

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA
OCUPACIONAL**

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PRÁTICAS, DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

**São Carlos
2019**

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: PRÁTICAS, DESAFIOS E
PERSPECTIVAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de São Carlos –
UFSCar, para exame de defesa, como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutora em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Simões
Matsukura

São Carlos
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes, realizada em 02/08/2019:

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura
UFSCar

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato
UFSCar

pl

Profa. Dra. Bruna Lídia Taño
UFES

pl

Profa. Dra. Anita Guazzelli Bernardes
UCDB

pl

Prof. Dr. Massimiliano Minelli
UNIPG

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Agradecimentos

Esse trabalho só pôde ser realizado por meio da parceria coletiva que envolveu muito aprendizado, amizade e afeto, com aqueles que estiveram comigo nesses últimos anos. Assim, meus agradecimentos para todos que contribuíram nesse processo, direta ou indiretamente.

À minha querida orientadora Thelma pelo encontro que a vida nos proporcionou, encontro tão potente, cheio de parceria e amizade que levo para sempre. Obrigada por tudo que tem feito e tem sido em minha vida nesses últimos dez anos.

À minha família, em especial mãe, avós e tia que mesmo com a distância, me esperam, me dão colo, torcem e oram por mim, com tanto amor. Aos meus irmãos Vinicius e Gabriel, minha alegria e inspiração no trabalho que tenho desenvolvido com as crianças e adolescentes.

À minha família em São Carlos, Lucas e Samuca. Obrigada por estarem aqui todos os dias quando retorno para casa.

Às minhas amigas e colegas de profissão que a graduação, mestrado, doutorado, grupos de pesquisa proporcionaram, e que a vida tem se encarregado de nos manter, mesmo que longe geograficamente, por perto, em nossas conversas, encontros, cafés, almoços, sempre com muitas lamentações, mas certamente com muita alegria e compartilhamentos – Gi, Bruna, Martha, Tati, Marina, Lú, Tássia. E aquelas que o trabalho, o campo da saúde mental tem nos fortalecido - Fer, Bel, Tais e Sá.

Aos participantes da pesquisa por dedicarem seu tempo e por compartilharem das experiências que permeiam o trabalho de vocês. Mesmo com a precarização e constantes retrocessos, há envolvimento, disponibilidade e resistência.

Às crianças, adolescentes, famílias e comunidade que me acolheram, me receberam em seus espaços, casas e vidas. São vocês que têm feito tudo isso valer a pena.

Por fim, agradeço ao apoio do CNPq.

E que sigamos na luta, pelo respeito à diversidade, singularidade e pelo direito de todos!

Canção Amiga
Carlos Drummond de Andrade

Eu preparo uma canção
Em que minha mãe se reconheça
Todas as mães se reconheçam
E que fale como dois olhos

Caminho por uma rua
Que passa em muitos países
Se não me veem, eu vejo
E saúdo velhos amigos

Eu distribuo um segredo
Como quem ama ou sorri
No jeito mais natural
Dois carinhos se procuram

Minha vida, nossas vidas
Formam um só diamante
Aprendi novas palavras
E tornei outras mais belas

Eu preparo uma canção
Que faça acordar os homens
E adormecer as crianças.

*(Agradeço a uma pessoa muito querida
por me apresentar essa poesia,
em um momento tão especial).*

RESUMO

Nos últimos anos identifica-se um crescente investimento mundial em diretrizes para área da saúde, de forma que profissionais, especialmente os que operam no campo da Atenção Básica à Saúde (ABS), têm sido convocados para intervir nos processos de cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico. Assim, uma relação sustentável entre as ações de saúde mental e ABS tem sido fundamental para o avanço nas propostas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica no Brasil, ainda que os poucos estudos voltados para este nível de atenção evidenciem inúmeras fragilidades. Para tanto, os objetivos desta pesquisa foram: Identificar as implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de unidades de saúde deste nível de atenção à saúde; e compreender em profundidade a realidade da saúde mental na ABS de forma a revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde. Quanto os objetivos específicos, buscou-se identificar: a) as práticas de cuidados no campo da saúde mental infantojuvenil oferecidas pelas Unidades de Saúde, b) como tem sido proposto e desenvolvido o cuidado em rede e intersetorial, c) como tem se dado o acesso das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e, d) se a Unidade de Saúde responde às políticas públicas para infância e adolescência e saúde mental. Trata-se de uma pesquisa quantiquantitativa realizada a partir de dois estudos. No primeiro foram aplicados dois formulários e um questionário com 53 gestores de Unidades de Saúde da ABS, de sete municípios do Estado de São Paulo – Brasil. Já o Estudo II, trata-se de uma etnografia, desenvolvida em uma periferia de evidente vulnerabilidade, em uma das Unidades de Saúde envolvida no primeiro Estudo. No Estudo II, a inserção da pesquisadora no campo envolveu a observação e participação nas atividades realizadas pela Unidade de Saúde, o mapeamento e reconhecimento do território adscrito à Unidade, bem como a interlocução com técnicos, usuários e demais atores implicados com a infância e adolescência. Os resultados advindos do Estudo I apontaram que a concepção da maior parte dos profissionais da ABS sobre saúde mental infantojuvenil é próxima dos preceitos presentes na atenção psicossocial. No entanto, tal compreensão não encontra relação com o reconhecimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, com as ações de cuidado propostas pelos serviços e, tampouco, em práticas que envolvam o cuidado em rede e intersetorial, sendo este pautado a partir da especialidade e dos encaminhamentos. Já os resultados advindos do Estudo II evidenciaram que quando há alguma forma de

cuidado este se dá sob a perspectiva dos problemas de saúde, sendo predominantemente biomédico e curativo, e não há ações que objetivem alcançar crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, mesmo diante da evidente demanda em um território de extrema vulnerabilidade, marcado pelo tráfico de drogas, violência, exclusão e desigualdade social. Identifica-se também nos resultados do Estudo II que diante da ausência ou insuficiência do Estado, o tráfico de drogas se faz presente na mediação e gerenciamento das relações cotidianas da população, incluindo sua relação com os equipamentos de saúde. Além disso, muito da especificidade e do campo da saúde mental infantojuvenil foi sendo redimensionado no decorrer da etnografia, assim como o papel da ABS, enquanto equipamento territorial fundamental no processo de desinstitucionalização foi sendo ressignificado. Para além dos limites da realidade atual, revelou-se a extrema necessidade de atenção a esta população e, também, as potências nas possibilidades de expansão do cuidado no território o que reafirma o fundamental papel da ABS no cuidado à saúde mental infantojuvenil.

Palavras-chave: Saúde mental. Infância. Adolescência. Atenção primária à saúde. Vulnerabilidade social. Periferia. Tráfico de drogas

ABSTRACT

In recent years, a growing global investment in health guidelines has been identified, so that all professionals, especially those working in the field of Primary Health Care (ABS), have been invited to intervene in suffering. Thus, a sustainable relationship between mental health and ABS actions has been fundamental for advancing health reform proposals and psychiatric reform in Brazil, although the few studies focused on this level of care show a number of weaknesses. To this end, the objectives of this research were to: - Identify the implications of child and adolescent mental health care developed in ABS and conceptions of child and adolescent mental health from the perspective of the managers of the Health Units team of seven municipalities in the State of São Paulo; and to understand in depth the reality of mental health in ABS in order to reveal the challenges, perspectives and potentials in this level of health care. Regarding the specific objectives, we sought to identify a) the practices of care in the field of child and adolescent mental health offered by the Health Units, b) with the network and intersectoral care has been proposed and developed, c) how the access has been given of children and adolescents in psychic suffering in ABS, and d) whether the Health Unit responds to public policies for children and adolescents and mental health. This is a quantitative qualitative study based on two studies. In the first study, two forms and a questionnaire were applied with 53 managers of ABS Health Units from seven municipalities in the State of São Paulo - Brazil. Study II, is an ethnography, developed in a periphery of evident vulnerability, in one of the Health Units involved in the first Study. In this Study II, the insertion of the researcher in the field involved the observation and participation in the activities carried out by the Health Unit, the mapping and recognition of the territory attached to the Unit, as well as the dialogue with technicians, users and other actors involved with childhood and adolescence. The results of study I pointed out that the conception of most ABS professionals about child and adolescent mental health is close to the precepts present in psychosocial care, however, this understanding is not related to the recognition of children and adolescents in psychic suffering, with the care actions proposed by the services, and also in practices that involve network and intersectoral care, which is based on the specialty and referrals. The results from Study II have shown that when there is some form of care, it occurs under the perspective of health problems, being predominantly biomedical and curative, and there are no actions that aim to reach children and adolescents in psychic suffering, even in the face of the obvious

demand in a territory of extreme vulnerability, marked by drug trafficking, violence, exclusion and social inequality. It is also identified in the results of Study II that, in the absence or insufficiency of the State, drug trafficking is present in the mediation and management of the daily relations of the population, including their relationship with health equipment. Moreover, much of the specificity and field of child and adolescent mental health was being re-dimensioned during the course of ethnography, as well as the role of ABS, as a territorial equipment, fundamental in the process of deinstitutionalization, and was re-signified. Beyond the limits of the current reality, the extreme need for attention to this population and also the powers in the possibilities of expansion of care in the territory have been revealed, which reaffirms the fundamental role of ABS in child-minded mental health care.

Keywords: Mental health. Childhood. Adolescence. Primary health care. Social vulnerability. Periphery. Drug trafficking

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)
- Figura 2- Mapa das regiões do Estado de São Paulo e dos municípios participantes
- Figura 3 - Plataforma de formulário online
- Figura 4- Formação dos participantes
- Figura 5- Campo da Pós-Graduação realizada pelo participante
- Figura 6- Tempo de experiência do participante na ABS
- Figura 7- Campo de atuação que o participante apresenta maior afinidade
- Figura 8- Caracterização das Unidades de Saúde participantes
- Figura 9- A Unidade de Saúde conta com apoio de uma equipe de matriciamento?
- Figura 10- A Unidade de Saúde possui estratégias de cuidado voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde?
- Figura 11- Proporção de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental que chegam na Unidade de Saúde
- Figura 12- Experiência do participante no cuidado à saúde mental infanto-juvenil
- Figura 13- A Unidade de Saúde realiza parcerias com as escolas no que se refere a saúde mental infantojuvenil

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Ações de promoção, prevenção ou tratamento ofertadas as crianças e adolescentes na Unidade de Saúde que foram citadas pelos gestores

Quadro 2- Motivos apresentados pelos participantes que levam as crianças e adolescentes a acessarem a Unidade de Saúde

Quadro 3- opinião dos gestores participantes sobre se sua Unidade de Saúde de vinculo responde às políticas públicas para infância, adolescência e saúde mental

Quadro 4- Compreensão dos participantes sobre a saúde mental infantojuvenil

Quadro 5- Qual a afinidade do participante com o campo da saúde mental?

Quadro 6- Demandas de saúde mental de crianças e adolescentes que chegam à Unidade de Saúde

Quadro 7- Forma de acesso de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental na Unidade de Saúde

Quadro 8- Estratégias de cuidado oferecidas às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Unidade de Saúde

Quadro 9- Qual a percepção dos participantes a respeito do ACS no cuidado a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental

Quadro 10 – Equipamentos/serviços/projetos importantes para o cuidado à saúde mental infantojuvenil

Quadro 11- A Unidade de Saúde articula e/ou realiza parcerias com outros equipamentos/serviços/projetos

Quadro 12- Percepção dos participantes sobre o cuidado à saúde mental infantojuvenil na ABS

Quadro 13- O que poderia ser oferecido como ações de cuidado a crianças e adolescentes na Unidade de Saúde

Quadro 14- Recursos existentes no território

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil

Tabela 2 – Resultado de busca dos equipamentos e gestores para convite e participação no estudo

Tabela 3- Caracterização dos participantes

Tabela 4- Informações sobre os municípios participantes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à Saúde
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPs - Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSij - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CJ - Centro da Juventude
CRAS – Centro de Referência e Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAB - Departamento de Atenção Básica
DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DNCr – Departamento Nacional da criança
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DST/AIDS – Doença sexualmente transmissível/AIDS
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
ECO – Estação Comunitária
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESFF – Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR – Equipes de Saúde da Família Ribeirinha
IAPs - Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PSE – Programa de Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde Fluviais

UBSP – Unidade Básica de Saúde Prisionais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas

SUMÁRIO

I APRESENTAÇÃO	17
II INTRODUÇÃO	20
2.1 Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas de saúde mental no Brasil	22
2.2 História da organização sanitária no Brasil	30
2.2.1 A infância e adolescência no cenário das políticas públicas	44
2.3 Saúde mental na Atenção Básica à Saúde (ABS)	48
III OBJETIVOS DO ESTUDO	55
IV DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA	56
4.1 Tipo de estudo e abordagem	56
ESTUDO I - MAPEANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO	58
V MÉTODO	59
5.1 Participantes	59
5.2 Local	59
5.3 Instrumentos	59
5.4 Procedimentos	60
5.4.1 Questões éticas	60
5.4.2 Elaboração e validação dos instrumentos	60
5.4.3 Escolha dos municípios e identificação e localização dos participantes	61
5.4.4 Coleta de dados	64
5.4.5 Análise e tratamento dos dados	66
VI RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.1 Participantes	68
6.2 Municípios, Unidades de Saúde e ações desenvolvidas	74
6.3 Saúde mental infantojuvenil: implicações no cuidado	101
6.4 O cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica à Saúde (ABS)	117
ESTUDO II- CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NO TERRITÓRIO: REALIDADE, PARADOXOS E POTÊNCIAS	134
VII APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	135
VIII A PERIFERIA ENQUANTO CONTEXTO DE PESQUISA	138
IX- DESEJOS CAMINHOS E ENLACES: A TESSITURA DO ESTUDO II	141

9.1 Revelando o território e o contexto de inserção das crianças e dos adolescentes	154
9.2 O território, seus recursos e as redes de circulação das crianças e dos adolescentes	161
9.3 Interlocutores: dos moradores aos profissionais da rede de cuidados	167
X A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA: UMA HISTÓRIA DE VULNERABILIDADE SOCIAL	172
10.1 Da invisibilidade a constituição das políticas sociais	172
10.2 Iniquidades, violência e a invisibilidade das crianças e adolescentes da periferia na história brasileira	178
XI O CUIDADO PRESTADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AS INTERLOCUÇÕES COM A SAÚDE MENTAL	193
11.1 Revelando as ações e programa: desafios e perspectivas	193
XII CONSIDERAÇÕES FINAIS	218
REFERÊNCIAS	222
APÊNDICES	252
ANEXOS	267

I APRESENTAÇÃO

O campo da saúde mental infantojuvenil tem permeado minha vida acadêmica desde a graduação; assim como a profissional.

No mestrado estive envolvida com a atenção especializada em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSij), onde foi possível me aproximar dos adolescentes em sofrimento psíquico visando conhecer o cotidiano dos mesmos. Por meio de uma técnica de coleta de dados denominada de Inserção Ecológica (CECCONELLO; KOLLER, 2003), pude diariamente me inserir no serviço, onde se evidenciavam fragilidades no cuidado aos adolescentes, por diferentes motivos, dentre eles as dificuldades em realizar parcerias com a rede de cuidados, como a Atenção Básica à Saúde (ABS) (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; 2016).

Dentre os resultados da pesquisa, verificamos que era recorrente os encaminhamentos ao CAPSij de crianças e adolescentes que deveriam ser acompanhados na própria Unidade de Saúde, não necessitando de atendimento especializado. Além disso, havia uma dificuldade da equipe da ABS de se responsabilizar pelos casos em que as demandas eram de saúde mental, como também em pensar em estratégias de cuidado que respondessem às necessidades de saúde dessa população (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; 2016).

Com a conclusão do mestrado, pude atuar em diferentes equipamentos da rede de atenção à saúde mental, como CAPS e Ambulatório, de forma que alguns questionamentos se intensificaram. Ainda que meu trabalho não fosse somente com a população infantojuvenil, identifiquei que no município em que atuava, apesar da existência de pontos da rede de atenção psicossocial, havia uma compreensão de que o lugar do sofrimento psíquico era somente na atenção especializada, e qualquer demanda que porventura chegasse a outros equipamentos era imediatamente direcionada a esses serviços. O CAPS e o ambulatório acabavam por atuarem sozinhos, majoritariamente com ações internas, fora do território, sem diálogo com a rede, se tornando espaços institucionalizantes.

Posteriormente, com a conclusão do mestrado e um período de atuação como Terapeuta Ocupacional na rede pública de assistência, ingressei no Departamento de Terapia Ocupacional – UFSCar, enquanto docente do campo da saúde mental infantojuvenil.

Dentre as atividades da docência tenho atuado com os alunos dos últimos anos da graduação, por meio do ensino da prática supervisionada em Terapia Ocupacional. Ao longo desses anos, tenho me dedicado a formar profissionais que possam atuar tendo como norte as políticas públicas, no âmbito do SUS, especificamente no campo da saúde mental e saúde mental infantojuvenil. Ainda que o cotidiano de trabalho voltado para a rede de assistência pública apresente inúmeros desafios e demande de muita disponibilidade, é neste contexto que tenho investido e batalhado pela sua defesa. Juntamente com os alunos, temos nos dedicado em desenvolver e implementar um cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico – incluindo os autistas e seus familiares - pautado na integralidade do cuidado, no trabalho intersetorial e em rede, nas ações territoriais, além da prática clínica em terapia ocupacional que se desenvolve no ambulatório (FERNANDES; TEIXIERA, 2014; MORATO et al., 2016; FERNANDES; SANTOS; GARCIA, 2018).

Concomitantemente ao meu ingresso no Departamento, iniciei o doutorado no programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, com o intuito de continuar investigando o campo da saúde mental infantojuvenil, entretanto, agora com foco na ABS.

A seguir apresenta-se na introdução um panorama da reforma psiquiátrica e reforma sanitária no Brasil, e a especificidade da ABS, uma vez que apesar do movimento pela reforma psiquiátrica ser contemporâneo ao da reforma sanitária, ele se caracterizou por uma história própria e singular que tem resultado ainda hoje em inúmeros desafios (BRASIL, 2005a). Dentre eles, o de resistir às transformações recentes nas políticas de saúde, consideradas por diferentes instâncias como um retrocesso para o campo da saúde mental e atenção psicossocial à população em sofrimento psíquico. Além disso, considera-se que ao dimensionar esses dois movimentos é possível sustentar e construir um diálogo entre os princípios da ABS e o projeto contemporâneo da saúde mental no SUS, enfatizando as práticas que abarquem a dimensão da desinstitucionalização, cidadania e o direito à saúde (HIRDES, 2009).

Nessa direção, esta tese tem como objetivo geral identificar as implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de unidades de saúde deste nível de atenção à saúde; e compreender em profundidade a realidade da saúde mental na ABS de forma a revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde.

Para tanto foi realizada uma pesquisa de abordagem quantiquantitativa, desenvolvida em dois Estudos, por meio da Triangulação de Métodos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

O Estudo I caracterizou-se como uma pesquisa quantiquantitativa, realizada junto a 53 Unidades de Saúde¹ de sete municípios do Estado de SP. Os dados foram coletados através de uma plataforma de formulário online e, em algumas situações, presencialmente. Os dados coletados foram analisados descritivamente e, também a partir da análise categorial de Bardin (2008). Os resultados do Estudo I serão apresentados a partir de quatro eixos: 1) *Participantes*; 2) *Município, Unidades de Saúde participantes e ações desenvolvidas*; 3) *saúde mental infantojuvenil: implicações no cuidado*; 4) *O cuidado em saúde mental infantojuvenil na ABS*.

