percebendo" seus movimentos. Aqui, nosso solo é o território vivo e a capacidade produtiva do trabalho em saúde.

e reposicionamento sobre como escutamos, acolhemos e intervimos com o mal-estar da criança na atualidade, sob quais paradigmas e fluxos as recebemos ou não e quais os efeitos de uma atenção à criança pautada na singularidade e subjetividade para além do sintoma e da patologia. Entretanto, a escuta sensível realizada com Marcelo durante os momentos realizados demonstrou a potência de vida que está nesse ser em formação e as múltiplas possibilidades de intervenção dos profissionais da saúde e da educação em situações similares!

4.3.3 Encontros e desencontros de Marcelo na Rede de Atenção

A tardia identificação, acolhimento e intervenção com Marcelo revelam uma espécie de estado de deriva, onde apesar da criança sinalizar seu mal-estar para a família e na rede de saúde e educação, é deixado em aguardo. Aqui se coloca em questão o que esperamos quando deixamos o tempo da infância passar?

No que diz respeito aos primeiros tempos da estruturação psíquica infantil a intervenção precoce pode ser decisiva, pois a transcorrência do tempo cronológico e do crescimento maturativo não significa propriamente que o desenvolvimento da criança estejam indo bem. Para tanto, é preciso uma profunda e atenta análise dos indicadores que correspondem à instauração da vida psíquica do sujeito, a aquisição de habilidades e outros aspectos da constituição psíquica presentes em seu contexto relacional e social que, muitas vezes, passam despercebidos no cotidiano do trabalho em saúde (AVELAR e JERUSALINSKY, 2021).

Apesar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) preconizar o acompanhamento das crianças até os dois anos de idade e, posteriormente, recomendar uma periodicidade de uma vez ao ano, a realidade dos serviços é outra, onde "muitas crianças se perdem" (E3[8]) nesse período. A alta demanda assistencial associada à falta de recursos humanos acaba afetando a concretização das diretrizes da integralidade e longitudinalidade do cuidado com a infância, sobretudo, tratando-se da prevenção em saúde mental, como aponta a entrevistada 3:

> *E3: "A questão do sofrimento psíquico da criança, muitas vezes a família acha que vai ser resolvido com médico e medicação… ah, ele está triste, cabisbaixo e dá remédio ou que psicólogo é coisa de louco, não precisa! Eles tentam buscar uma*

[8] Entrevista 3 (E3) - participante da equipe de ESF.

resolução, nós tentamos avaliar dentro do curto espaço de tempo de uma consulta e quando falamos em saúde mental isso demanda um tempo muito maior do que a gente tem, vários encontros para realmente compreender o que acontece com a criança."

A espera por buscar ajuda nos espaços de saúde e as lacunas encontradas nestes, sobretudo no que diz respeito a uma práxis sensível às manifestações do sofrimento infantil e às limitações do diálogo intersetorial, produz uma "conduta expectante" mesmo diante da suspeita de dificuldades, a qual pode levar ao agravamento e invisibilidade destas, como segue relatando a entrevistada 3 (AVELAR e JERUSALINSKY, 2021, p. 49):

E3: "Nós temos vários pontos da rede, mas eles não conversam, não estão interligados. Vemos muitas demandas que chegam e muitas que a gente encaminha também, por exemplo, que vem da escola e creche, e aí avaliamos, acolhemos e encaminhamos para o Conselho Tutelar ou outro espaço e acabamos ficando sem retorno. A rede acaba se articulando em casos mais excepcionais, quando há um problema muito grave. Mas a parte de a gente conseguir intervir em conjunto naquilo que está começando apenas para não chegar no grave não percebo que isso funcione aqui no município. Funciona quando está nos extremos. Acho que é uma importante fragilidade."

O itinerário terapêutico de Marcelo reflete a fragmentação da rede e suas limitações no âmbito da detecção precoce e prevenção de dificuldades na estruturação psíquica infantil. Logo, a passagem por múltiplos profissionais da rede privada e pública, o apressamento da prescrição diagnóstica e farmacológica e retorno tardio ao acompanhamento de referência do território revelam um excesso de intervenções, as quais ficam desligadas de representações simbólicas e da própria realidade e história da criança (CEZAR, FILHO e NOLASCO, 2021).

Por outra via, a entrevistada 3 chama a atenção para os entraves do serviço na busca ativa de seus usuários que não apresentam 'urgência' do ponto de vista da gravidade patológica e, quando identificados, tendem ao encaminhamento para outros pontos 'mais complexos' da atenção. Enquanto isso, a criança em sofrimento acaba entremeada entre a técnica clínica, encaminhamentos e pílulas.