Já no Estudo II desenvolveu-se uma etnografia por meio da inserção da pesquisadora em uma Unidade de Saúde participante do primeiro Estudo, sendo utilizados diferentes recursos para coleta de dados como, diário de campo, entrevistas abertas, fotografias e rodas de conversa. Os dados coletados foram analisados, organizados e sistematizados, compondo quatro partes e algumas subseções: 1) *A Periferia enquanto contexto de pesquisa*; 2) *Desejos, caminhos e enlaces: a tessitura do estudo II*; 3) *A infância e adolescência: uma história de vulnerabilidade social*; 4) *O cuidado prestado a crianças e adolescentes e as interlocuções com a saúde mental*.

Assim, o Estudo I por ser mais amplo pode dar um dimensionamento mais geral, podendo evidenciar a realidade específica do estado de SP e o Estudo II pode aprofundar os elementos advindos do primeiro, como também dimensionar aspectos específicos relativos ao território, contexto e implicações para o cuidado.

Por fim, nas considerações finais recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros e maiores investimentos neste campo, no sentido de refletir sobre toda a complexidade que é a atenção psicossocial para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em diferentes equipamentos da rede de atenção.

¹ Nesta pesquisa será adotado o termo Unidade de Saúde para todos os serviços da ABS que participaram do estudo.

II INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar do movimento pela reforma psiquiátrica ser contemporâneo ao da reforma sanitária, ele se caracterizou por uma história própria e singular (BRASIL, 2005a) que tem resultado ainda hoje em inúmeros desafios, dentre eles o de resistir as transformações recentes nas políticas de saúde, consideradas por diferentes instâncias, como um retrocesso para o campo da saúde mental e atenção psicossocial à população em sofrimento psíquico.

Como exemplo das transformações observadas no cenário político atual, tem-se o investimento do governo em implementar uma nova política de saúde mental constituída e aprovada no final do ano de 2017 pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT (BRASIL, 2017a) e, mais recentemente na publicação da Nota Técnica Nº 11/2019 emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, que gerou reações fortemente contrárias e pressões sociais que resultou na sua revogação pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019a).

Observa-se que tanto a nova política de saúde mental quanto a Nota Técnica Nº 11/2019 apresentam inconsistências históricas, legais, éticas, normativas e técnicas e configuram um abandono das estratégias de atenção psicossocial, com a inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS, fim da estratégia de redução de danos, financiamento a internações prolongadas em comunidades terapêuticas, entre outras. Quanto à infância e adolescência, na Nota Técnica há apenas uma menção a essa população, a qual defende a internação dos mesmos em hospitais psiquiátricos, que dentre outros aspectos desrespeitam e confrontam o Estatuto da Criança e do Adolescente (GULJOR et al., 2019).

Desta forma, mesmo com os avanços pautados pelo movimento de reforma psiquiátrica e sanitária, fragilidades ainda se evidenciam, conforme será apresentado neste estudo. Além disso, de forma preocupante, com os constantes desmontes² que o país vem enfrentando, o cenário tende a se agravar nos próximos anos, com implicações para acesso e garantia do direito da população.

² As alterações políticas nos últimos anos também têm sido marcadas pela reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que tende a limitar as ações realizadas neste nível de atenção à saúde, assim como pela já aprovada Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) no ano de 2016 (CAMPOS, 2018; PAIM, 2018). Tais alterações geram enorme preocupação, especialmente pela ameaça ao direito à saúde, garantido pelo Estado, com a Constituição de 1988 e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é considerado um dos maiores sistemas universais do mundo e que adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal estratégia da ABS.

Retomar a discussão sobre a reforma psiquiátrica e, também, sobre a reforma sanitária brasileira é fundamental para destacar tanto os aspectos específicos de cada uma, quanto o forte diálogo que se estabelece entre os dois movimentos e se configuram no delineamento e práticas de atenção a saúde pública no Brasil. Além disso, esta retomada é necessária e urgente diante do cenário de retrocesso democrático atual, para que seja possível discussões e reflexões sobre as formas de avanço desse projeto civilizatório, mesmo diante da dura conjuntura nacional (FLEURY, 2018).

Nesta direção, visando oferecer aparatos que sustentem a temática deste estudo, considerou-se fundamental abordar a contextualização histórica e política implicadas na reforma sanitária, reforma psiquiátrica e as políticas de assistência à saúde mental no Brasil.

Considerando este dimensionamento histórico e os resultados obtidos nos dois Estudos da presente pesquisa, espera-se que seja possível aprofundar a compreensão sobre o cuidado à saúde mental infantojuvenil que vem sendo desenvolvidas na ABS, como também elucidar os limites, potências e perspectivas existentes.

Apointa-se que na presente pesquisa, o conceito de *cuidado* é utilizado conforme proposto por Cruz (2009) e Carnut (2017).

Carnut (2017) parte da concepção do *cuidado em saúde* no campo da saúde coletiva, onde os profissionais o adotam como objeto de sua práxis, considerando que a condição de saúde está diretamente relacionada às questões políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas. Compreende-se a necessidade dos profissionais assumirem a ética nas relações, solidariedade e confiança, de forma que ao promover o cuidado, o indivíduo possa, dentre outros elementos, ter alívio, bem-estar e mudança no estilo de vida. Uma importante discussão que envolve o cuidado em saúde é a necessidade de corresponsabilização do sujeito nas ações (CARNUT, 2017).

Nesse sentido, Cruz (2009) apresenta o cuidado enquanto um conjunto de ações que perpassam por alguns valores, dentre eles a solidariedade, equidade, justiça, cidadania, liberdade, emancipação, autonomia, alteridade, respeito à diferença, democracia. Além disso, a partir da dimensão sócio-política, o cuidado visa mudanças na organização social, reduzindo a desigualdade social e garantindo o exercício da democracia.

Segundo a autora, o cuidado em saúde seria então uma prática de ações, serviços e sistemas de saúde destinados a indivíduos e coletivos, tendo em vista os encontros e relações estabelecidas entre as pessoas, conforme as necessidades de saúde e

a oferta, atravessadas pelas dimensões técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política (CRUZ, 2009).

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

A seguir será apresentado um panorama do percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira e o modelo de assistência em vigência, de forma a embasar uma reflexão sobre a trajetória da assistência à saúde mental, os desafios colocados aos equipamentos substitutivos e aos profissionais, e as implicações no âmbito das políticas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da retomada do processo histórico, marcadamente o europeu e o americano, apresentam-se os principais marcos e as transformações ocorridas que claramente tiveram seus rebatimentos no Brasil para, posteriormente, colocar foco na realidade nacional.

No século XVII, como resposta à desorganização social e à crise econômica na Europa, pobres, doentes, loucos, desempregados e pessoas sem teto eram enclausurados em asilos, com o intuito de ocultar a miséria e recolher aqueles que não se enquadravam nas normas sociais. Tratava-se unicamente de um espaço de exclusão social dos desajustados sociais e não apenas da loucura (DESVIAT, 2015; FOUCAULT, 1978).

Nos anos seguintes, tem-se o estabelecimento dos manicômios e o surgimento da psiquiatria como especialidade médica, distinguindo as diferentes formas de loucura, alienação mental e seus espaços de reclusão. A visão médica passa a ser hegemônica e o sofrimento psíquico objeto de estudo (SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

A reclusão dos alienados era vista como terapêutica e imprescindível, emergindo, no século XIX, uma nova modalidade de tratamento denominada de Tratamento Moral, proposta por Philippe Pinel. Este caracterizava-se pelo uso de práticas laborativas que objetivavam a adequação do comportamento, ou seja, o intuito era incentivar hábitos produtivos e desestimular pensamentos mórbidos (MEDEIROS, 2010). Nesta mesma direção, têm-se as estratégias adotadas por Tuke, na Inglaterra, que buscavam a cura dos indivíduos em sofrimento psíquico em casas de campo, livre de grades e correntes, ainda que sob enfoque das mudanças de hábitos e comportamentos (BATISTA, 2014).

No século XX as críticas ao modelo asilar se expandiram diante da sua ineficácia, da falência do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo de tratamento e, sobretudo, devido à evidência de um sistema fracassado pautado no controle, disciplina e crueldade, que atuava por meio da repressão e punição (AMARANTE, 2007). Após a Segunda Guerra Mundial, com o processo de reconstrução social, crescimento econômico e sensibilização da população, a comunidade passa a se conscientizar de que o hospital psiquiátrico deveria ser abolido ou transformado.

Outros fatores impulsionaram a transformação desse modelo como, por exemplo, a descoberta dos psicotrópicos, o surgimento da psicanálise e da saúde pública (DESVIAT, 2015; SCHECHTMAN; ALVES, 2014).

Neste cenário, surgem alternativas de tratamento na França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos. De um lado havia aqueles que propunham transformar a instituição, como é o caso da psicoterapia institucional Americana e da comunidade terapêutica na França; e de outro, os que preconizavam o fechamento total dos hospitais como determinante da reforma psiquiátrica, como foi o caso da Itália (DESVIAT, 2015; SCHECHTMAN, ALVES, 2014).

Ressalta-se que em outros países da Europa e nos Estados Unidos a desinstitucionalização foi reduzida à mera desospitalização. Segundo Rotelli, Leonards e Mauri (1990), a desinstitucionalização foi adotada sob diferentes objetivos, dentre eles para o fim das funções arcaicas da psiquiatria de controle social, coação e segregação, mas também como forma de racionalização financeira e administrativa onde a prática da desinstitucionalização ocorre apenas como desospitalização, por meio da política de altas hospitalares e redução de leitos.

A desinstitucionalização, tida e praticada como desospitalização, resultou no abandono de grande parte da população psiquiátrica e na transinstitucionalização, ou seja, na passagem desses sujeitos para casas de repouso, albergues e, conseqüentemente, em novas formas de internação (ROTELLI; LEONARDS; MAURI, 1990).

Tendo como referência o cenário internacional, no Brasil o modelo de assistência em saúde mental vem se reconfigurando desde o final da década de 70, sendo fortemente influenciado pela experiência italiana de desinstitucionalização (AMARANTE, 2008).

Embora no Brasil a perspectiva teórica adotada advinda da reforma psiquiátrica seja a da desinstitucionalização, caracterizada pela desconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, esta não se concretizou na extinção total dos manicômios e

hospitais psiquiátricos (ROTELLI, 2001). Considera-se a verdadeira desinstitucionalização como um processo social complexo, mobilizando todos os atores envolvidos, transformando as relações de poder entre pacientes e instituições, por meio de estruturas e serviços de saúde mental que substituam inteiramente a internação em hospitais psiquiátricos (ROTELLI; LEONARDS; MAURI, 1990).

Para Amarante (2003), a desinstitucionalização visa, além da oferta de fármacos e psicoterapias, a construção de novas possibilidades em que o tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e possibilita a criação concreta de sociabilidade e subjetividade.

Diante do cenário internacional, o percurso da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro foi marcado por alguns fatores importantes que impulsionaram este processo de transformação do modelo de assistência. Dentre eles, em 1978, tem-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual tomando como bandeira a humanização da assistência, denunciou a precariedade dos atendimentos, custos elevados e condições de trabalho. Além disso, a partir da década de 80, surgem importantes experiências como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, a I e II Conferência Nacional de Saúde Mental, Declaração de Caracas, criação do SUS e a apresentação do Projeto de Lei Paulo Delgado em 1989, apenas aprovado em 2001 pela lei 10.216 (AMARANTE, 1995; SCHUCHTMAN; ALVES, 2014).

Cabe dizer que já na década de 90, as Américas passaram por um grande declínio econômico e conseqüentemente as necessidades sociais se ampliaram para diferentes setores da população, porém com os cortes nos gastos sociais, gerou sérias deficiências nas estruturas básicas dos serviços prestados (DESVIAT, 2015). Observa-se neste momento, no Brasil, uma ambigüidade com o nascimento do SUS, ao mesmo tempo em que o país vivenciava um declínio econômico e sucateamento das políticas sociais no governo de Fernando Collor (MARTUSCELLI, 2010).

Nesta direção, ainda na década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sinalizava que a América Latina enfrentava uma pandemia de problemas psiquiátricos e, em resposta a isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a reestruturação dos sistemas de saúde, com propostas realistas, visando à transformação de um modelo focado na medicalização, para um sistema e ações universais de prevenção e assistência. O desafio colocado foi ampliar a cobertura da assistência para que nenhuma população ficasse desassistida (DESVIAT, 2015).

Observa-se que diante do cenário econômico e das necessidades de saúde da população, o movimento da reforma psiquiátrica culminou com a construção de um novo paradigma de atenção em saúde mental no Brasil, baseado nas premissas e nas práticas psicossociais (FERNANDES, 2014). Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) afirmam que a atenção psicossocial vinculada ao movimento da reforma psiquiátrica, sustenta um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas de caráter inovador, com intuito de substituir o modelo asilar.

Compreendendo a reforma psiquiátrica como um importante movimento de inclusão social, este implica, para além da substituição de hospitais psiquiátricos, em um modelo de assistência comunitária humanizado, na compreensão da loucura e na construção de um novo lugar social. Não se trata apenas da transformação nos serviços de saúde mental ou de organização institucional, mas sim da maneira como se cuida e reinventa a sociedade, dando outro lugar ao sofrimento psíquico, respeitando as diferenças e compreendendo a saúde como produção e promoção da autonomia, liberdade e defesa da vida (YASUI, 2006). Ou seja, a reforma psiquiátrica deve compreender uma transformação estrutural e social, por meio de um compromisso ético com a vida e com a produção de autonomia, de promover cuidado, e assim afetar e ser afetado, potencializando os vínculos e formas diversas de levar a vida (YASUI, 2006).

Nesta direção, nas últimas décadas, o cenário da assistência à saúde mental no Brasil vem se reconfigurando significativamente, sendo implantados e ampliados diferentes dispositivos como os CAPS, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência, a fim de atender às demandas dos indivíduos em sofrimento psíquico. Essa mudança tem preconizado a necessidade do convívio com a família e comunidade, no lugar de viver no isolamento, por meio de ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas (BRASIL, 2005b; CORBISIER, 2000; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Apesar dos avanços no âmbito da saúde mental em geral, quando se trata da infância e adolescência, cujo papel da prevenção e promoção são ainda mais imprescindíveis, os percursos foram morosos. Desta forma, destaca-se a urgente necessidade de se pensar no cuidado e assistência prestada a essa população, já que a visibilidade a este campo se deu tardiamente. Por muito tempo a assistência à saúde mental infantojuvenil foi marcada por estratégias de segregação e permaneceu em segundo plano quando comparada aos projetos referentes à saúde mental do adulto (GUERRA, 2003; TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Aponta-se que a infância foi historicamente construída, de forma que até o século XVIII, não havia nenhum comprometimento com essa população (ARYES, 2006) e muito menos com aqueles que apresentavam sofrimento psíquico. No cenário brasileiro foi apenas no sec. XIX que passaram a vigorar novas formas de entender a criança e o cuidado ofertado às mesmas, porém ainda em uma perspectiva de controle social. As propostas existentes em escolas especiais, hospitais psiquiátricos e abrigos eram autoritárias, opressoras e se voltavam para controle de seus corpos, visando torná-los adultos subordinados e passivos (DIAS; PASSOS, 2017).

Deste modo, as políticas públicas visando assegurar os direitos de crianças e adolescentes, destinavam-os ao controle do Estado e à construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização com o único intuito de garantir a proteção da sociedade (BRASIL, 2005b).

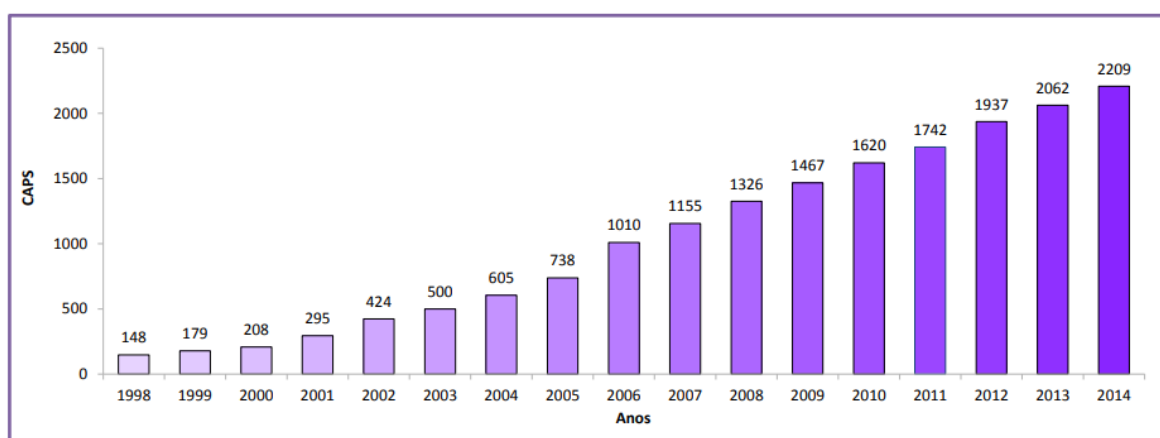
Observa-se que a assistência à saúde mental infantojuvenil foi se modificando na medida em que alguns movimentos foram surgindo em prol dos direitos da população como, por exemplo, a Constituição de 1988, a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (REIS, et al., 2010; BRASIL, 2005b; AMSTALDEN et al., 2010). Ainda que o ECA³ tenha sido alvo de constantes críticas em relação principalmente ao papel da família, Estado e o poder dado a eles sobre a cidadania das crianças e dos adolescentes (MOTTA; PANTALEÃO, 2001), destaca-se a contribuição do mesmo para a saúde mental infantojuvenil, ao afirmar e resguardar o direito à vida e propor a desinstitucionalização como método de favorecimento do desenvolvimento pessoal e social (COUTO; DELGADO, 2005).

Além disso, da mesma forma que para a atenção em saúde mental voltada aos adultos, outros fatores contribuíram para a transformação do modelo assistencial dirigido às crianças e adolescentes. Em processo recente, desde 2003, tem-se os primeiros CAPSij e, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, com apoio de diversos setores, criado com a finalidade de construir as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental a este seguimento (BRASIL, 2005b).

³ Ainda que o ECA seja considerado um importante processo civilizatório, observa-se os riscos eminentes de um retrocesso no que tange os direitos fundamentais a infância e adolescência, por meio das proposições do atual governo relativas a redução da maioridade penal e das declarações recentes e equivocadas do presidente da República relativas a uma defesa pelo trabalho infantil.

Mesmo com a criação e expansão dos CAPSij, os avanços ainda são lentos, apesar dos debates no âmbito da atenção psicossocial. A título de exemplo, o documento Saúde Mental em Dados, publicado em 2015, divulgou a última apresentação da série histórica de expansão dos CAPS no Brasil, entre 1998 a 2014. Ainda que marcadamente insuficientes para abarcar toda a população e os diferentes territórios brasileiros, verifica-se um aumento expressivo dos CAPS (Figura 1). Porém, quando se trata especificamente dos CASPij, fica evidente o quanto ainda é preciso investir para responder às demandas da população, conforme apresenta-se na tabela 1 (BRASIL, 2015a), uma vez que os estudos apontam para altas taxas de prevalência de sofrimento psíquico nessa população (CID, 2011; MACHADO et al., 2014; LOPES et al., 2016).