Observamos que não fica explícito para as equipes como identificar e intervir na primeira infância ou até mesmo se isso é possível na perspectiva de uma Estratégia Saúde da Família, optando-se pela passagem do tempo cronológico ou pelo encaminhamento e,

consequente, fechamento diagnóstico. Este, por sua vez, serviria de apoio e norte para o início e sustentação do tratamento, porém visualizamos que, mesmo em crianças maiores, sobressaem-se movimentos de desinvestimento subjetivo diante da definitiva diagnóstica, isto é, o signo como 'fim' e não o 'início', como pressuposto.

Segundo Jerusalisky et. al (2021, p. 107), é preciso considerar que a detecção precoce de risco psíquico em pequenas crianças difere da intervenção realizada na vida adulta, especialmente, no que diz respeito à delicadeza do olhar voltado para os aspectos constituintes do sujeito, potencial de melhora prognóstica, diminuição de agravos e disposição de aberturas da vida mental e orgânica. Logo, sustentar a complexidade desse trabalho também pode mobilizar e desvelar fissuras nas linhas de cuidado na infância e nas redes formais de cuidado (MERHY et al., 2014).

Cabe ressaltar que os efeitos do ingresso apressado de signos psicopatológicos diante do mal-estar da criança que, muitas vezes, é realizado de modo fragmentado, sem a escuta e acompanhamento da mesma, designam uma 'nova identidade' a ela, passando a ser vista no laço social pela sua nosologia psiquiátrica e não como sujeito de desejo. Junto a isso, a medicação assume uma função amortecedora destituída de sentido, como percebe a entrevistada 4 "o medicamento tranquilizou Marcelo, mas o parou ao mesmo tempo" (E4) [9]. Tal dessubjetivação ecoa nos espaços de atenção, produzindo modos de cuidado menos implicados e envolvidos com as produções de vida e saúde da criança.

Avelar e Jerusalisky (2021, p.40), apontam para o reconhecimento do poder das palavras na vida humana", sendo o diagnóstico um "marco simbólico" na vida das crianças e seus familiares que demandam uma conduta sensível e humanizada. No terceiro encontro com Marcelo, a criança relata sua consulta de retorno com o médico neurologista, revelando o silenciamento das narrativas da criança e a insipiência do encontro inter-humano no cuidado, vejamos:

> *E1: O médico trocou meus remédios para uns mais fortes, porque os do posto eram fracos.*
> *P: Como assim?*
> *E1: A mãe sabe.*
> *P: Como foi a consulta então, como se sentiu?*
> *E1: Ah... só falou com os meus pais e disse que os remédios do posto eram fracos, que não tava melhorando nada!*
> *P: E são remédios para quê? Sabe para que servem?*

[9] Entrevista 4 (E4) - participante da equipe de ESF.

E1: Para eu me comportar... Ele só falou com a minha mãe, como sou criança não entendo de nada!

É importante considerar que a proposição diagnóstica e ingresso medicamentoso podem vir a ser um recurso útil e necessário de trabalho quando aplicados em favor aos passos da estruturação psíquica e aliados a um plano terapêutico singular. Destacamos, ainda, que a presença e investimento libidinal de um outro cuidador de referência, que pode estar na família, na escola ou no serviço de saúde, como elemento central para a sustentação de uma experiência potente e transformativa de cuidado com a criança desde os primeiros tempos, assim como, para o reconhecimento das narrativas infantis na constituição da subjetividade e dos laços relacionais (CEZAR, FILHO e NOLASCO, 2021).

Nesta direção, Jorge, Pontes e Ferreira (2021, p. 282), assinalam que ao "experimentar trabalhar com o reconhecimento do Outro e entender o usuário como portador e formulador de saberes diversos, os trabalhadores também aprendem e inovam no seu processo de trabalho em saúde, produzindo novos modos de cuidar", evidenciando a potência do encontro intersubjetivamente entre trabalhador e usuário na produção de uma vida criativa em detrimento do *pathos*.

Essa narrativa aponta a necessidade do reconhecimento de cada usuário em suas singularidades e nos remete também a uma maior sintonia ou simetria nas redes de atenção à saúde entre a atenção básica e a especializada no âmbito público e privado.