Figura 1: Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde.

Tabela 1: Série histórica do número de CAPS habilitados no Brasil por Tipo (Brasil, dez/2006 a dez/2014)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	907	464	72	174	293	27	1937
2013	978	471	78	187	301	47	2062
2014	1069	476	85	201	309	69	2209

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica.

Em 2011, por meio da portaria nº 3.088 foi instituída pelo Ministério da Saúde a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴, voltada às pessoas com transtornos mentais e/ou decorrentes do uso de álcool ou outras drogas e populações mais vulneráveis como as crianças e adolescentes. A finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação dos dispositivos de atenção à saúde na esfera do SUS e, para além de equipamentos, trata-se de um conjunto de componentes e estratégias (atenção básica, especializada, urgência e emergência, estratégia de redução de danos, educação permanente, desinstitucionalização, entre outras) (BRASIL, 2011a).

A RAPS é constituída por uma rede, sendo que a ABS juntamente com a atenção especializada cumpre papel estratégico na ordenação da mesma e na coordenação do cuidado (BRASIL, 2011a). Cabe ressaltar que a implantação da RAPS tem como diferencial a centralidade dada à ABS e ao funcionamento em rede, ampliando a ênfase da desinstitucionalização focada até então apenas na especialidade.

No âmbito da ABS, as Unidades de Saúde têm a responsabilidade de desenvolver ações de promoção da saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, articulando-se com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011a). Considera-se que a atenção psicossocial reconhece a ABS como um local privilegiado de cuidado dentro da RAPS.

Em consonância com as diretrizes da RAPS, em 2014, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado a “*Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir o cuidado*”. Este documento aponta para a construção do cuidado em saúde mental infantojuvenil fundamentado em algumas diretrizes como, por exemplo, o cuidado em rede e intersetorial, encaminhamento implicado e o acolhimento. Além disso, ressalta uma série de apontamentos específicos a essa população como a garantia à saúde como direito fundamental, a constituição da RAPS, o papel da educação, entre outros (BRASIL, 2014).

Ainda que se considerem os progressos, Souza (2015) afirma que há muitos desafios a serem vencidos para que seja possível avançar no processo da reforma

⁴ A RAPS é uma dentre as cinco redes temáticas prioritárias das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo que nestas a Atenção Básica à Saúde assume papel central enquanto base dos sistemas de saúde, sendo resolutive, coordenando o cuidado e ordenando as redes (BRASIL, 2015b).

psiquiátrica no Brasil, como, por exemplo, a superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental, presente ainda nos dias atuais, e a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente no âmbito da ABS (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A inclusão de ações de saúde mental na ABS possibilita avançar no processo de desinstitucionalização, contribuindo para a desmistificação da loucura à medida que se trabalha com a dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica (SOUZA, 2015, p. 29).

Nesta direção, Soalheiro e Martins (2017) afirmam que é possível construir um diálogo entre os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o projeto contemporâneo da saúde mental no SUS, enfatizando as práticas que abarquem a dimensão da desinstitucionalização (HIRDES, 2009). Hirdes (2009) considera o cuidado à saúde mental na ABS e o território como espaços privilegiados para a desinstitucionalização.

Aponta-se que no processo de desinstitucionalização o território tem a função de direcionar as ações a serem construídas pelo serviço, de forma que ao pensar no cuidado em saúde mental, necessariamente nos remetemos ao tempo e o lugar em que este cuidado se constitui (YASUI, 2011).

Nesta perspectiva, o território compreendido como uma categoria analítica do processo saúde-doença deve ser analisado segundo algumas concepções, conforme aponta Furtado et al. (2016). Dentre elas tem-se a concepção de território como área de cobertura e ação de serviços extra-hospitalares; território como um conjunto de recursos terapêuticos; e território existencial, constituído a partir da história pessoal de cada indivíduo (FURTADO et al., 2016).

Guatarri (1992) discorre sobre o conceito de território existencial, o qual para além de um ponto em um mapa, estático e já delimitado, trata-se de uma localização espaço-temporal e de um território em processo. Assim, compreende-se que o território existencial é um ambiente vivo que está sempre sujeito a modificações, desvios e recriações de si mesmo.

Santos (2002), ao se distanciar da visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais, apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, englobando as características físicas de uma dada área e, também, as marcas produzidas pelo homem.

Nessa direção, Gondin e Monken (2018) consideram que é preciso compreender o território não só enquanto locus de moradia, mas também enquanto lugar de produção e reprodução social, de trocas materiais e simbólicas, convivência entre as pessoas, onde se manifesta toda forma da vida social cotidiana. Ou seja, o território transcende a natureza geográfica e se institui como território de via pulsante, de conflitos, interesses, projetos e sonhos.

Assim, a partir da perspectiva do cuidado à saúde, o território é simultaneamente território geográfico, econômico, político, cultural e epidemiológico. Especificamente no que tange à ABS, o território abarca a dimensão das condições de vida, das necessidades de saúde de grupos populacionais, envolvendo a delimitação de áreas de atuação, organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pactuação e negociação de ações, financiamento e alocação de recursos (GONDIN; MONKEN, 2018).

2.2 HISTÓRIA DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA NO BRASIL

A reforma sanitária possibilitou, por meio da criação do SUS, o acesso universal aos serviços de saúde e, conseqüentemente, de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Visando identificar os caminhos pelos quais a assistência a essa população perpassou até chegar a ABS, nível de atenção à saúde privilegiado no cuidado dentro da RAPS, é necessário contextualizar a história da clínica (assistência/cuidado) para que se possa compreender as transformações e desafios contemporâneos da organização sanitária no Brasil e, conseqüentemente, suas implicações para saúde mental infantojuvenil.

Retoma-se que desde o séc. V a.C., havia duas correntes que disseminavam métodos clínicos para o cuidado à pessoa com demandas de saúde. A primeira caracterizava-se pela centralidade na doença e a segunda, no sujeito. Essas coexistiram de forma complementar ou antagônica, como ocorre até os dias de hoje (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015).

O método clínico tradicional nasceu da Ciência Moderna no séc. XVI baseado na observação e classificação da natureza e da busca por doenças no corpo por meio da observação empírica. Conforme aponta Camargo Jr (2005), principalmente a partir do sec. XVII há um deslocamento da “arte de curar”, onde se evidenciava o papel

central dos aspectos especificamente humanos desta prática, para a cura de doenças, de forma que o foco da clínica passa ser a doença, cura e tratamento em instituições.

Contudo, no decorrer das décadas seguintes, esta proposta passou a ser ineficaz em diferentes situações como, por exemplo, quando não se obtinham respostas para as demandas que não se enquadravam em diagnósticos anatômicos funcionais e etiológicos (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015).

Com o intuito de abranger os diferentes problemas sociais até então desconsiderados, surgiu a clínica do sujeito, no sec. XX, incorporando propostas da medicina social e saúde coletiva, psicanálise, reabilitação psicossocial, clínica ampliada e compartilhada, as quais enfatizavam a singularidade e o contexto. Ao longo das décadas seguintes, emergiram novas áreas da medicina e da saúde que impulsionaram mudanças de paradigmas e alternativas à clínica moderna, em oposição à centralidade dada a doença e na cura das mesmas (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015).

Nessa perspectiva, conforme já apresentado anteriormente e tendo como exemplo a assistência prestada aos indivíduos em sofrimento psíquico, houve um movimento em busca da transformação e superação do cuidado hospitalocêntrico e manicomial propostas pelo modelo asilar, tendo em vista a implantação de práticas e estratégias pautadas no paradigma da atenção psicossocial.

Para além da concepção dos modelos clínicos de cuidado adotados no decorrer da história da assistência à saúde, é necessário também abordar como se deu o acesso da população aos diferentes serviços voltados à saúde pública. No cenário brasileiro a assistência à saúde cursou uma trajetória majoritariamente no campo da filantropia até a conquista efetiva do direito, sendo a filantropia tida como única possibilidade ao longo de muitas décadas (MALFITANO, 2007).

As primeiras propostas de saúde pública no Brasil (compreendo a saúde pública enquanto conjunto de medidas executadas por uma autoridade, governo) se deram no momento da colonização do Brasil por Portugal, quando o saneamento e a profilaxia das epidemias eram de responsabilidade do físico-mor, e a higiene encontrava-se sob a responsabilidade das autoridades locais (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014; PAIM, 2009).

Havia um impasse em encontrar profissionais médicos que quisessem migrar para o Brasil coexistindo, naquele momento, dois tipos de assistência à saúde. Para os doentes, viajantes, indigentes e pobres, a assistência ficava sob responsabilidade da filantropia e caridade, como as entidades cristãs (Santas Casas). Já para os militares, as

famílias ricas os acolhiam e assistiam, sendo atendidos por cirurgiões militares em hospitais, os quais o governo destinava uma taxa anual (PAIM, 2009).

Com a chegada da família real iniciou-se uma mudança nos serviços sanitários, de forma que as atribuições sanitárias ficaram delegadas às juntas municipais e as atividades de saúde pública limitavam-se ao controle dos navios e à preocupação com a saúde nos portos, sendo de responsabilidade do Ministério do Império. Posteriormente, em 1850, foi criada a Liga de Higiene Pública (DELAMARQUE, 2011; MELO, 2013).

Com a proclamação da República a assistência à saúde passou a ser responsabilidade dos estados e, em 1896, foi criada a Diretoria Geral de Saúde Pública, visando responder aos problemas de saúde que os estados não garantiam. O foco era, majoritariamente, as epidemias combatidas por meio da segregação/exclusão dos acometidos (GIOVANELLA et al., 2012). Devido ao comprometimento da economia agroexportadora com as epidemias, o poder público foi obrigado a desenvolver medidas sanitárias como, por exemplo, o saneamento dos portos, vacinação e combate de vetores, com um enfoque higienista (MELO, 2013).

A saúde passou a ser considerada mais um caso de polícia do que uma questão social, uma vez que os órgãos que prestavam a assistência à saúde se vinculavam ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (PAIM, 2009). Vistorias eram realizadas em espaços públicos da cidade, como também em áreas privadas, casas, fábricas e escolas (MELO, 2013).

Neste período, o Estado priorizou ações coletivas, limitando-se a prestar assistência hospitalar apenas aos indivíduos com transtorno mental e doenças infecciosas, ficando a cargo da medicina privada e hospitais filantrópicos a assistência individual (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015; PAIM et al., 2011). Ainda hoje, observa-se a influência deste modelo presente em campanhas de vacinação, combate às epidemias e programas especiais, como a saúde da mulher, da criança, controle de hanseníase, dentre outros (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015).

Já na década de 1920, o processo de industrialização e urbanização resultou em demandas relativas à força de trabalho, impulsionando a adoção de um modelo médico-assistencial privatista, sendo esta assistência prestada em hospitais, ambulatórios e consultórios (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015). Para tanto, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNS) e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs consistiam em um seguro para trabalhadores do setor privado, em que os médicos de empresas prestavam assistência aos trabalhadores, e estes tinham um

percentual descontado no salário. Na década seguinte, iniciaram-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), expandindo a assistência à saúde para trabalhadores de diferentes setores - marítimo, comercial, bancário, industrial (BATICH; 2004).

Compreende-se, nesse momento, que a assistência à saúde era considerada como um direito derivado do contrato de trabalho (contrapartida pela contribuição de parte do salário), diferentemente da assistência médica de natureza pública e filantrópica oferecida à população fora do mercado de trabalho formal. Portanto, a saúde ainda não era um direito de cidadania garantido pelo Estado (LOPES, 2001).

As condições de saúde da população começaram a se modificar nas décadas seguintes, devido a fatores como a redução da mortalidade e da natalidade e o envelhecimento da população. As doenças infecciosas, transmissíveis e a desnutrição deram lugar à morbidade moderna como as doenças do coração, neoplasias, violência e acidentes (PAIM, 2009).

Nas décadas de 40 e 50, surgiram as empresas de saúde privadas que lutavam pelo financiamento via Estado, defendendo a privatização do pouco que existia. Os serviços médico-hospitalares eram comprados do setor privado para os segurados da previdência, estagnando a infraestrutura pública dos serviços de saúde no Brasil. Este cenário se intensificou com o governo militar (MELO, 2013; MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Com as críticas advindas da população no que se refere à saúde pública, quanto às campanhas sanitárias e intervenções autoritárias, a implantação dos Centros de Saúde foi impulsionada, assim como as propostas de educação sanitárias e a criação do Ministério da Saúde em 1953 (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014; PAIM, 2009).

Com a sua criação, o Ministério da Saúde ficou responsável por ações de vacinação, combate às doenças endêmicas e controle dos espaços comerciais, como os portos. Todas as ações de saúde foram conduzidas pelos fundos de aposentadorias e pensões ou pelo Ministério da Educação e Saúde Pública, prevalecendo uma lógica separatista entre ações coletivas (pública e universal) e individuais (privadas) (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Já na década de 60, ocorreu o processo de substituição e unificação dos IAPs e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de forma que todo trabalhador com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, criando a primeira rede pública de saúde no país. Mesmo que ainda pouco eficiente, o sistema possibilitava

o acesso gratuito a um serviço de saúde disponibilizado pelo governo, porém restrito apenas aos trabalhadores (MENDES, 1993; MELO, 2013).

Neste momento é que se começa a produzir um outro modo de conceber a saúde de forma articulada (atenção individual e coletiva), por meio da divisão da assistência à saúde no Brasil - de um lado ações voltadas para a prevenção, ambiente e a coletividade (Saúde Pública) e, do outro lado, a saúde do trabalhador (inserida no Ministério do Trabalho) e as ações curativas e individuais (medicina previdenciária e liberal, filantrópica e empresarial) (PAIM, 2009).

Outro marco importante, a partir da década de 60, sob pressão dos movimentos sociais e sociedade civil, foi a realização das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), nas quais proposições foram levantadas para a saúde no cenário brasileiro. O conjunto dessas forças e movimentos impulsionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo as diretrizes gerais apontadas no relatório final da VIII Conferência (MELO, 2013; LOPES, 2001; MALFITANO, 2007). Tem-se que, entre as décadas de 70 e 80, os movimentos sociais cresceram e a cidadania passou a ser lema de reivindicações e luta, relacionadas à aquisição de direitos que permitiam a manutenção da vida e do trabalho (MALFITANO, 2007).

Em paralelo a estes movimentos no Brasil, no cenário internacional o modelo de assistência predominante era o hospitalocêntrico, apresentando resultados bastante negativos, com altos índices de mortalidade, morbidade e custos elevados. Em resposta a essa realidade, em 1978, representantes de diferentes nações se reuniram em uma Conferência Internacional para discutir sobre a forma de se fazer saúde, baseada principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS)⁵ (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Esta Conferência, denominada de Alma-Ata, organizada pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e pela OMS, recomendava cuidados essenciais aos sujeitos e a garantia de saúde para todos (CAMPOS, 2006; MENDES, 2004). O resultado deste encontro foi a adoção de uma declaração que reafirmou o significado da saúde como direito humano fundamental, e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Mais de 700 participantes concluíram que a promoção e a proteção da saúde

⁵ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica a Saúde e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento (PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

eram norteadoras para o desenvolvimento econômico e social, sendo a única maneira de melhorar a qualidade de vida das populações (MENDES, 2004). A declaração de Alma-Ata foi considerada um passo político importante para a transformação da assistência à saúde adotada na época, influenciando nas próximas décadas a proposta constitucional do Brasil (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

No Brasil, a Conferência de Alma-Ata não só inspirou e fortaleceu as primeiras experiências empíricas de implantação dos serviços municipais de saúde no âmbito da ABS, como também abarcou aportes conceituais e práticos visando à organização dos serviços. Deste modo, atividades de educação, vacinação, alimentação e nutrição, saneamento e organização sociocomunitária descritas pela Declaração de Alma-Ata, com base no conceito de *cuidados primários em saúde* foram adotadas nos serviços de ABS no Brasil. Além disso, outras atividades como os procedimentos odontológicos, cuidados específicos em enfermagem, atenção integral a todos os ciclos de vida, foram incorporadas ao rol das práticas assistenciais, visando responder às necessidades do cenário nacional (CARNUT, 2017).

Juntamente com essa nova proposição havia de um lado as experiências centradas no papel dos médicos generalistas, no trabalho em equipe, nas patologias delegadas aos enfermeiros e auxiliares e nas ações de prevenção das doenças e, de outro lado um incentivo à incorporação das especialidades médicas básicas nas Unidades de Saúde (GIL, 2006).

Observa-se então que a política de saúde passou por distintos períodos e modelos de assistência. Do início do século XX até 1929 havia o *modelo sanitarista campanhista* voltado essencialmente ao controle das endemias. Já entre 1920 a 1945, prevaleceu o *modelo médico assistencial previdenciário* e, de 1945 até meados da década de 1970, cresce o *modelo médico privatista*. Somente no final da década de 1970 que se instaura o debate em torno da necessidade de mudanças dos modelos de assistência à saúde praticados no Brasil (PAIM, 1999; MENDES, 1996; ESCOREL, 1998).

Nesta direção, com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito social e dever do Estado e, visando democratizar a saúde no Brasil, apoiado pelos movimentos sociais compostos por populares, estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, surge a proposição de constituição do SUS.

O SUS é considerado uma conquista do povo brasileiro, tendo como ideia central o direito à saúde a toda população, ligado diretamente à cidadania (PAIM, 2009). Regulamentado pela lei 8.080 em 1990, se baseia na seguridade social, ou seja, movido

por uma sociedade solidária, democrática e igualitária, sem discriminação ou privilégios (PAIM, 2009; BRASIL, 1990).

A seguridade social foi uma das mudanças mais relevantes presentes na constituição de 1988, que organizou e estabeleceu a proteção social brasileira, por meio da ampliação da cobertura do sistema previdenciário e acesso aos benefícios para os trabalhadores rurais. Adotou ainda, a Assistência Social como política pública não contributiva que opera tanto serviços, como os benefícios monetários, e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do SUS (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009).

O SUS é um dos pilares da seguridade social juntamente com a previdência e a assistência social, sendo entendido como responsabilidade do Estado, direito do cidadão e conseqüentemente importante marco civilizatório (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009).

Além disso, oferece suporte à efetivação da política de saúde e traduz em ações os princípios e diretrizes desta política. Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas do governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais e de base territorial para atender de maneira efetiva às demandas por atenção à saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Além da proposta de gratuidade das ações e serviços de saúde por meio de um modelo redistributivo, há uma dupla função. A primeira refere-se ao combate à pobreza e à desigualdade social, e a segunda visa à superação do limite de cobertura do seguro saúde e do modelo privatista do regime militar (OCKÉ-REIS, 2012).

Quanto à organização do sistema de saúde, esta se dá a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada em níveis assistenciais, descentralizada, tendo como norte a integralidade do cuidado, participação social e democratização dos serviços, sob a perspectiva do cuidado a partir do eixo orientador da ABS (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a).

Com a proposição do SUS surgiram as primeiras tentativas de fortalecimento da ABS, sendo esta a base para a efetividade da Reforma Sanitária brasileira (ALMEIDA et al., 2011).