4.3.4 Prevenção em saúde mental na infância e intersetorialidade

Ao questionarmos os participantes do estudo sobre '*o que consideravam necessário para um cuidado integral de Marcelo e outras crianças na rede',* suscitou-se alguns elementos orientadores, tais como: aproximação e escuta das famílias, reconhecimento do sofrimento infantil para além do corpo biológico, fortalecimento da rede humana e setorial, favorecimento das aquisições infantis e formação continuada dos profissionais da saúde e educação, aspectos presentes nas orientações aos cuidados com crianças previsto no SUS.

Entretanto, a passagem de Marcelo pelos diferentes níveis de atenção, em atendimentos a nível hospitalar, em especialidade e na Atenção Primária à Saúde, ajuda a constatar que seu cuidado esteve associado a um "olhar mais formado para detectar doenças do que para promover saúde" (JERUSALINSKY e MELO, 2021, p.20).

Ao contrário do fechamento diagnóstico e medicalização, o trabalho de prevenção e intervenção precoce exigem uma posição aberta e sensível ao acompanhamento longitudinal e integral das aquisições da criança em relação aos passos da constituição psíquica, ao ingresso na linguagem, a psicomotricidade, a aprendizagem e nas relações, o que exige tempo - não de espera ociosa, mas de acompanhamento atento - e investimento subjetivo. Esse tipo de abordagem só é possível em trabalho multiprofissional, em rede e de forma intersetorial articulada.

Como numa aldeia, a rede ganha o propósito de identificar, acolher e abrir espaços de reconhecimento e suporte coletivo à criança em sofrimento, o que também requer o afrouxamento do trabalho burocratizado e excessivamente técnico e protocolar para dar lugar à escuta implicada e humanizante.

A entrevistada 6, aponta que ao reconhecer a existência de uma rede funcional e organizada mostramos que "a criança sozinha não vai adiante, pois nós podemos fazer o percurso dela ser diferente (E6 [10])". Destacamos que a intersetorialidade é composta por diferentes trabalhadores que dão sustento às linhas de cuidado a partir de suas diversas práticas clínicas e tecnológicas. Contudo, para Merhy (1997), é justamente nesse contexto em que o cuidado acontece: na relação viva entre os sujeitos e nas produções e inventividades que saem do encontro com o outro. De modo semelhante, é assim que a pequena criança adentra aos processos constitutivos e formadores da saúde mental.

Jerusalinsky (2021) assinala outro pilar para a sustentação de uma rede e do trabalho de prevenção em saúde mental, a nível primário, secundário, terciário e quaternário, que é a capacidade dos profissionais que atuam com a infância de reconhecerem traços da psicopatologia para detectar indicadores de risco sem patologizar, isto é, propor terapêuticas humanizantes em favor da estruturação. Nessa linha, o diálogo intersetorial, especialmente com a escola, e o fortalecimento de vínculos com a família é determinante.

Ao dialogar com a escola identificamos semelhanças de Marcelo com outras crianças, dando destaque ao papel preventivo e formativo que a escola desempenha na comunidade diante da pandemia diagnóstica identificada pela equipe:

> *"A maioria dos médicos não levam em consideração que as crianças passam 4 horas na escola e vão lá em 15 minutos e dão um diagnóstico… lá sozinho, com a fala dos pais o comportamento é diferente. E são vinte crianças em sala de aula e um de cada tipo, é na escola que identificamos várias situações. São muitas crianças*

[10] Entrevista 6 (E6) - participante da equipe de ESF.

com diferentes níveis de aprendizagem, com problemas familiares, cognitivos… percebemos muitos diagnósticos vindo, temos que abraçar muita coisa, tentamos fazer o máximo com nossas estratégias. (Entrevistada 5)".

Como revela o trecho acima, frequentemente, é no espaço escolar que as manifestações do sofrimento infantil são evidenciadas e encaminhadas, como também é o caso do pequeno Marcelo. Segundo De Carli (2018), assumir uma posição dialógica e acolhedora para singularidade infantil significa retomar a potência do saber escolar e familiar no cuidado com a criança, impedindo processos de destituição subjetiva presentes na patologização. Nesse ponto, evidenciamos o marco simbólico da existência de um adulto capaz de enxergar as potencialidades da criança enquanto sujeito e autor da própria existência no processo da formação humana e psicológica.

Numa equipe de saúde e escolar essa posição ética e desejante pode ser desempenhada por todos que de alguma forma participam do cuidado da criança, como família, profissionais, membros da rede e professores, ampliando, assim, a potencialidade dos encontros de produção de vida e o compromisso com o acompanhamento longitudinal da criança para além do serviço da psicologia.

A sustentação da potência do encontro humano e sua alteridade leva ao processo de produção de saúde e de novas realidades para além da prestação da assistência técnica (MERHY e CECCIM, 2009). Essas mudanças nas práticas de saúde podem ganhar força na qualificação das formações profissionais na área da saúde e educação quando baseadas numa perspectiva humanística, crítica e ética, assim como, no constante exercício da Educação Permanente em Saúde buscando a construção da integralidade e humanização da atenção à criança em sofrimento.

As dificuldades de Marcelo, como uma criança "*que suga, agitada, carente, com dificuldades de concentração, que não fica parado e nem pensa* (E5)", provoca inquietações e afetamentos, mas ao mesmo tempo germina importantes modificações na equipe escolar ao buscarem *"achar caminhos"*, e *"mudar o nosso jeito para deixar ele se sentir mais próximo de nós e querer aprender* (E5)*".* Tais movimentos humanizantes e subjetivantes com a criança potencializam dinâmicas de afetos e de ludicidade na composição do cuidado preventivo, assim como, dão sustentação a um Plano Terapêutico Singular que deve ser construído intersetorialmente.

Os pontos elencados pelos participantes para uma linha de cuidado ideal para a criança em sofrimento, associados ao fluxo real ilustrado, sinalizam a necessidade de

ressignificação do agir em saúde, especialmente, pela insipiência de ações intersetoriais voltadas para a prevenção em saúde mental na rede. Por um lado, identificamos o desejo de mudança e, por outro, a força das práticas instituídas e da rede formal de cuidado. Por isso, o estudo inserido no cotidiano do serviço público tem o mérito de trazer à tona a necessidade de reflexão para novos modos de cuidado numa clínica da subjetividade humana.

Destacamos que o cuidado integral à saúde da criança em sofrimento psíquico requer a implementação de políticas públicas intersetoriais, de fortalecimento das redes de atenção à saúde no SUS e das políticas específicas de saúde mental, de saúde da criança, do escolar e do adolescente, de saúde na escola, de atenção básica, de promoção da saúde, de educação permanente em saúde e de educação popular em saúde e de equidade para qualificar o cuidado a esta população.

4.4 Considerações Finais

O usuário como guia do cuidado provoca estremecimentos sísmicos nos saberes e práticas instituídas no serviço, revelando, sobretudo, a capacidade do trabalho vivo em ato e a necessidade de reconfiguração da rede tradicional de cuidado (MERHY, 2014).

A escuta do usuário e familiares demonstrou a potência do resgate histórico e da ressignificação das dificuldades da criança, dando lugar a suas potencialidades enquanto sujeito. O acolhimento da mãe de Marcelo provocou inquietações e reflexões onde antes havia apenas obediência ao saber médico. As entrevistas possibilitaram um espaço de escuta singular permeado pela expressão da vida que ali se apresentou em suas potências, e não enfatizando os aspectos adoecidos, autorizando a mãe a questionar criticamente sobre o tratamento, o que desejava para o futuro, além de enxergar evoluções e aspectos da sua própria história.

O movimento subjetivo da dupla ressoou nos espaços de cuidado da criança, sensibilizando um novo olhar para as manifestações do sofrimento infantil. Observamos nessa experiência de pesquisa-intervenção que o cuidado subjetivante e o encontro inter-humano são fundamentais para a despatologização da doença. Como limitações do estudo, reconhecemos a necessita de expansão para casos que perpassem outros pontos da rede intersetorial e o uso de ferramentas capazes de analisar e visualizar as potencialidades, fragilidades e a produção subjetiva advinda do trabalho em saúde, como é o caso do fluxograma analisador. Tal instrumento será desenvolvido em estudos futuros

visando corroborar com a qualificação da gestão em saúde e na implementação de políticas públicas e programas voltados ao campo da saúde mental infantil.

Realçamos a relevância política e social do conhecimento dos aspectos da constituição psíquica infantil atreladas ao desenvolvimento orgânico para aqueles que trabalham com a infância na rede, pois é na transmissão de um olhar voltado para a subjetividade que se faz possível qualificar os processos avaliativos com a criança desde outro paradigma: o do sujeito de desejo (RANÑA, 2020). Ainda, potencializa ações de prevenção em saúde mental e da detecção precoce de riscos psíquicos sem patologizá-los.