Porém, cabe ressaltar que desde a década de 1980, havia um cenário nacional e internacional, marcado pela a) crise econômica, b) predomínio de governos conservadores e c) mudanças demográficas nos países industrializados que resultaram em novas demandas à saúde, de forma que a preocupação com condições macroeconômicas

mais sustentáveis e os altos custos da assistência médica passaram a ocupar o centro da agenda pública. Diante dessa realidade e das fortes críticas relativas aos altos impostos exigidos para o enfrentamento das questões sociais, os países foram impulsionados a implementar mudanças no que tange ao financiamento e à prestação de serviços, por meio da contenção de gastos públicos e medidas orientadas para o mercado, o que repercutiu negativamente até os dias atuais (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Além disso, aponta-se que no Brasil tanto a Constituição, como as leis 8.080 (Regulamenta o SUS) e 8.142 (Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS) e as Normas Operacionais Básicas (NOB 91 e 92) não faziam qualquer referência a um modelo de atenção à saúde para nortear os municípios na estruturação dos seus sistemas de saúde e do papel dos Estados neste processo (GIL; MAEDA, 2013). Nessa direção, não havia nenhuma orientação explícita definindo as ações de saúde de competência de cada nível (primário, secundária, terciária), sendo que as ações citadas abarcavam apenas a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, alimentação e nutrição e saneamento básico (GIL; MAEDA, 2013).

Assim, ainda que o interesse inicial fosse a construção da ABS como reorientadora da atenção à saúde no Brasil conforme sinalizado por Campos et al. (2008), esta sofreu os impactos do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial. Estes dois órgãos apontaram que os gastos brasileiros no âmbito da saúde eram excessivos e não abrangentes às regiões e grupos sociais mais vulneráveis, o que resultou na redução das proposições e do escopo da ABS, com serviços restritos e de baixa qualidade, dirigido apenas aos pobres (SENNA, 2002; GIOVANELLA et al., 2009). Ou seja, o discurso e a defesa por uma ABS restritiva, concentrada em ações e programas dirigidos aos que vivenciavam situações de pobreza, foi (é) atraente na perspectiva da utilização eficiente de recursos pelo Estado (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Discute-se sobre os reflexos desse desinvestimento do FMI e do Banco Mundial desde o início da implantação da ABS no Brasil, resultando no comprometimento e na limitação da assistência à saúde das populações no âmbito territorial.

Diante desse contexto, algumas políticas dirigidas à ABS no Brasil surgiram na esfera do governo federal, ainda que incipientes, tendo como objetivo a transformação do modelo de atenção à saúde centrada no hospital, instaurado durante a ditadura militar (ALMEIDA, 2015; PAIM, et al., 2011).

Tendo como norte a transformação do modelo de sistema de saúde no Brasil, por meio da implantação da ABS, criou-se em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), movido também pela experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, nas regiões Norte e Nordeste (RIZZOTTO, 2000; PAIM, et al., 2011).

Tanto o PACS como o PSF são inspirados no modelo britânico, considerados como a porta de entrada para o acesso ao sistema de saúde de forma regular, por meio da ação do médico generalista, responsável por uma população determinada.

Apointa-se que o PSF foi considerado a principal estratégia de transformação do modelo de atenção à saúde brasileiro, caracterizado ainda como programa seletivo, orientado às populações de risco. As equipes eram formadas, a priori, por médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2006a). Esta nova organização visou avançar na regionalização da rede de serviços, preconizando ações de promoção, prevenção, territoriais e intersetoriais (BRASIL, 2006a; MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Considerando a relevância e o diferencial dos ACS no cuidado na ABS e na concretização do cuidado territorial, conforme será apresentado posteriormente nos resultados identificados na presente pesquisa e pela literatura (CAMPOS et al., 2008; COSTA et al., 2013; BOVIOT, 2015; YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018), é fundamental dar ênfase a esta categoria profissional.

O ACS surge da necessidade de articulação e mediação entre a comunidade e a equipe de saúde e, além do reconhecimento e contato direto com as famílias, são eles que realizam o levantamento das necessidades de saúde e as situações de risco (BRASIL, 2006a).

Segundo Boviot (2015), os ACS viabilizam os trabalhos de vigilância e de promoção da saúde realizados por equipe multiprofissional e atuam articulando e aproximando o saber científico do saber popular. Nesta direção, o ACS é um dos elementos nucleares das ações em saúde na ABS (COSTA et al., 2013).

Morosini e Fonseca (2018) apontam que o trabalho dos ACS foi institucionalizado ao ser introduzido no sistema público de saúde por meio de instrumentos normativos do Ministério da Saúde. As primeiras referências que formalizaram o trabalho dos ACS no âmbito do SUS foram as portarias e decretos que estabeleceram o PACS e o PSF, a partir de 1990, os quais discorrem sobre as atribuições dessa categoria profissional e as diretrizes para o exercício da profissão.

Porém, foi somente em 2002 que se deu a aprovação da lei 10.507 a qual regulamentou a profissão, sendo reformulada posteriormente em 2006 pela lei 11.350, que estabeleceu critérios próximos aos que vinham sendo praticados para o exercício das atividades de ACS, dentre eles, residir na comunidade, ter concluído o Ensino Fundamental e ter realizado o curso de formação inicial e continuada (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Ainda que sob as implicações da mudança da PNAB em 2017 para o trabalho dos ACS e a flexibilização da presença dos mesmos nas equipes da ABS (a partir da reformulação da PNAB em 2017, a categoria profissional dos ACS deixa de ser obrigatório nas equipes, ficando a cargo dos municípios a escolha pela contratação), em 2018, o presidente Michel Temer sancionou a lei 13.595, alterando a 11.350/2006, com reformulações relativas às atribuições, jornada e condições de trabalho, formação profissional, entre outras. Segundo o art 3º:

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania, sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2018a).

Nessa direção, considera-se que dentre tantos retrocessos, a inserção e explicitação da educação popular em saúde pode ser considerada, uma mudança positiva, na medida em que ao assumir a educação popular em saúde como eixo central e referencial que se articula também como estratégia, cabe a esses profissionais pensar nas possibilidades de ações educativas no âmbito da saúde mental, saúde do adolescente, doentes crônicos, violência doméstica, entre outros que acabaram por muito tempo sendo negligenciadas, uma vez que não eram prioritárias pelos programas de saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Retomando o histórico da organização sanitária no Brasil, em 1996, após a determinação de uma ABS que ultrapassasse o enfoque seletivo e programático

realizado tanto pelo PSF e PACS, criou-se a ESF, a qual teve como intuito a ampliação da atenção à saúde por meio do financiamento específico da Norma Operacional Básica (NOB)⁶ (BRASIL, 1996).

É a partir da NOB 96 que se tem a configuração de um novo modelo de organização dos serviços de saúde ao destinar, pela primeira vez desde a implantação do SUS, recursos exclusivos para o financiamento da ABS. Desta forma, a ABS deixa de ser apenas um conjunto de procedimentos da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), passando gradativamente a representar um nível de organização dos serviços de saúde, pautado na construção de um modelo de vigilância em saúde. (TEIXERA et al., 1998; PEREZ, 2001).

O termo Vigilância em Saúde vem sendo apontado por diferentes instâncias, como na Constituição de 1988, lei 8.8080, e em portarias que regulamentam suas ações. Em 2004, tem-se a portaria 1172 a qual estabeleceu as atividades de Vigilância em Saúde e, em 2009, a portaria 3252 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a).

Nesta direção, mais recentemente, em 9 de julho de 2013, é publicada a portaria 1.378, a qual regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a). Sendo assim, a Vigilância em Saúde é definida como:

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Além disso, as ações de vigilância em saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados, entre outros, para a vigilância epidemiologia e sanitária (BRASIL, 2013a). Nessa direção, e a título de

⁶A NOB-96 inaugurou uma nova retórica na organização dos serviços municipais. Ela cita *Saúde da Família* e aponta para a reordenação do modelo de atenção centrada não apenas no financiamento, mas também nos resultados esperados. Também explicita o financiamento ao PSF e PACS.

exemplo, Paim (2001), considera a ESF como uma ferramenta importante no cuidado à saúde mental e articulador da rede, uma vez que trabalha com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco.

Compreendendo a ESF como uma estratégia de reorientação do modelo⁷ de assistência à saúde, ela pouco se expandiu, sendo que em 1998, foi repassado um incentivo financeiro per capita aos municípios visando à ampliação de sua cobertura populacional (ALMEIDA, 2015, PAIM, et al., 2011).

A ESF se operacionaliza por meio de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Esta equipe tem como função o acompanhamento de famílias em uma determinada área geográfica, de forma que sejam realizadas ações preventivas, de promoção e recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e a manutenção da saúde da comunidade (BEDRIKOW; CAMPOS, 2015). Embora a proposta preconizasse o cuidado integral, isso não foi garantido devido a diferentes fatores, dentre eles a composição mínima da equipe, resultando em ações focalizadas a grupos de risco (CONILL, 2008).

Segundo Giovanella (2009), mesmo com todas essas propostas e estratégias de cuidado, são identificados alguns limites para que de fato se desenvolva o cuidado integral, uma vez que o modelo de proteção social, somado aos elementos que se opõem e violam a universalidade (serviços e estratégias destinadas apenas para a parcela mais pobre da população) tem comprometido a ideia de integralidade.

Dez anos depois da criação da ESF, em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual apresenta as diretrizes e normas gerais de seu funcionamento, reforça a importância da ABS como ordenadora do sistema de saúde, sendo um espaço privilegiado para fortalecimento do vínculo e exercício de uma atenção continuada e hierarquizada (BRASIL, 2012a; MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Considera-se a ABS como o contato preferencial, principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de saúde, sendo os casos de maior complexidade encaminhados aos serviços especializados. Além disso, envolve um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, seguindo os princípios da

⁷ Sabe-se que o sistema de saúde brasileiro é palco da disputa entre modelos assistenciais diversos - modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de "modelos" alternativos. (PAIM, 1999).

universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012a).

A partir deste escopo surgem as propostas dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, os quais são firmados entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), visando promover inovações no âmbito da gestão, alcançando maior eficiência e qualidade no SUS. Os Pactos redefinem as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. (BRASIL, 2006b).

Em 2008, visando uma ABS que fosse mais abrangente e que apoiasse a ESF, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pela Portaria nº 154 (BRASIL, 2008).

Os NASF foram criados como uma tentativa de consolidar a ABS no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. A ideia era que o NASF pudesse colaborar com o enfrentamento de alguns desafios colocados pela expansão da ESF, diante da enorme abrangência, diversidade, complexidade de questões, visando oferecer uma retaguarda especializada principalmente por meio do apoio matricial. Nessa perspectiva, os NASF configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes da ABS (BRASIL, 2010a; MELO; MIRANDA, 2018).

A articulação do NASF com as equipes da ABS deveria viabilizar as discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado entre profissionais (na Unidade de Saúde e em visitas domiciliares) e a construção conjunta de projetos terapêuticos, ampliando e qualificando as intervenções no território (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010a). Dessa forma, não se caracteriza como um serviço de saúde, mas enquanto um aparato de ações de apoio oferecidas por profissionais que se deslocam até as Unidades de Saúde, atuando junto com as equipes, a partir de distintos enfoques - ciclos de vida e áreas da saúde (MELO; MIRANDA, 2018).

Quanto a sua estrutura, há três tipos de modalidades que variam conforme a gestão municipal, a cobertura de equipes e carga horaria. O NASF 1 se vincula a partir de 5 e no máximo 9 equipes e cumpre um mínimo de 200 horas semanais. O NASF 2 abarca de 3 a 4 equipes e cumpre um mínimo de 120 horas semanais e o NASF 3 de 1 a 2 equipes e cumpre um mínimo de 80 horas semanais (BRASIL, 2019b).

Em 2017, com a reformulação da PNAB, o NASF também sofreu algumas modificações de forma que os mesmos passaram a ser denominados de Núcleo Ampliado

de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) sendo a abrangência ampliada, uma vez que não se restringe apenas à ESF. Também houve a retirada da centralidade dada ao apoio matricial como referencial teórico metodológico (MELO; MIRANDA, 2018). Aponta-se que essas transformações serão posteriormente discutidas e aprofundadas em diálogo com os resultados do presente estudo, uma vez que trará importantes impactos para as ações ofertadas, ao considerar o número insuficiente de equipes NASF para a ampliação de sua cobertura.

Ainda no que tange à contextualização histórica do SUS e da ABS, em 2010, o sistema de saúde passa a ser estruturado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendidas enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado. Logo, o papel da ABS passa a ser o de organização da RAS (BRASIL, 2010a).

Neste percurso, em 2012, tem-se a reformulação da PNAB, por meio da Portaria MS/GM nº 2.488 (BRASIL, 2012a), a qual reafirmou a ESF como a principal reordenadora do SUS, ampliando a composição profissional com base nas especificidades regionais e modalidades dos serviços - Equipes de Consultório na Rua; Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), Unidades Básicas de Saúde Prisional (UBSP) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). As propostas já existentes são mantidas: ESF, NASF, Equipes de Saúde Bucal, Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Atenção Domiciliar.

Cinco anos depois, em agosto de 2017, foi lançada a portaria nº 2.436 que estabeleceu a revisão da PNAB, com importantes transformações desde sua primeira constituição em 2006 (BRASIL, 2017b).

Apesar da ideia inicial ser reafirmar a ESF, a portaria nº 2436/2017 traz algumas mudanças que ferem o direito à saúde garantido pelo Estado, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988. A título de exemplo, com a reformulação, não haverá obrigatoriedade dos ACS nas equipes, de forma a contradizer a proposta inicial de consolidação da ESF, correndo-se o risco de criar condições para redução de escopo da ABS (ABRASCO, 2017).

Em contrapartida, mesmo diante do esforço (criação da ESF) para transformação da clínica e assistência prestada à população via ABS, Bedrikow e Campos (2015), em análise documental, identificaram que na própria PNAB, nos Cadernos da

Atenção Básica⁸ e na política de humanização, há a presença de elementos da clínica moderna tradicional com enfoque predominantemente biomédico e médico-centrado, que geram um descompasso entre o desejo de mudança do modelo clínico tradicional para o modelo da clínica ampliada, centrada no sujeito, e as ferramentas escolhidas para tal.

2.2.1 A infância e a adolescência no cenário das políticas de saúde

Em se tratando especificamente da história das políticas de saúde⁹ para crianças e adolescentes no Brasil, estes, por muitos anos, foram tratados da mesma forma que adultos, sem nenhuma consideração da família ou Estado pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil (ARAUJO et al, 2014).

Aponta-se que a assistência a crianças e adolescentes se pautou em três fases - Caritativa (1500-1800), Filantrópica (1800-1920) e Estado do Bem Estar Social (1930-1980) até o recente reconhecimento das mesmas como sujeitos de direitos garantido pelo ECA em 1990 (MENDONÇA, 2002; ARAUJO et al, 2014).

Pela primeira vez na história, na década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram “preocupação” com o adoecimento infantil, deixando o cuidado de ser apenas destinado às entidades caritativas. Nesse momento, com a constante inserção de crianças e adolescentes nas indústrias, estes são considerados dependentes dos trabalhadores, passando a receber assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias (SILVA, 2006). Para Lobo (2003) a infância e adolescência se respaldava por práticas especiais de conservação e educação, embasadas em discursos médico-pedagógicos preventivos e normalizadores. Ou seja, a justificativa para inserção de mão de obra infantil nas indústrias era a necessidade de reeducar esses indivíduos, tirando os menores das ruas e dando-lhes ocupação útil (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Como consequência, um conjunto de medidas higienistas com inspiração normativo-jurídica são adotadas na compreensão hegemônica da criança como o futuro

⁸ O Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde em parcerias com diversos colaboradores desenvolve um conjunto de Cadernos temáticos para difundir a produção de conhecimentos e práticas construídos na Atenção Básica brasileira. Os Cadernos de Atenção Básica contribuem no fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país. São oferecidos gratuitamente como fonte de informação, com a possibilidade de auxiliar na implementação do modelo assistencial de atenção básica. É um importante instrumento de valorização das práticas de saúde e dos saberes que ela produz (BRASIL, 2013).

⁹ A história da constituição social da infância e adolescência, assim como da assistência à saúde desses indivíduos será retomada com mais profundidade no Estudo II.

cidadão da sociedade, ficando a assistência dos mesmos atrelados à tutela das instituições fechadas (PEREIRA, 2003; RIZZINI, 1995). Observa-se que o higienismo começa a se aproximar da infância e das famílias pobres com o intuito de resguardar a sociedade, de forma que a relação pobreza-periculosidade começava a se constituir (FOUCAULT, 2001).

Entre 1930 e 1940, iniciaram-se os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram instituídas algumas ações de vigilância e educativas, envolvendo a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. Não obstante, as ações instituídas à saúde da criança apresentaram apenas o caráter curativo e perinatal. Assim, por muitos anos, manteve-se a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil (ARAÚJO, 2014, BRASIL, 2011b).

Esses programas em sua maioria visavam a redução da mortalidade infantil, uma vez que na década de 30, a taxa de mortalidade no Brasil era estimada em 168%, sendo que este já era o resultado de um lento declínio (IBGE, 1999). Nas décadas seguintes, as taxas continuaram em queda, ainda que lentamente e, em 1965, seu valor caiu para 116%. Desta forma, partir da década de 70 o índice de mortalidade infantil passa a depender fortemente do modelo de intervenção adotado na área das políticas públicas, principalmente no campo da medicina preventiva, curativa, do saneamento básico e na crescente ampliação dos programas de saúde materno-infantil (IBGE, 1999).

Ressalta-se que, fortemente na década de 80, inúmeras ações (programas e políticas) foram criadas com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde, da desfragmentação da assistência e da transformação do cuidado prestado às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2012b).

A partir de 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se refere à sua sobrevivência. O PAISC foi criado com o objetivo de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. As ações abrangiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRAs) e a imunização (FRIAS et al., 2008).

Em 1990, com a implantação do ECA, as crianças e adolescentes passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (BRASIL, 1990).

Mais recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde juntamente com a Secretaria de Atenção à Saúde e o DAB criaram a Rede Cegonha, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país para reduzir as taxas, ainda elevadas, de mortalidade materna e infantil no Brasil (BRASIL, 2012b).

A Rede Cegonha tem sido implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional. Ela traz um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado que vai desde à gravidez, ao parto/nascimento até a atenção integral à saúde da criança. Apesar do foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal, a proposta é que após os dois anos seja realizado acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos). Este olhar biopsicossocial tem foco não só na criança, mas também nas condições do contexto de saúde e de vida da mãe e família, inclusive com articulações intersetoriais no território (BRASIL, 2012b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem incentivando a realização de ações voltadas à infância e adolescência nos equipamentos da ABS, por meio de parcerias com diferentes coordenadorias e elaboração de documentos norteadores que respaldam as ações, programas e estratégias de cuidado a essa população.

Dentre os documentos existentes que amparam as práticas desenvolvidas na infância e adolescência tem-se, por exemplo, o “Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica” (2017) e o “Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento” (2012). Estes visam auxiliar as equipes da atenção básica/Saúde da Família no trabalho com esse público visando à qualificação do cuidado prestado, melhoria do acesso e articulação da rede.

Voltados para a infância e adolescência há uma gama de programas e estratégias, majoritariamente com enfoque epidemiológico e nos problemas de saúde mais comuns dessa faixa etária, sendo destinados à diminuição da mortalidade infantil e consequentemente estratégias que focam na gestante, aleitamento materno, como é o caso da Rede Cegonha, amamenta e alimenta Brasil (BRASIL, 2018b). Porém, identifica-se uma ausência de estratégias e propostas pensadas para os adolescentes, ainda mais aqueles em sofrimento psíquico, que também se encontram em vulnerabilidade social, uma vez

que se estão fora da escola e excluídos socialmente. Esta população apresenta condições que tendem a ser agravadas, limitando suas perspectivas futuras (FELIX, 2014).

Questiona-se, nessa direção, as implicações do processo histórico de transformação do modelo sanitário adotado no Brasil, assim como a situação atual, os impactos na clínica da saúde mental e, especificamente, na saúde mental infantojuvenil.

Apesar da implantação da ESF como principal estratégia da ABS, tendo em vista sua abrangência e cobertura, reconhecem-se as inúmeras dificuldades de efetivação nos últimos anos. Nessa direção, identifica-se ainda hoje a presença de Centros de Saúde/Unidades Básicas tradicionais, tal como foram propostos na década de 70, sob a lógica das especialidades básicas, e ao mesmo tempo a tentativa de operacionalização de um novo modelo de cuidado com características de organização e gestão, pautado na territorialização e na clínica ampliada.

Compreende-se também que além dos desafios que perpassam a estruturação dos serviços e modelos de saúde, há ainda um outro desafio histórico a ser superado. Identifica-se nos programas ministeriais uma forte tendência e financiamento de ações majoritariamente destinadas a populações específicas, vulneráveis e pertencentes a grupos de risco. Este direcionamento acaba por colocar à margem uma parcela da população.

Ainda que os programas e estratégias existentes indiretamente perpassem pela assistência a este público, os estudos têm evidenciado que as mesmas não têm respondido às necessidades de saúde dessa população, principalmente no que tange às ações de promoção à saúde e prevenção do sofrimento psíquico, colocando esse grupo à margem da assistência.

Como exposto, a hipótese colocada é que ao transpor preceitos de uma clínica moderna, focada nas doenças, ainda presente nos dias atuais, apesar das correntes contra hegemônicas como a atenção psicossocial e clínica ampliada por meio da ESF, tem-se gerado fragilidades cotidianas, que não correspondem às necessidades de saúde das crianças e adolescentes, ainda mais se tratando do sofrimento psíquico.

Como exemplo, e considerando as altas taxas de suicídio entre adolescentes e jovens, tem-se o estudo de Machado e Santos (2015), que ainda que não seja exclusivamente com a população infantojuvenil, objetivou identificar as causas e o perfil das vítimas de suicídio, analisar a mortalidade nos últimos 13 anos e mapear mudanças assistenciais e socioeconômicas.

Os autores encontraram que apesar de em algumas regiões do país a cobertura de serviços especializados como os CAPS terem ampliado entre 2007 e 2010, as taxas de suicídio continuaram aumentando significativamente. Ou seja, a especialidade por si só parece não responder a essa demanda, e ao identificar nos resultados os fatores socioeconômicos, demográficos e sociais que se expressam como determinantes sociais de saúde e que podem influenciar as taxas de suicídio, os autores sinalizam para a evidente necessidade de investimento na ABS, uma vez que é neste nível de atenção à saúde que tem sido possível identificar situações de risco, o manejo e o acesso ao cuidado mais precocemente, pautado nas necessidades de saúde e determinantes sociais (MACHADO; SANTOS, 2015).

Assim, considera-se que na ABS as ações centradas no território devem ser pautadas nas necessidades de saúde das famílias e comunidades, a partir de uma prática transformadora em que o foco do cuidado não seja colocado unicamente na doença, problema ou sua cura. O intuito é que se trabalhe a partir das necessidades de saúde da população, compreendendo que para que as intervenções sejam efetivas é necessário considerar a amplitude de elementos relacionados, por exemplo, a vulnerabilidade social a que a população está sujeita, como pobreza, violência, desigualdade, saneamento básico, condições de moradia, entre outras. É preciso descolocar as práticas enraizadas no modelo biomédico, medicalizante, para as ações territoriais que considerem esses aspectos.

2.3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Compreende-se que com a proposição do SUS, a partir da Constituição de 1988, os seus princípios - acesso universal e igualitário, regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde e, integralidade do cuidado - passaram a ser um eixo orientador para todas as práticas assistenciais.

A título de exemplo, compreende-se que na perspectiva da atenção psicossocial, enquanto novo paradigma em oposição ao modelo asilar, a atenção básica e o território são termos que se articulam e expressam fazeres e saberes presentes nas políticas públicas de saúde de modo geral. Embora a atenção psicossocial, ABS e o território abarquem distintos marcos teóricos, históricos e políticos, são termos utilizados

na perspectiva de construir outros sentidos e significados de saúde e de saúde mental (YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).

Observa-se nos últimos anos um crescente investimento no plano mundial em diretrizes para área da saúde, de forma que todos os profissionais, especialmente os que operam no campo da ABS, têm sido convocados para intervir nos processos de cuidado dos indivíduos em sofrimento psíquico. Tem-se privilegiado o cuidado em seus territórios, comunidades, famílias e, desta forma, nas Unidades de Saúde (LANCETTI; AMARANTE, 2006). Assim, uma relação sustentável entre as ações de saúde mental e ABS tem sido essencial para o avanço nas propostas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica no Brasil (SINIBALDI, 2013).

No Brasil, a inclusão da saúde mental na ABS passa a ganhar visibilidade principalmente por meio da portaria 154 de 2008, a qual institui os NASF, e pela circular nº 1/03 de 2007 intitulada “*saúde mental e atenção básica o vínculo e o diálogo necessários*” (SOUZA, 2015). Esta circular foi criada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a partir da urgência de se pensar e estimular ativamente nas políticas, as diretrizes que incluíssem a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental (BRASIL, 2007).

No que tange ao NASF e ao cuidado à saúde mental, Melo e Miranda (2018) apontam para a sua importância, uma vez que ao observar as composições das equipes do NASF e as fragilidades e limites da ESF, os profissionais do NASF têm desenvolvido com frequência relevante apoio para o cuidado em saúde mental.

Em contrapartida, a partir de uma análise crítica das publicações em periódicos e documentos do Ministério da Saúde sobre o apoio matricial, Bonfim (2013) sinaliza que embora o NASF tenha sido apontado como um avanço importante na implantação do apoio matricial em saúde mental na ABS, as fragilidades de implementação são evidentes, sobretudo diante do grande número de equipes da ESF que cada NASF tem sob sua responsabilidade. Ou seja, o número expressivo de equipes da ESF dificultaria as ações interdisciplinares, que exigem uma presença e um contato marcantes dos profissionais do NASF no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde e na comunidade, de forma que fragiliza e limita o cuidado ofertado a saúde mental.

Machado, Fonseca e Borges (2014) levantam a reflexão sobre as formas de se apropriar das concepções propostas pelo enfoque da ABS para melhor definir as

possibilidades de intervenção no campo da saúde mental. Deste modo, tem-se os Pactos¹⁰ pela saúde com o intuito de fortalecer a ABS, e dentro desses Pactos existe o compromisso firmado pelo Ministério da Saúde, no período de 2013-2015, na forma de indicadores, com a ABS e a saúde mental (MACHADO; FONSECA; BORGES, 2014).

Souza (2015) considera a ABS como a estratégia existente para superar as dificuldades do cuidado em saúde mental e avançar na atenção psicossocial, uma vez que é o ponto de chegada de uma atenção compartilhada e ampliada. Além disso, de acordo com a autora, as propostas políticas fazem forte diálogo com a saúde mental, abarcando os conceitos primordiais de território, corresponsabilização do cuidado e intersetorialidade, visando ao acesso universal, integral e de qualidade a essa população em sofrimento psíquico.

Além disso, especificamente em relação à ESF, a sua integração com as políticas de saúde mental, por sua vez, implica em transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos “especialismos”, ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado (DIMENSTEIN et al, 2005).

Para Lancetti e Amarante (2006), a saúde mental seria o eixo da ESF, uma vez que devido a sua forma de organização, há a troca e reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários dos serviços, onde os profissionais se aproximam e se vinculam às famílias, de forma a conhecer a cada dia mais suas biografias e território existencial e geográfico. De acordo com os autores, a expectativa era que os usuários deixassem de ser números de prontuários e passassem a ser tratados na trama de suas vidas, uma vez que a ESF pode ter uma inserção no território maior que o CAPS.

Considera-se que é na ESF que há a proposta de um cuidado continuado, onde os usuários podem ressignificar seus sintomas e sofrimento. Há o acolhimento (dispositivo fundamental da prática de saúde mental) e desenvolvem-se ações de cuidado coletivas e protagonismo político (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Na última década houve um aumento de estudos no campo da saúde mental

¹⁰ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

com enfoque na ABS (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; VECCHIA; MARTINS, 2009; SILVEIRA; VIEIRA, 2009), de forma a evidenciar e refletir sobre os principais desafios e proposições deste campo.

Assim como abordado por Lancetti e Amarante e avançando nessa discussão, Souza e Rivera (2010) discutem sobre eixos comuns entre ABS e saúde mental, resgatando os princípios norteadores desses dois campos, como a articulação e responsabilização. Quanto à articulação, os autores afirmam que no cuidado à saúde mental é preciso articulação dos saberes com outras áreas de conhecimento e com outras práticas, pois havendo essa interlocução entre os campos viabilizam-se transformações sociais em busca de uma efetiva reforma psiquiátrica. No que tange à responsabilização, os autores alegam que os serviços, os profissionais e demais atores sociais devem se responsabilizar pelos usuários e pela população da área de abrangência, pois se houver essa responsabilização, certamente promoverão a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, desenvolvendo papel ativo na promoção da saúde mental.

Correia, Barros e Colvero (2011) realizaram uma revisão de literatura, considerando o período de 2005 a 2009, sobre as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental. Os autores identificaram que as ações de saúde mental desenvolvidas na ABS não apresentavam uniformidade em sua execução e apontaram para a necessidade de articulação do cuidado com outros dispositivos da rede na perspectiva da atenção psicossocial.

Com objetivo de mapear as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas em uma Unidade de Saúde no município do Rio de Janeiro, Silveira e Vieira (2009) identificaram que o modelo biomédico era predominante nas práticas de cuidado, assim como a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e a centralidade nas ações intramuros.

Outros estudos mais recentes, que focalizaram as dificuldades em efetivar as práticas de saúde mental na ABS, apontaram para a falta de formação e capacitação profissional, ou seja, falta de conhecimento e aproximação dos profissionais com o campo da saúde mental (GRYSCHEK; PINTO, 2015; PINI; WAIDMAN, 2012; BEZERRA et al., 2014; MINOZO et al., 2012; FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018). Além disso, as equipes não reconhecem suas práticas cotidianas como parte do cuidado em saúde mental devido à formação profissional (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Em revisão integrativa da literatura realizada por Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018), que teve como objetivo identificar e analisar o que tem sido produzido

na literatura científica nacional sobre as práticas de cuidado em saúde mental na ABS a partir do recorte temporal de 2010 a 2015, os resultados apontaram para a necessidade de qualificação dos profissionais deste nível de atenção à saúde, como também verificou-se uma lógica de cuidado pautada principalmente no modelo biomédico, medicalizante, excludente e muitas dificuldades no trabalho em equipe, intersetorial e no território.

Já no campo da saúde mental infantojuvenil, estudos têm sido realizados com enfoque na assistência, visando fornecer aparatos para compreensão da realidade existente, contribuindo para novas propostas políticas. Porém ao abordar essa temática, em grande maioria, os estudos se remetem ao CAPSij como principal dispositivo de cuidado, muitas vezes sendo abordado como única alternativa frente ao sofrimento psíquico (HOFFMAN; SANTOS; MOTA, 2008; DELFINE et al, 2009; FALAVINA; CERQUEIRA, 2008; FERNANDES; MATSUKURA, 2016).

É fundamental refletir sobre como tem sido construído e efetivado o cuidado a essa população de forma que a assistência não se restrinja apenas à atenção especializada como os CAPSij, mas também por meio da articulação dos diferentes equipamentos de saúde, como a ABS, conforme preconiza a RAPS. Apoiando tal consideração, no estudo de Quinderé et al (2013), os autores identificaram por meio de entrevistas com os trabalhadores da saúde que há uma certa precipitação dos profissionais no que se refere aos encaminhamentos das Unidades de Saúde para os CAPS, pois na maioria das vezes os trabalhadores da atenção primária sentem-se inseguros em acompanhar casos de saúde mental. Diante de tais dificuldades são gerados encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados.

Verifica-se que especificamente em relação à saúde mental infantojuvenil e ABS, os estudos nacionais são ainda mais escassos e recentes (TANAKA; RIBEIRO, 2009; GOMES et al, 2015; TEIXEIRA; COUTO; DELADO, 2017; LOURENÇO, 2017; SILVA; CID; MATSUKURA, 2018).

O estudo de Tanaka e Ribeiro (2009) que objetivou analisar a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de São Paulo identificou, por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas com pediatras, que estes profissionais têm baixa capacidade de reconhecer demandas de saúde mental em crianças.

Já os resultados do estudo colaborativo de Teixeira, Couto e Delgado (2017), que analisou os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo entre a ESF e os CAPSij do Rio de Janeiro, apontaram que, ainda que os profissionais da ESF

consigam identificar as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes, as ações de cuidado são frágeis e a articulação com a rede praticamente inexistente.

No estudo de Lourenço (2017), que objetivou compreender sob a ótica dos profissionais da ESF como os serviços de ABS de municípios que não possuem CAPSij lidam com a demanda da saúde mental infantojuvenil, os resultados apontaram que o cuidado na própria unidade, quando ocorre, é realizado principalmente por meio de atendimentos médico-centrados e pela equipe NASF, ainda que não seja essa sua função. Além do que as ações em rede e no território são ausentes.

Especificamente em relação à população de adolescentes em sofrimento psíquico tem-se o estudo de Silva, Cid e Matsukura (2018), realizado com profissionais do CAPSij e da ABS. O estudo objetivou identificar como tem se dado a atenção psicossocial de adolescentes sob a ótica de profissionais de um CAPS infantojuvenil (CAPSij) de um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo. Os resultados sinalizaram que o CAPSij atuava como único responsável pelo acolhimento, triagem e cuidado a adolescentes em sofrimento psíquico. Além disso, os participantes apontaram para dificuldades no cuidado que permeiam desde o acesso dessa população nas Unidades de Saúde, até um cuidado curativo e dirigido apenas aos serviços especializados.

Observa-se que os poucos estudos existentes evidenciam a falta de reconhecimento e/ou valorização da saúde mental infantojuvenil pelos profissionais da ABS, desconhecimento sobre o modo de cuidado, dificuldades na organização dos sistemas regionais e trabalho em rede intersetorial, incapacidade técnica de intervenção dos profissionais e dificuldade de acesso dessa população a este nível de atenção à saúde (TANAKA; RIBEIRO, 2009; TEIXEIRA; COUTO; DELADO, 2017; SILVA; CID; MATSUKURA, 2018).

Tendo em vista os estudos mencionados anteriormente, tanto os relativos à saúde mental do adulto quanto os voltados à infância e adolescência, há uma aproximação nos resultados. Porém, ainda que semelhanças sejam identificadas nestes estudos, em relação às demandas e desafios colocados para a atenção em saúde mental na ABS, compreendem-se as particularidades do campo da infância e adolescência e a escassez de estudos com este enfoque.

Assim, é preciso maior investimento de diversos níveis, uma vez que as reflexões, os esforços, as pesquisas e as propostas políticas caminham lentamente e com bastante fragilidade, não enfatizando as especificidades necessárias para o cuidado

à infância e adolescência.

Ainda que avanços tenham sido identificados nas políticas públicas e ampliação da rede de assistência à infância e adolescência, especialmente nos últimos 15 anos, entende-se que a complexidade inerente ao campo implica em contínuos investimentos, reflexões e ações que caminhem para a construção de políticas públicas claras e firmadas a este seguimento (FERNANDES; MATSUKURA, 2015; TAÑO; MATSUKURA, 2015). Dias e Passos (2017) apontam que há um longo caminho a ser percorrido e, para além das proposições políticas e normativas, se faz necessária uma mudança cultural e na forma de conceber a criança e o adolescente em sofrimento psíquico.

Considera-se necessário maior investimento nas políticas públicas e pesquisas nesse campo, uma vez que o processo histórico-político-social vivenciado no Brasil, tanto no que tange à reforma sanitária como à reforma psiquiátrica, embora sejam recentes, particulares, apresentam dificuldades diversas na efetivação do cuidado aos usuários, como o cuidado integral e a inclusão social, garantindo os direitos dessa população, conforme se verá a seguir.

Diante do exposto, este estudo focaliza o cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvido na ABS, de forma a aprofundar a compreensão deste campo, especificamente neste nível de atenção à saúde, para que seja possível obter elementos para transformação dessa realidade.

III OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa foi identificar as implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de unidades de saúde deste nível de atenção à saúde.

Objetiva ainda compreender em profundidade a realidade da saúde mental na ABS e revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde.

Como objetivos específicos tem-se:

- 1) Identificar as práticas de cuidados no campo da saúde mental infantojuvenil oferecidas pelas Unidades de Saúde;
- 2) Identificar como tem sido proposto e desenvolvido o cuidado em rede e intersetorial;
- 3) Identificar como tem se dado o acesso das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS;
- 4) Identificar se a Unidade de Saúde responde às políticas públicas para infância e adolescência e saúde mental.

IV DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA

4.1 Tipo de estudo e abordagem

Trata-se de pesquisa de abordagem quali quantitativa que se utiliza da Triangulação de Métodos.

Segundo Flick (2013), o termo triangulação designa a combinação de diferentes métodos, grupos de estudo, ambientes, períodos e aportes teóricos para compreender um fenômeno. Assim, neste estudo foi adotada a Triangulação de Métodos enquanto possibilidade de cruzamento de diferentes métodos e técnicas de pesquisa, visando a compreensão aprofundada do objeto de estudo.

A triangulação de métodos apresenta-se como uma estratégia de diálogo, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista, seja dos pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa. O uso da triangulação de métodos exige a combinação de diferentes estratégias de pesquisa que viabilizam as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto de estudo (GARNELO, 2006). Tal união agrega profundidade ao estudo e um dimensionamento mais completo do fenômeno investigado (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2006).

Considera-se que a relação entre o quantitativo e o qualitativo não pode ser pensada como oposição, mas sim de forma que as relações sociais possam ser analisadas a partir de seus aspectos “ecológicos” e “concretos” e seus significados essenciais. Nesta direção, o estudo quantitativo e o qualitativo podem ser complementares (MINAYO; SANCHES, 1993).

Com base no entendimento da não oposição entre quantidade e qualidade, estudiosos têm se posicionado favoravelmente a diferentes formas de combinação de metodologias, denominando essa vertente com as seguintes nomenclaturas: pesquisa quantitativa ou quali quantitativa, métodos mistos, métodos múltiplos e estudos triangulados. Embora com nomeações diferentes, compartilham como propósito central a integração metodológica (FLICK, 2004).

Para responder aos objetivos propostos nesta pesquisa, foram desenvolvidos dois estudos que, apesar de serem apresentados separadamente, visando facilitar a compreensão, se relacionam e se complementam.

O Estudo I caracterizado como uma pesquisa exploratória, do tipo levantamento (GIL, 2008) e de abordagem quantitativa, objetivou identificar as

implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de Unidades de Saúde deste nível de atenção à saúde.

Já o Estudo II, trata-se de uma etnografia (BEAUD; WEBER, 2014) que possibilitou compreender em profundidade a realidade da saúde mental na ABS e revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde.