Diante desses aspectos, destacamos que a escolha deste caso complexo pela equipe de saúde revela o desejo coletivo em encontrar novos recursos internos e subjetivos de entendimento e suporte para tecer junto uma Rede Viva de cuidado à infância (MERHY et.al, 2014). O estudo suscitou movimentos de produção subjetiva dos participantes, transformando processos de mudança no trabalho e nos próprios sujeitos trabalhadores e usuários. Cuidar da infância é produção de vida e aposta no futuro.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. Juliane.; SILVA, M. M. Rosane.; COLLET, Neusa Collet.; NEVES, T. Eliane.; TOSO, O. G. R. Beatriz.; VIEIRA, S. Cláudia. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev Bras Enferm, 2014.

AVELAR, M. Marla.; JERUSALINSKY, Julieta. Os psicodiagnósticos fechados e a prática pediátrica: em que se aposta nos primórdios do desenvolvimento infantil?. In: JERUSALINSKY, Julieta ; MELO, Maribel (org.) **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. Salvador: Álgama, 2020.

BRASIL. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CÉSAR, O. Luciana.; SANTOS FILHO, C. Francisco.; NOLASCO, Vivian. A experiência narrativa como fator constitutivo da formação humana: uma reflexão a partir de Benjamin, Freud e Larossa. In: JERUSALINSKY, Julieta ; MELO, Maribel (org.). **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce.** Salvador: Álgama, 2020.

DE CARLI, G. Fabíola. A medicalização e a patologização da infância: epistemologia subjacente e repercussões na escola. **Dissertação de Mestrado em Educação**. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2018.

ESPERIDIÃO, M.A., SOARES, C., RODRIGUES, C., SOUZA, M.C., MALHEIROS, R., FONSECA, F. Francieli.; SENA, R. K. Ramony.; DOS SANTOS, A. L. Rocky.; DIAS, V.
FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a sexualidade**. ESB, v.VII, 1905.

GADAMER, Hans George. Hermeneutics and Social Sciences. In: David Rasmussen. Cultural Hermeneutics. Reidel Publishing Company, 1975.

GALVÃO, C. F. Edina.; Galvão, B. Juarez. Pesquisa Intervenção e Análise Institucional: alguns apontamentos no âmbito da pesquisa qualitativa. **Revista Ciências da Sociedade**, *1*(1), 54-67,2017.

JORGE, O. Alzira.; PONTES, G. Mônica.; FERREIRA, L. Vinicius. Encontros e desencontros na construção das redes. In: MERHY, E. Emerson (et.al.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**.1. ed.Rio de Janeiro : Hexis, 2016, p. 448.

MELO, S. Maribel.; SCHMIDT, V. A. G. Kathyúscia.; JERUSALINSKY, Julieta. A sustentação do exercício das funções parentais no encontro com o semelhante: experiência do Espaço Amarelinha. In: JERUSALINSKY, Julieta ; MELO, Maribel (org.). **Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce**. Salvador: Álgama, 2020.

MERHY, E, et.al. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In: MERHY, E.; FRANCO, T.B. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.p. 316-323.

MERHY, E.Emerson, et.al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. In: ABRAHÃO, L, Ana, *et.al.* **O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22- 30.

MERHY, Emerson Elias, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde". In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** SãoPaulo: Hucitec, pp. 113-150,1997.

MERHY, Emerson Elias. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle.** Rio de Janeiro: Lugar Comum. nº27, pp. 281-306, 2007.

MERHY, Emerson Elias.; CECCIM, B. Ricardo. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)**, 2009.

MOEBUS, N. Ricardo.; MERHY, E. Elias.; SILVA, Erminia. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha?. In: MERHY, E. Emerson (et.al.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes.** 1. ed.Rio de Janeiro : Hexis, pp. 43-53, 2016.

MONTALVÃO, A., and BEHY, L. A infância como objeto de análise política em saúde. In: TEIXEIRA, C.F., comp. **Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações.** Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 305-338.

ORLENE.; COSTA, M. Simone. **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção**. Artigos de Revisão. Rev. paul. pediatr. 31 (2), 2013.

RANÑA, Vagner. Medicalização na infância e o tempo de desmedicar. In: CATÃO, Inês (org.). **Mal-estar na infância e medicalização do sofrimento: quando a brincadeira fica sem graça!**. Salvador: Álgama, 2020.

SEIXAS, T. Clarisse, et.al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. São Paulo: **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2019. https://doi.org/10.1590/Interface.170627.

FRANCO, Tulio, et.al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 153-164, 2014.

VASEN, Juan. Una nueva epidemia de nombres impropios: el DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas. Buenos Aires: **Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico**, 2011.

WINNICOTT, Donald. **The Piggle: relato do tratamento Psicanalítico de uma menina**. Coleção Psicologia Psicanalítica. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1979.