Acredita-se que ao viabilizar uma investigação que ofereça um panorama mais ampliado, bem como o aprofundamento em determinada realidade, pode-se avançar nas reflexões e proposições já existentes e, ainda, em construções relativas a este campo.

**ESTUDO I - *Mapeando o cuidado em saúde mental
infantojuvenil na ABS em municípios do Estado de São Paulo***

V. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de levantamento, exploratória e descritiva (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

5.1 Participantes

Participaram do estudo 53 gestores e/ou profissionais da equipe de Unidades de Saúde vinculadas à ABS, distribuídas em sete municípios do Estado de São Paulo.

5.2 Local

O estudo foi realizado em 53 Unidades de Saúde, localizadas em sete municípios do Estado de São Paulo, a saber: Bauru, Campinas, Ribeirão Preto, São Carlos, São José do Rio Preto, São José dos Campos e Sorocaba.

Os critérios de inclusão das Unidades foram: Unidades de Saúde localizadas nos municípios selecionados¹¹, em funcionamento há mais de um ano e que aceitassem participar do estudo.

5.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para coleta de dados consistiram em dois formulários de identificação e caracterização (um formulário de identificação dos participantes e um de caracterização das Unidades de Saúde) e um questionário autoaplicável que abarcavam tanto questões abertas como fechadas.

- *Formulário de identificação e caracterização das Unidades de Saúde:* composto por cinco questões relativas ao tempo de funcionamento, composição da equipe e assistência prestada à população (APÊNDICE A);

¹¹ A forma de seleção dos municípios envolvidos será detalhada na seção - *procedimentos*.

- *Formulário de identificação dos participantes*: composto por 17 questões sobre os participantes no que tange à caracterização geral, formação e atuação profissional (APÊNDICE B);
- *Questionário*: composto por 29 questões que visaram identificar, mapear e caracterizar as concepções sobre saúde mental infantojuvenil e o cuidado desenvolvido pelo serviço ao qual o participante estava vinculado, com enfoque na infância, adolescência e saúde mental (APÊNDICE C).

5. 4 Procedimentos

5..4.1 Questões éticas

Sobre as condutas éticas, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP - UFSCar) com número de parecer 2.184.787 e 2.320.459 (ANEXOS A e B), norteando-se pelas orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conselho Nacional de Saúde) por meio da Resolução n. 466 de 2012.

Para todas as Unidades de Saúde envolvidas na investigação foi entregue a cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), contendo os objetivos e procedimentos a serem adotados no estudo.

5.4.2 Elaboração e validação dos instrumentos de coleta de dados

Os questionários foram elaborados após criteriosa revisão de estudos sobre a temática da saúde mental, saúde mental infantojuvenil e políticas públicas de saúde, com ênfase na ABS (FERNANDES; MATSUKURA; LOURENÇO, 2018), identificando os pontos chave que se relacionam com a assistência oferecida a essa população de forma a articular com os objetivos da pesquisa.

Visando à construção de instrumentos que permitissem responder aos objetivos do estudo, procedeu-se a validação dos mesmos por meio de avaliação externa de juízes especialistas na área conforme sugerido por Manzini (2003). Os juízes puderam analisar desde a estrutura até o conteúdo, pertinência e coesão dos instrumentos.

Segundo Manzini (2003), a construção de instrumentos de coleta de dados implica em alguns aspectos que tanto o pesquisador, como o juiz devem considerar como, por exemplo, a pertinência das questões em relação à problemática a ser investigada, a linguagem utilizada, o formato e a sequência das perguntas. Além da análise dos instrumentos por juízes especialistas da área, recomenda-se que seja realizada a aplicação dos mesmos por meio do estudo piloto.

Nessa direção, foram convidados para participar três juízes com experiência no campo prático e teórico da saúde mental infantojuvenil e/ou ABS. A pesquisadora realizou o convite por meio eletrônico, sendo apresentados os objetivos da pesquisa e a proposta metodológica. Após o aceite de todos, os instrumentos foram enviados aos juízes, juntamente com as orientações quanto à avaliação solicitada.

Como parte do processo de validação, após o retorno dos juízes e adequação dos instrumentos, foram realizadas duas aplicações piloto com os gestores de Unidades de Saúde que posteriormente foram excluídos da amostra de participantes. Não houve dificuldades em responder aos instrumentos, apenas foi alterada a ordem de apresentação de uma das questões, e o tempo estimado no preenchimento foi de 30 minutos. Finalizadas estas duas etapas, os instrumentos foram revisados e as versões finais obtidas.

5.4.3 Escolha dos municípios e identificação e localização dos participantes

A escolha dos municípios e posteriormente a localização dos participantes ocorreu por conveniência (FLICK, 2009) e respondeu aos critérios estabelecidos, conforme serão descritos a seguir:

a) Seleção dos municípios:

A escolha dos municípios envolvidos considerou a divisão do Estado de São Paulo em oito regiões, conforme sugerido pelo Governo do Estado (secretária de habitação)¹², a saber: Região Metropolitana de São Paulo, Campinas, Baixada Santista, Sorocaba, São José do Rio Preto, Bauru, Ribeirão Preto e Vale do Paraíba. Assim, o critério adotado foi o de contemplar o município mais populoso de cada uma das oito

¹² <http://www.cdhu.sp.gov.br/peh-new/eventos-new/encontros-regionais-peh-new.asp>

regiões e que contassem com, pelo menos, uma rede de assistência à saúde mental infantojuvenil composta por CAPSij e ABS. A região metropolitana de São Paulo foi excluída considerando a dificuldade no acesso e o processo moroso para obter autorização de diferentes instâncias e setores.

Além disso, observa-se que na região da baixada Santista, a Secretaria Municipal de Saúde do município selecionado não autorizou a pesquisa, alegando fragilidades no que tange à assistência prestada à saúde mental infantojuvenil. Assim, por conveniência e considerando a recusa de participação da Baixada Santista, optou-se por escolher mais um município, localizado na região de Ribeirão Preto, sendo selecionado São Carlos por questões de viabilidade para a pesquisadora e pelo interesse da Secretaria de Saúde. No total foram contabilizados sete municípios participantes. Aponta-se que cada município participante pertence a uma Divisão Regional de Saúde (DRS) diferente.

A figura 2 exemplifica a divisão das regiões e a localização dos municípios participantes.

Figura 2: Mapa das regiões do Estado de São Paulo e dos Municípios participantes



b) *Procedimentos de submissão do projeto para autorização de realização da pesquisa em cada um dos sete municípios:*

Após o aceite inicial dos municípios, foi feito contato telefônico com cada Secretaria Municipal de Saúde visando compreender os procedimentos necessários para

a submissão do projeto e apreciação nos setores responsáveis. Ressalta-se que as Secretarias Municipais de Saúde adotam diferentes estratégias de ação. Em algumas há um setor específico para essa análise, já em outras o próprio Secretário (a) de Saúde avalia a pesquisa e, ainda, em outra é realizada via Poupatempo. Deste modo, a forma de submissão ocorreu tanto por meio eletrônico enviando a documentação necessária, como também presencialmente, junto ao órgão designado.

A autorização do município foi fundamental para entrada da pesquisadora em campo, porém esta não implicou no aceite das Unidades de Saúde, uma vez que cada gestor tem autonomia para aceitar ou recusar a participar da pesquisa.

c) *Identificação das Unidades de Saúde de cada Município:*

Com o aceite e autorização das instâncias administrativas dos municípios, foi feita a identificação de todas as Unidades de Saúde e a busca pelo número de telefone de cada uma delas para contato. Este processo também se deu de várias formas como, por exemplo, acesso às listas das Unidades de Saúde pelo site das prefeituras, envio da listagem via Secretaria Municipal de Saúde e acesso via coordenadoria municipal da ABS

d) *Aprovação do projeto pela Unidade de Saúde, identificação e participação dos gestores:*

Identificadas todas as Unidades de Saúde de cada município e o respectivo número telefônico, estas foram contatadas, o gestor identificado e o projeto apresentado ao mesmo. Objetivando o contato com o gestor da Unidade de Saúde foram realizadas, no mínimo, três tentativas com cada uma das Unidades de Saúde presentes na listagem, uma vez que o acesso ao gestor raramente ocorreu em uma única tentativa. Foram realizados, aproximadamente, 700 contatos telefônicos.

Observa-se que 155 Unidades de Saúde autorizaram a realização da pesquisa e após a autorização, foi solicitado o endereço eletrônico pessoal do gestor e/ou profissional da equipe ou da Unidade de Saúde indicado por ele, uma vez que a coleta de dados se daria por ferramenta online.

Após o envio dos instrumentos de coleta de dados para os 155 gestores que aceitaram participar, apenas 53 (34%) retornaram com os instrumentos respondidos. A tabela 2, a seguir, apresenta informações sobre como se chegou à composição da amostra final dos participantes do estudo.

Tabela 2: Resultado de busca dos equipamentos e gestores para convite e participação no estudo

Município	Total de Unidades de Saúde	Não foi possível o contato	Recusaram	Aceitaram o convite	Efetivaram a participação
Bauru	23	0	10	13	6 (26,08%)
Campinas	63	17	21	25	14 (22,22%)
Ribeirão Preto	47	3	34	10	3 (6,38%)
São Carlos	33	6	5	22	10 (30,30%)
São José do Rio Preto	25	0	1	24	6 (24,00%)
São José dos Campos	40	0	4	36	3 (7,50%)
Sorocaba	31	6	0	25	11 (35,48%)
TOTAL	262	32 (12,21%)	75 (28,62%)	155	53 (20,22%)-262 53 (34%)- 155

Fonte: Elaborada pelas autoras

Verifica-se que do total de 262 Unidades de Saúde existentes nos sete municípios, foi obtido um retorno de 20,22% dos participantes, o que também representou (34%) das Unidades que aceitaram o convite. Houve 28,62% de recusas em participar do estudo. Em algumas Unidades de Saúde (12,21%) não foi possível contato com o coordenador/gestor, apesar das diversas tentativas.

5.4.4 Coleta de Dados

De posse dos endereços eletrônicos dos participantes, o convite para participar da pesquisa foi reafirmado e as autorizações das Secretarias de Saúde e do CEP foram anexadas. Após o aceite do convite, disponibilizava-se um link de acesso a uma plataforma de formulário online, a qual continha o título, informação da pesquisa e pesquisadora e logo em seguida o TCLE. Ao ler o TCLE, se o participante concordasse

em participar deveria inserir seus dados e assinalar o campo de aceite. Ao fazer esse procedimento daria prosseguimento e os instrumentos de coleta de dados (formulários e questionário) estariam disponíveis para preenchimento.

Os gestores foram informados que, caso julgassem mais pertinente, poderiam indicar profissionais¹³ da equipe para responder aos instrumentos ou contar com a colaboração dos mesmos para responder conjuntamente.

Figura 3 - Plataforma de formulário online

The figure displays three sequential screenshots of an online form platform. Each screenshot shows a mobile interface with a top navigation bar containing a back arrow, the title 'Práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção B', a star icon, a notification 'Todas as alterações foram salvas no Google Drive', and an 'ENVIAR' button. The main content area is titled 'PERGUNTAS' and shows the current section number out of four.

Seção 1 de 4: Titled 'REVELANDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIS NA ATENÇÃO BÁSICA'. It includes a sub-header 'Pesquisa de Doutorado.' and text: 'A pesquisa esta vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional na UFSCar em São Carlos. Sua participação é fundamental para o cuidado a essa população e para a construção de Políticas Públicas!!'. Below this is a 'TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:' section with the text: 'Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção'.

Seção 2 de 4: Titled 'FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE'. It includes the text: 'Este formulário contém questões que abordam sobre seus dados gerais, formação e atuação profissional.'

Seção 3 de 4: Titled 'FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO'. It includes the text: 'Este formulário contém questões que abordam sobre o tempo de funcionamento da Unidade de Saúde, composição da equipe e assistência prestada à população.'

¹³ Apenas seis gerentes indicaram outros profissionais da equipe para responder aos instrumentos, sendo dois psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um farmacêutico e um agente comunitário de saúde.



Na primeira tentativa de envio dos e-mails e o respectivo link de acesso à plataforma houve pouco retorno, sendo feitos, pelo menos, mais três tentativas de contato para cada um dos gestores/coordenadores por esta via, contabilizando em torno de 400 e-mails enviados.

Em algumas Unidades de Saúde, após o aceite de participação, foi feita a tentativa de contato presencial, que envolveu a ida do pesquisador ou auxiliares de pesquisa¹⁴ a 15 Unidades de Saúde dos municípios de São Carlos, Bauru, Campinas e São José dos Campos. Observa-se que a tentativa de coleta presencial se deu por alguns fatores – pequeno retorno das Unidades de Saúde localizadas nesses municípios e facilidade de acesso da pesquisadora para coletar os dados presencialmente. Porém, mesmo com essa tentativa de coleta, não houve um aumento expressivo de participação, sendo que muitas vezes, mesmo agendando o dia e local da coleta, os respondentes não estavam na Unidade de Saúde, ou não puderam receber o pesquisador ou os auxiliares.

Todo o processo, desde a identificação dos participantes até a finalização da coleta de dados, ocorreu ao longo de um ano e meio (janeiro/2016 a julho/2017).

5.4.5 Análise e tratamento dos dados

Os dados obtidos por meio dos questionários foram inseridos e tratados por meio de planilhas do programa Excel® e apresentados descritivamente.

Para as questões abertas, utilizou-se a técnica de análise categorial, uma das técnicas contidas na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011, 2008).

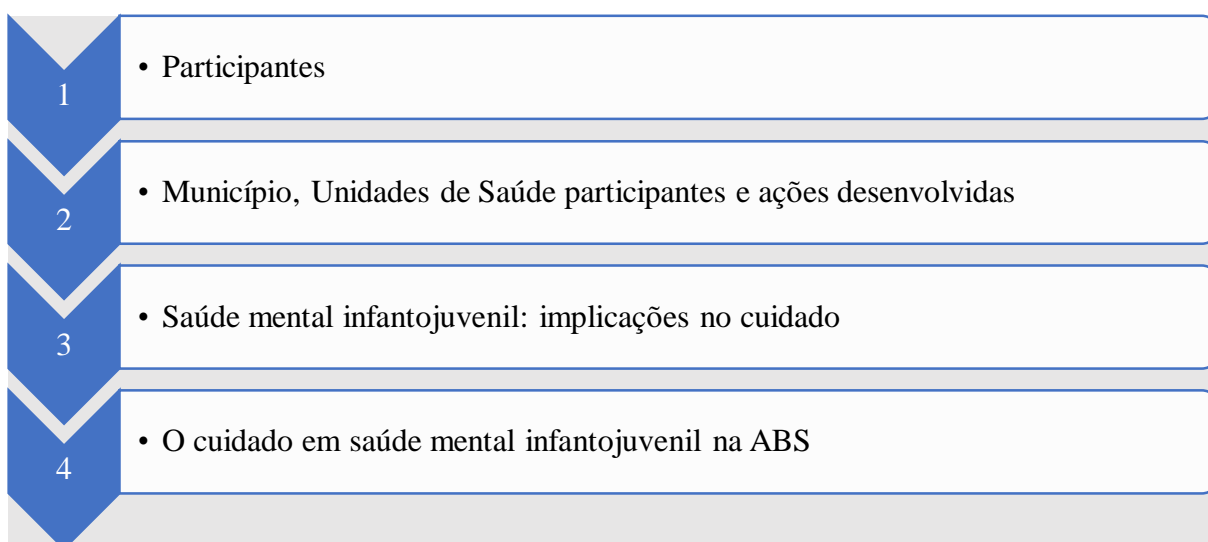
A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise que surgiu nas ciências sociais, visando obter, por procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos

¹⁴ Os auxiliares de pesquisa foram dois alunos de graduação e dois terapeutas ocupacionais recém-formados, orientados sobre a pesquisa e a aplicação dos instrumentos.

relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Já a técnica de análise categorial é considerada uma das formas mais antigas e básicas que se insere na análise de conteúdo, adotando a totalidade do texto na análise, passando-o por uma triagem de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido (BARDIN, 1997; 2008).

VI RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do Estudo I serão apresentados nesta seção e visam responder parte dos objetivos da pesquisa. Eles foram organizados em quatro eixos, a saber:



6.1 PARTICIPANTES

Neste eixo serão abordados aspectos referentes aos participantes do presente estudo como a caracterização, formação e atuação profissional, experiência na ABS e afinidades com o campo de atuação.

Assim, conforme informado anteriormente, a presente pesquisa contou com a participação de 53 gestores de Unidades de Saúde. Apresenta-se na tabela 3, a seguir, informações sobre os participantes:

Tabela 3: Caracterização dos participantes

Variáveis		Nº	%
Sexo	Feminino	47	88,67%
	Masculino	6	11,32%
Idade	20 a 30 anos	1	2%

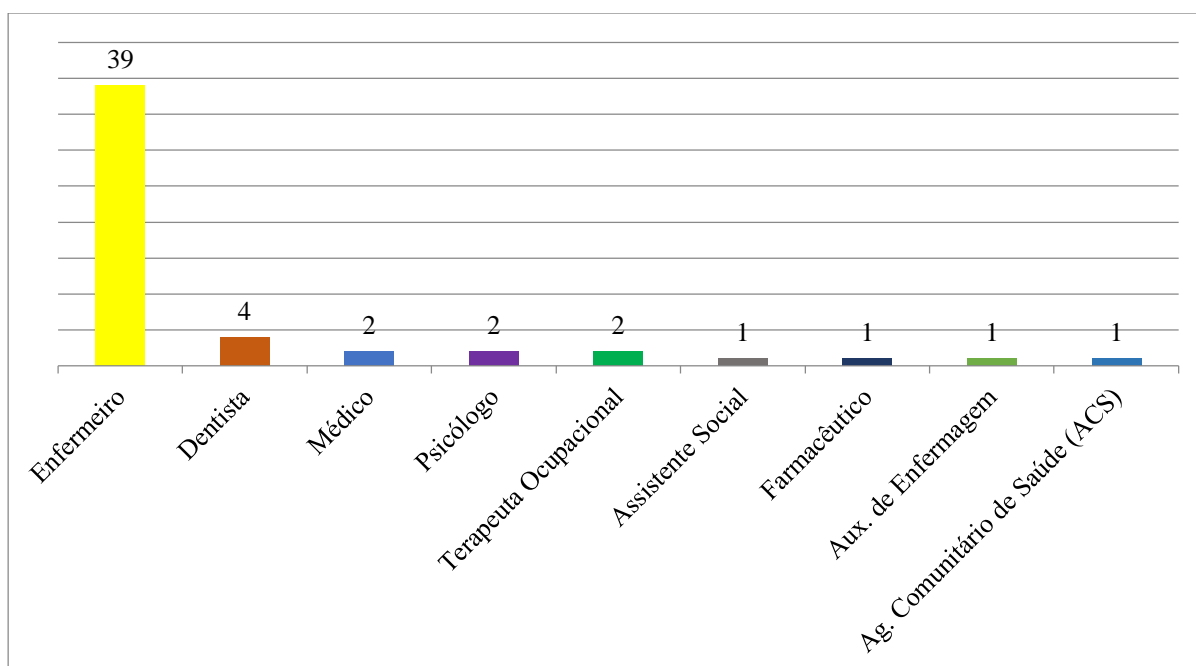
	31 a 40 anos	24	43%
	41 a 50 anos	18	34%
	51 a 60 anos	10	19%
Função	Gerência	46	86,79%
	Assistência	6	11,32%

Fonte: Elaborada pelas autoras

Do total dos participantes apenas seis não respondiam pela gerência da Unidade de Saúde; a maioria, 47 (88,67%), são mulheres e possuíam entre 31 e 50 anos.

No que tange à formação dos participantes, a figura 4 contém informações sobre as categorias profissionais:

Figura 4: Formação dos participantes



Na figura 4 observa-se uma grande concentração de participantes com formação em enfermagem, evidenciando que apesar da PNAB não definir a categoria do enfermeiro como coordenador ou gestor, há uma crescente apropriação deste lugar por estes profissionais, reafirmada também em outros estudos (COTA et al., 2006; JONAS et al., 2011).

Silva et al. (2017) e David et al. (2018) apontam que embora a gestão não seja uma tarefa exclusiva de nenhuma categoria profissional do campo da saúde, o profissional da enfermagem, mesmo com interfaces em outros campos, tem como objeto central de intervenção a gestão do cuidado e, portanto, tem sido acionado a assumir essa função nos equipamentos de saúde, assim como verificou-se no presente estudo.

No entanto, a literatura aponta que os enfermeiros ao assumirem este papel, devem ampliar seu olhar para toda a equipe multiprofissional e desenvolver novas competências profissionais no que tange à gestão dos processos de trabalho e à liderança de parte das ações das equipes, por ser o responsável pelo gerenciamento dos territórios (JONAS et al., 2011). Nesta direção, sugere-se que este profissional tenha o domínio de saberes e práticas de diversas áreas do conhecimento humano, como também uma formação ampliada que compreenda a macropolítica (envolvendo aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, históricos) e a micropolítica (relacionada a articulação e funcionamento das comunidades) (SPAGNUOLO; TORALLES-PEREIRA, 2007).

Além disso, considera-se que as transformações nos modelos de saúde no Brasil e a proposição da ABS fundamentada na ESF exigiu dos profissionais uma forma de gestão que favorecesse o alcance dos resultados neste nível de atenção à saúde, e que efetivasse a PNAB (GOMES; PAULA, 2014), independentemente da formação profissional do gestor.

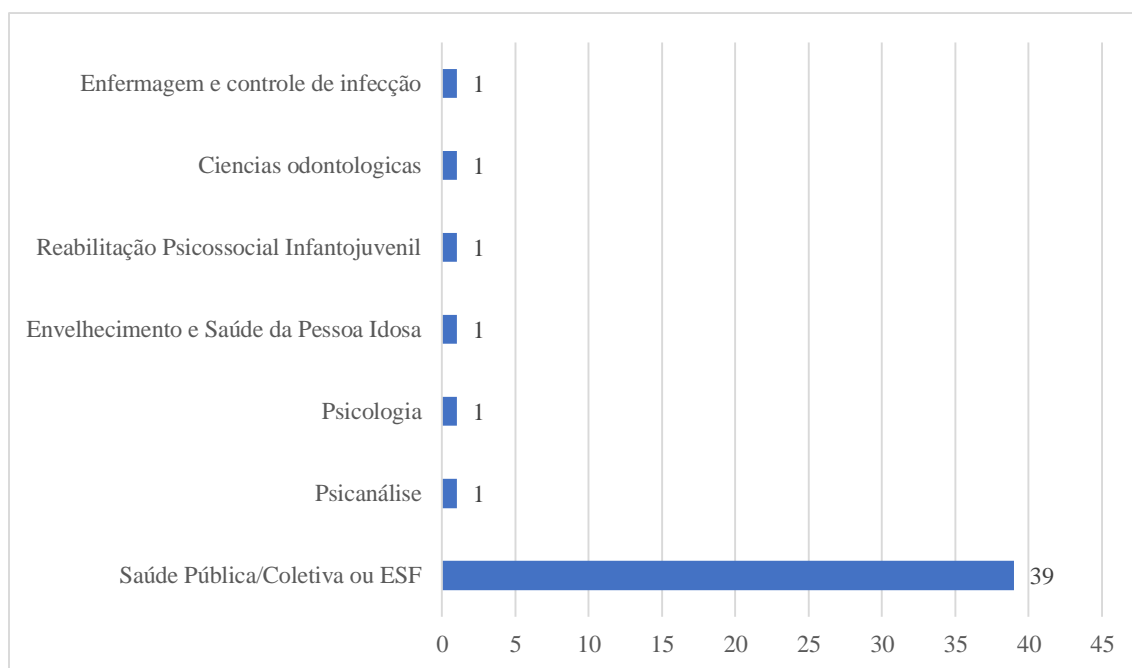
Contudo, ainda que se almeje responder à PNAB, verifica-se que no cotidiano de trabalho há um duplo movimento no que tange a gestão, muitas vezes em direções opostas. Há por um lado as ações relativas a gestão que implicam na organização do serviço e de tarefas, por outro há uma demanda de envolvimento deste profissional na assistência junto aos usuários (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Martins et al. (2013) consideram que esta dupla função tende a interferir negativamente tanto na gestão dos serviços como na qualidade do atendimento ofertado, uma vez que há demandas e necessidades de saúde que estão fora do alcance destes profissionais, por diferentes motivos, dentre eles devido às limitações técnicas dos gestores diante da abrangência de demandas sob responsabilidade da ABS (MARTINS et al., 2013). Nesta perspectiva, compreende-se que os gestores nem sempre conseguem responder às demandas dos serviços, seja as de gestão ou de assistência, mesmo que com apoio da equipe multiprofissional.

Para além, David et al. (2018) afirmam que ainda que se saiba sobre a fundamental importância deste profissional (enfermagem) na ABS tanto no que se refere às práticas assistências como na gerência, na literatura científica nacional isso ainda é pouco problematizado, o que se reflete na escassa produção bibliográfica sobre o tema.

Além da formação, 45 (87%) participantes informaram que fizeram Pós-Graduação. Destes, 39 estão voltadas para Saúde Pública/Saúde Coletiva ou ESF, conforme apresenta-se na figura 5.

Figura 5- Campo da Pós-Graduação realizada pelo participante

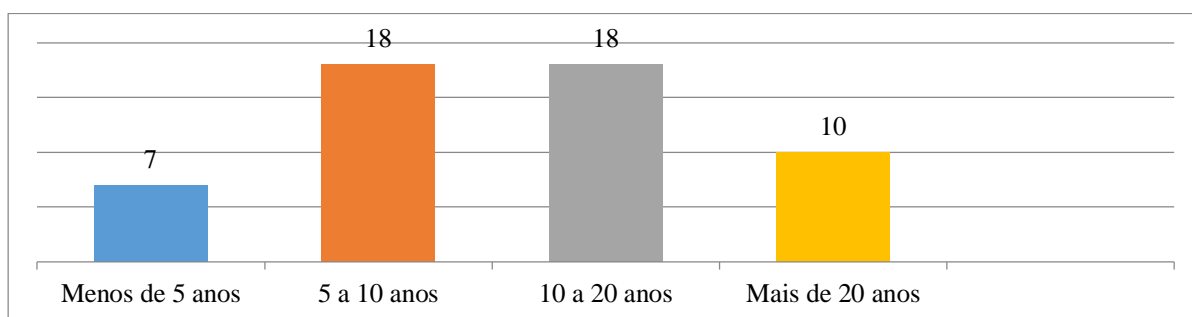


Este resultado é relevante, uma vez que estudos apontam que apesar dos avanços no âmbito na cobertura e acesso aos serviços, um dos desafios presentes é a qualificação da atenção à saúde. Ou seja, é fundamental investir na formação de recursos humanos no SUS, principalmente dos profissionais que atuam nos diferentes equipamentos da rede, para que seja possível atender toda a complexidade das práticas nos serviços de saúde (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016). Assim, a partir dos resultados apresentados, compreende-se que as informações dos participantes sobre qualificação e formação profissional caminham na direção do que a literatura considera importante para responder à complexidade existente, favorecendo o cotidiano de trabalho e o cuidado ofertado às populações.

Nessa direção, pesquisadores afirmam que formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio, uma vez que é necessário trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos (BATISTA; GONÇALVES, 2011; PEDROSO, 2005).

Também foi solicitado que os participantes respondessem sobre o tempo de formação e de atuação na ABS. Relativo ao tempo de formação, este variou entre 5 e mais de 20 anos. Já em relação ao tempo de experiência do participante na ABS segue a figura 6:

Figura 6: Tempo de experiência do participante na ABS

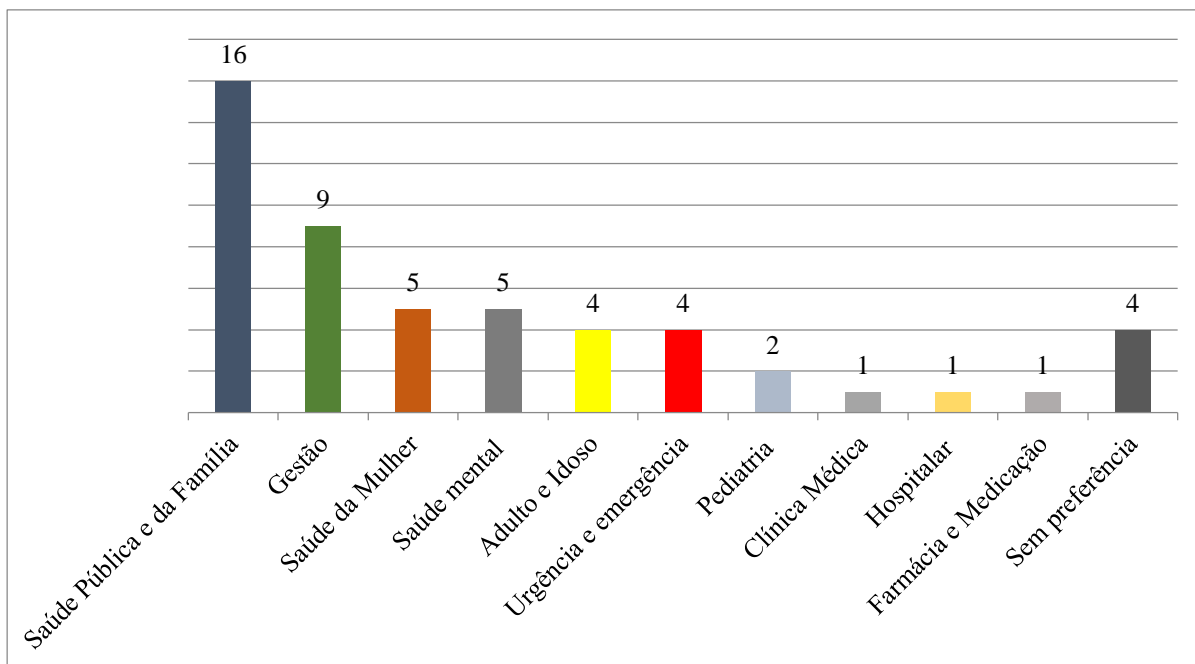


Observa-se na figura 6 que a maioria dos participantes têm experiências prolongadas na ABS, sendo que a maior indicação foi de profissionais com experiências de 5 a 10 e de 10 a 20 anos.

Referente ao campo de atuação que o participante apresenta maior afinidade¹⁵, segue a figura 7.

Figura 7: Campo de atuação que o participante apresenta maior afinidade

¹⁵ Neste estudo adotou-se o termo afinidade enquanto sinônimo de **sintonia**, **interesse**.



O campo mais citado pelos participantes foi o da Saúde Pública/Saúde da Família, 16 (30,18%), seguidos do campo da Gestão, 9 (16,98%), Saúde da Mulher, 5 (9,43%), e Saúde Mental, 5 (9,43%), sendo a pediatria mencionada apenas por dois participantes. Observa-se que os resultados anteriores relativos à formação do profissional parecem ser coerentes com o campo de atuação que o participante tem maior afinidade, o que sugere uma relação entre esses dois aspectos.

Não obstante, ainda que pouco se saiba sobre a influência do campo de afinidade do gestor nas ações realizadas, hipotetiza-se que esta implicação tenha efeito no que é proposto e desenvolvido pelas Unidades de Saúde. De qualquer forma, sugere-se que esta problematização seja abordada em estudos futuros.

Além disso, mesmo que não se tenha clareza sobre tais influências, cabe ressaltar alguns apontamentos especificamente do campo da saúde mental. Assim, o fato da saúde mental ser apontada por apenas cinco participantes possivelmente reverterá no cuidado ofertado na Unidade de Saúde como, por exemplo, na dificuldade em reconhecer as demandas de saúde mental no território, no estímulo ou proposição de práticas de promoção e prevenção, dentre outras.

Corroborando com essa hipótese, a literatura aponta para o baixo protagonismo dos profissionais da enfermagem (os quais têm assumido majoritariamente a gestão), tanto na produção de conhecimento, como também no reconhecimento como profissionais atuantes no campo da saúde mental (GALERA, 2018; SENN, 2013;

GONÇALVEZ et al., 2013; DELANEY, 2016). Sendo assim, com a proposição do SUS e com o processo da reforma psiquiátrica, há um desafio colocado para os profissionais da enfermagem que atuam no território, principalmente no que se refere ao cuidado à saúde mental (GONÇALVES et al., 2013).

Neste eixo temático foi possível abordar alguns fatores relativos aos participantes – formação profissional, experiência na ABS e afinidade com o campo da saúde mental, e como estes podem estar implicados no cuidado à saúde mental neste nível de atenção à saúde.

6. 2 MUNICÍPIOS, UNIDADES DE SAÚDE PARTICIPANTES E AÇÕES DESENVOLVIDAS

Neste eixo serão apresentados os resultados que caracterizam os Municípios, as Unidades de Saúde participantes, assim como as ações desenvolvidas pelas mesmas.

Quanto aos municípios, segue a tabela 4:

Tabela 4: Informações sobre os Municípios participantes

Município	População	Cobertura AB	NASF	CAPSij
Bauru	343.937	42,19%	0	1
Campinas	1.080.113	59,95%	3	3
Ribeirão Preto	604.682	51,12%	1	1
São Carlos	221.950	56,82%	1	1
São José do Rio Preto	408.258	59,86%	5	3
São José dos Campos	629.921	44,47%	0	1
Sorocaba	586.625	58,68%	3	3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Informação (CNES) e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor).

Na tabela 4 identifica-se que São Carlos é o município menos populoso e Bauru o de menor cobertura da ABS. Já Campinas é o município mais populoso e

apresenta a maior cobertura da ABS e conta com 3 CAPSij para responder às demandas de saúde mental infantojuvenil. Sorocaba e São José do Rio Preto também possuem 3 CAPSij.

No entanto, mesmo que Sorocaba, São José do Rio Preto e Campinas apresentem uma maior quantidade de CAPSij, há uma defasagem no número destes equipamentos para atender à demanda territorial, se consideramos que o Ministério da Saúde viabiliza a implantação de CAPSij em municípios com pelo menos 70 mil habitantes (BRASIL, 2017a). Desta forma, verifica-se que todos os municípios envolvidos neste estudo contam com um número insuficiente destes equipamentos estratégicos para responder às demandas de saúde mental infantojuvenil.

Em 2015 a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS informou que até o ano de 2014 havia apenas 201 CAPSij implantados em todo território nacional. O reduzido número de equipamentos especializados somado à prevalência do sofrimento psíquico na infância e adolescência em um cenário onde 10 a 20% desta população apresenta demandas de saúde mental, com elevação deste número em territórios de maior vulnerabilidade social, torna a realidade apresentada bastante preocupante (CID, 2011; MACHADO et al., 2014; LOPES et al., 2016).

No âmbito da ABS, apesar do investimento desde a década de 1990 para expansão de sua cobertura, os resultados apresentados são alarmantes, uma vez que a maioria dos municípios apresenta uma cobertura de pouco mais da metade da população, não chegando a 60%. Tal cobertura parece bem distante do que foi estimado pela reformulação da PNAB em 2017 (ainda mais com os constantes retrocessos e desmonte do SUS), onde a meta de cobertura era de 100% nos próximos anos, principalmente em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social (BRASIL, 2018c).

Além disso, aponta-se que o atual governo, recentemente, anunciou que o repasse de recursos aos municípios será realizado a partir do número de pacientes cadastrados nas equipes de saúde, o que causará a exclusão de muitos brasileiros. Considera-se que esta proposta do Ministério da Saúde impactará um dos principais pilares do SUS- a Universalidade, uma vez que pretende-se abarcar somente usuários que consigam fazer cadastro nas Unidades de Saúde, deixando de fora aqueles que ainda não estão registrados no sistema. Assim, este novo formato fará com que as Unidades de

Saúde não tenham os recursos necessários para atender os novos pacientes, reduzindo o escopo da cobertura da ABS (FOLHA DE SÃO PAULO, 2019).

Ressalta-se a contradição presente, onde por um lado tem-se um investimento teórico-político na ABS, colocando-a na centralidade das políticas públicas de saúde e conseqüentemente das RAPS, e uma meta de maior alcance da cobertura e, por outro lado, um desinvestimento constante e recente, que ao invés de fortalecer esse nível de atenção à saúde, tem limitado o escopo de suas ações por meio dos cortes dos gastos públicos e repasses cada vez mais escassos. Questiona-se o quanto este cenário tende a fragilizar todo o cuidado em saúde, o que inclui aquele prestado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e conseqüentemente o trabalho em rede, sendo este uma premissa das políticas públicas de saúde mental, da infância e adolescência e da ABS?

Quanto aos NASF, identifica-se na tabela 4 que Bauru e São José dos Campos não possuem nenhuma equipe registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Ribeirão Preto e São Carlos possuem uma equipe, Sorocaba e Campinas três e São José do Rio Preto é o município que apresenta mais equipes, podendo contar com cinco.

Ainda que as equipes de NASF tenham sido implantadas nos últimos dez anos, sua expansão não tem ocorrido proporcionalmente às demandas locais, se considerarmos a quantidade de Unidades de Saúde existentes, conforme reforçam os resultados do presente estudo.

Nesta direção, conforme já apontado na introdução deste trabalho, discute-se que o número insuficiente de CAPSij, somado às poucas equipes de NASF existentes para apoiar a ABS, são fatores preponderantes e implicam diretamente no cuidado que tem sido ofertado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, uma vez que a responsabilidade pelo mesmo acaba por ser dirigida aos serviços de saúde da ABS, sem o apoio e contrapartida de outros setores.

A partir desse panorama, aponta-se o quão recente são os NASF, desde seu surgimento em 2008, de forma que ainda se encontram em processo de implantação, reconhecimento, valorização e ampliação. Questiona-se, portanto, quais serão as perspectivas para os próximos anos, uma vez que com os desinvestimentos desde 2017 evidencia-se um total desinteresse e descaso com a saúde pública.

Novamente se faz o alerta de que esse cenário tende a agravar ainda mais a situação da ABS, considerando a importância desse dispositivo (que sequer foi

consolidado) para a assistência à saúde mental enquanto ferramenta de apoio às equipes das Unidades de Saúde da ABS, potencializando as práticas territoriais, fundamentais no processo de desinstitucionalização.

Diante dessa realidade, a literatura tem apontado que as equipes da ABS não têm conseguido responder às demandas de saúde mental infantojuvenil, devido ao não reconhecimento do sofrimento psíquico no território, à falta de formação profissional e desarticulação da rede (SILVA; CID; MATSUKURA, 2018; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). Observa-se que há um limite colocado na assistência a essa população, principalmente devido à rede limitada, ou pela ausência desta.

Cabe ressaltar que mesmo que em algumas situações os equipamentos da atenção especializada como o CAPSi estejam presentes, sem a corresponsabilização pelo cuidado por outros equipamentos da rede e condições para assumir tal função, o cuidado continuará limitado, fragmentado e distante das propostas de desinstitucionalização. Embora a presença de uma rede ampliada de equipamentos seja fundamental para atender às demandas da população, possibilitando que elas tenham minimamente acesso aos serviços, o cuidado não se efetiva apenas pela existência dos mesmos.

A título de exemplo, ao analisar e refletir sobre os processos de alta das crianças e adolescentes do CAPSi, compreende-se que esta só será possível se houver o respaldo da ABS, visando o acompanhamento no território, uma vez que a alta na saúde mental é condicionada à existência e articulação de uma rede que acolha e acompanhe longitudinalmente essa população (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011; MATIAS, 2019). Assim, se a ABS não responde a estas situações, corre-se o risco de cada vez mais institucionalizar as crianças e adolescentes em serviços especializados, como já vem ocorrendo.

Considerando que muitos municípios ainda não contam com uma rede de serviços especializados como o CAPSi, o estudo de Lourenço (2017), realizado junto a 21 profissionais vinculados a ESF de três municípios do interior de São Paulo, objetivou compreender sob a ótica destes profissionais como os serviços de ABS de municípios que não possuem CAPSi infantojuvenil lidam com a demanda da saúde mental infantojuvenil.

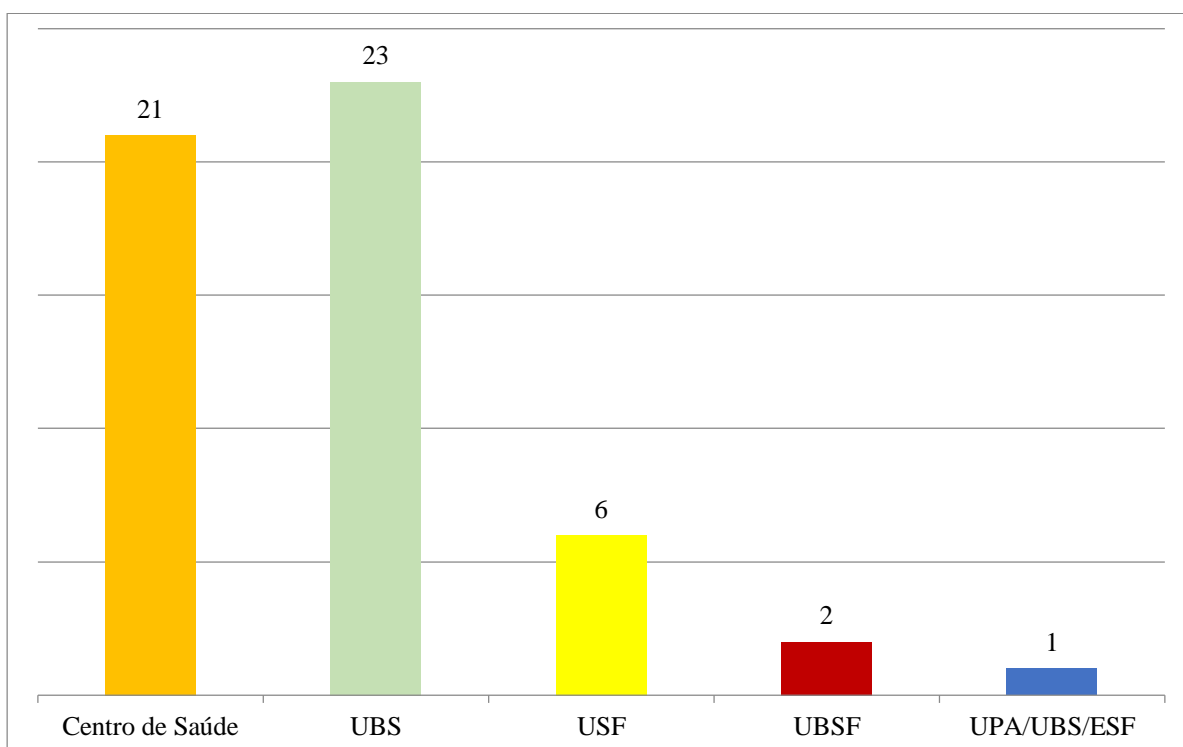
Os resultados do estudo de Lourenço (2017) revelaram que no município que conta com o apoio do NASF, a responsabilização dos casos de saúde mental infantojuvenil que chegam às Unidades fica a cargo da equipe NASF que realiza atendimentos individuais na Unidade de Saúde e discussões de caso pontuais com o médico e/ou enfermeiro. Assim, verificou-se que as ações de cuidado em saúde mental

infantojuvenil na própria Unidade, quando existem, também ocorrem de forma individualizada e sem articulação com a rede, assim como identificado nos estudos de Silva, Cid e Matsukura (2018) e de Teixeira, Couto e Delgado (2017).

Nessa perspectiva é preciso avançar e refletir sobre as barreiras e limites que tem inviabilizado a integralidade do cuidado e os direitos dessa população, investindo, por exemplo, na qualificação da ABS, na corresponsabilização do cuidado para além da atenção especializada e principalmente no cuidado em rede e intersetorial.

A seguir, na figura 8, apresenta-se a caracterização e designação das Unidades de Saúde participantes.

Figura 8: Caracterização das Unidades de Saúde participantes



Observa-se na Figura 8 que são adotadas diferentes nomenclaturas que correspondem às Unidades de Saúde da ABS sendo que em algumas há no próprio nome a presença da ESF e, em outras, adota-se o termo Centro de Saúde. A presença da ESF nas Unidades rebaterá em algumas especificidades no que tange à equipe, estrutura e proposição.

A partir do dimensionamento histórico apresentado na introdução deste trabalho, considera-se que o surgimento e a consolidação dos cuidados primários à saúde,

realizados pela ABS no Brasil, se materializaram por meio da criação de uma rede permanente de Centros de Saúde (CS) a partir de 1925. Além disso, importa dizer que a criação dos CS visava transformar a assistência então vigente por meio de uma rede básica permanente que deveria estar próxima às comunidades e que combateria o desconhecimento do povo a respeito da higiene, frente aos novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país. Posteriormente, a proposta dos CS foi se expandindo e se firmando na ABS, principalmente após a Conferência de Alma-Ata no final da década de 1970 (CAMPOS, 2006).

No contexto histórico da assistência à saúde pública no Brasil, ABS passou por diferentes interpretações. Da APS proposta em Alma-Ata até hoje surgiram derivações consideradas avanços ou especificidades em relação à proposta original, de forma a gerar uma reorientação do sistema de saúde no Brasil (BRASIL, 2006a; FAUSTO; MATTA, 2007). Os resultados aqui apresentados ilustram este processo de reorientação e transformação do sistema de saúde no país.

Conforme dito anteriormente, tem-se a implantação dos primeiros CSs visando os cuidados primários e, décadas depois, em 1994, a criação e consolidação da ESF, advinda do PSF, como principal estratégia da ABS, visando a uma atenção básica ampliada, abrangente e inclusiva. (BRASIL, 2006a).

Em contrapartida, apesar do estudo de Giovanella et al. (2012) apontar que no Brasil a ABS se distanciou das propostas internacionais da APS, que indicavam para práticas de cuidado seletivas, identifica-se no processo histórico de constituição do modelo de atenção à saúde no país a coexistência de diferentes formatos e, conseqüentemente, diferentes composições de equipes que, diante da falta de direcionamento político claro, da predominância do enfoque biomédico e da incorporação de um modelo de saúde baseado nas premissas da vigilância a saúde, acabaram por resultar no domínio de ações seletivas e programáticas em detrimento de uma atenção básica ampliada.

Pinheiro e Camargo Jr (2000) apontam que uma forma adotada pelo governo para atender às demandas de saúde foi a organização da assistência por meio dos programas, porém, estes consideram a dimensão epidemiológica do adoecimento, organizando os serviços a partir de uma lógica centrada na doença ou nos grupos com maior risco de contraí-la.

Assim, quando o usuário se insere em um desses programas, ele passa a assumir a identidade da doença diagnosticada, sendo informado dos procedimentos que

deve seguir, dentro do serviço e em sua vida cotidiana (PINHEIRO; CAMARGO JR, 2000). Nesses programas há uma tendência a desconsiderar a participação de outros atores que também estão implicados no processo e, fundamentalmente, o próprio sujeito-usuário. Pautado no tecnicismo das ações, acabam por deixar de lado as questões subjetivas do sujeito, de forma que são desconsiderados os aspectos sociais, econômicos, culturais, os quais, enquanto determinantes sociais de saúde, estão implicados diretamente nas necessidades de saúde da população (SOUZA; BOTAZO, 2013).

Embora exista um conceito nacional (ABS) que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual e prática da APS mundialmente, nos mais de cinco mil municípios brasileiros há uma enorme gama de práticas sob a designação de ABS, como também se identificou no presente estudo (BRASIL, 2006a).

Observa-se nos resultados aqui apresentados, que em uma das Unidades de Saúde participantes há em um mesmo espaço físico diferentes tipos de clínica, que perpassam desde a UBS, ESF e até urgência e emergência, o que tem sido estratégia comum em municípios menores, devido à racionalidade assistencial e financeira, e para que seja possível maior cobertura (CAMPOS, 2018).

Quanto à composição das equipes das Unidades de Saúde participantes, estas variaram significativamente, segundo sua classificação. Em algumas Unidades de Saúde há equipes de assistência reduzida (por exemplo, 9 profissionais), composta por médicos clínicos gerais ou saúde da família, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, e em outras há a presença de uma equipe ampliada (por exemplo, 40 profissionais), multidisciplinar, com terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psiquiatras, pediatras, ginecologistas, otorrinolaringologistas, homeopatas e reumatologistas.

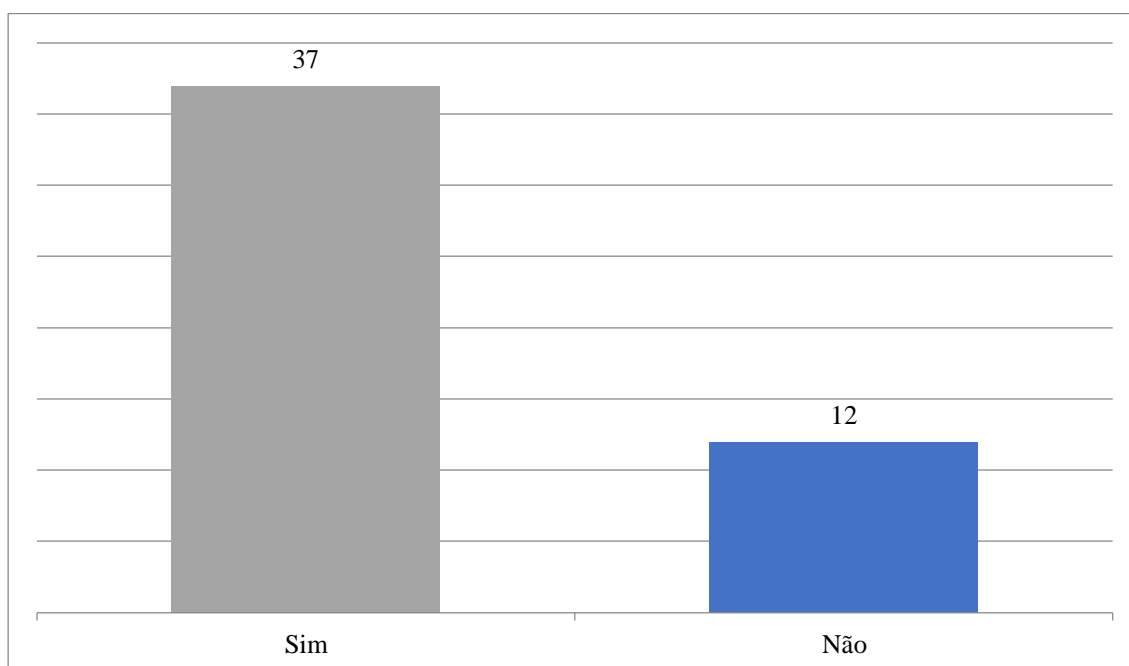
Destaca-se que a ESF, principal estratégia de reorientação da ABS, deve ser composta por uma equipe multiprofissional que contemple, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012a). Porém, em 2017, com a reformulação da PNAB, a gestão municipal poderá compor as equipes da ABS de acordo com características e necessidades locais, sendo permitido a não obrigatoriedade dos ACS, em ressalvo para regiões de maior vulnerabilidade social, e a inclusão do Agente de Controle de Endemias (ACE) (BRASIL, 2017b).

Cabe refletir sobre os impactos dessa mudança para o cenário brasileiro, no caso das ESFs e, conseqüentemente, da assistência prestada, uma vez que com a retirada da obrigatoriedade dos ACSs corre-se o risco de além de se ter reduzidos ou ausentes estes profissionais nas Unidades de Saúde, concomitantemente, se ter concretizado o distanciamento do cuidado no território, dentre outros prejuízos. Estudos têm evidenciado a importância deste profissional nas equipes, de forma que a ausência dos mesmos descaracterizaria toda a proposta da ESF, além de comprometer a resolutividade e efetividade do cuidado prestado (OLIVEIRA et al., 2003; SILVA, 2006; FERREIRA et al., 2009; SANTOS, 2011).

Estudos recentes têm discutido sobre os impactos dessas mudanças na PNAB, como a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política. Morosini, Fonseca e Lima (2018) sinalizam para os retrocessos, com sérios riscos para as conquistas já obtidas, com o enfraquecimento e redução do papel da ABS e conseqüentemente desconstrução do SUS.

No que se refere ao matriciamento, foi questionado se a Unidade de Saúde conta com o apoio matricial. Na figura 9 verifica-se que na maioria das Unidades de Saúde há este tipo de suporte ofertado a equipe.

Figura 9: A Unidade de Saúde conta com o apoio de uma equipe de matriciamento?



A maioria das Unidades de Saúde tem o apoio de uma equipe de matriciamento, sendo que neste estudo duas das 37 unidades especificaram que o matriciamento é voltado apenas para saúde mental do adulto. Apesar de neste estudo não ser possível dimensionar a compreensão dos participantes sobre o apoio matricial e tampouco sobre como o mesmo se processa (ainda que se considere o apoio matricial como principal referencial teórico metodológico do NASF, outros equipamentos especializados como os CAPSij, também oferecem este tipo de suporte), no Estudo II, como se verá, os resultados evidenciaram uma incompreensão relativa aos objetivos e as ações realizadas pela equipe de matriciamento, resultando em dificuldades nas relações estabelecidas entre as equipes e nas possibilidades de ações que esta estrutura organizacional deveria viabilizar.

Considera-se que o conceito de apoio matricial foi desenvolvido por Campos (1998, 2000, 2003), tendo como objetivo garantir um suporte especializado a equipes e profissionais no campo da saúde. Caracteriza-se o apoio matricial como uma metodologia de trabalho complementar existente em sistemas hierarquizados, oferecendo assim a retaguarda assistencial e o suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011).

As atividades realizadas pela equipe de apoio matricial envolvem desde o atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, como também a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas, análise de estratégias para lidar com demanda específicas, análise de encaminhamentos e até mesmo o contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Estudos têm demonstrado os avanços positivos em diferentes experiências de apoio matricial, de forma que a partir de uma concepção horizontalizada do saber e possibilidades de trocas há ganhos na qualificação dos profissionais da ESF para lidar com o sofrimento humano; maior interlocução entre as várias categorias profissionais para ampliar a resolutividade das ações; abertura para o diálogo e para a troca de experiências entre profissionais e gestores e construção de vínculos afetivos (BONFIM, et al., 2013; JORGE et al., 2014).

Especificamente ao campo da saúde mental, destaca-se que o apoio matricial materializa o cuidado à saúde mental na ABS, sendo que desde 2001, o MS já demonstrava interesse na aproximação entre a saúde mental e a ABS (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2008). O estudo de Gerhardt et al. (2014), que teve como objetivo

investigar o apoio matricial em saúde mental na ABS na perspectiva dos profissionais de um CAPS, identificou que essa ferramenta possibilitou à equipe o reconhecimento e identificação das demandas de saúde mental no território sob sua responsabilidade.

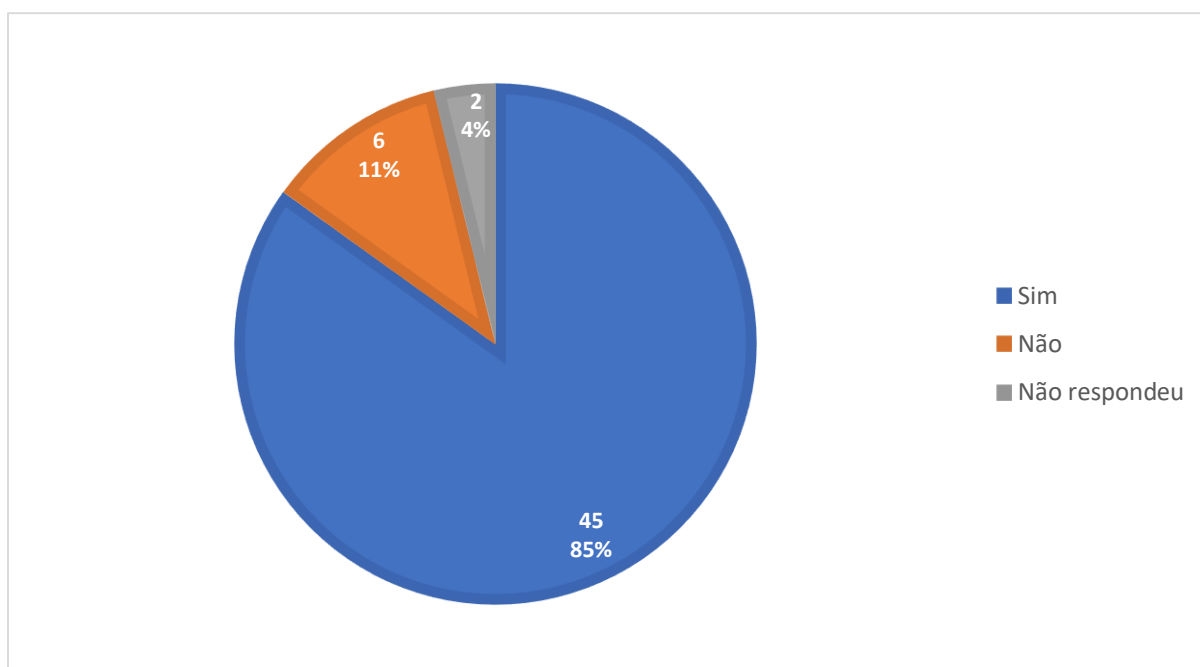
Além disso, o apoio matricial em saúde mental é uma estratégia que possibilita aos profissionais da saúde mental trocarem conhecimentos e práticas com os profissionais das equipes da ESF, dando-lhes suporte para poderem compreender, intervir e acolher melhor as pessoas em sofrimento psíquico, incorporando em sua prática a dimensão subjetiva e social do ser humano, mediante uma escuta qualificada e sensível, promovendo clínica ampliada (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

Estudos voltados para matriciamento no campo da saúde mental infantojuvenil também têm sido desenvolvidos. Dentre eles tem-se o de Cavalcanti et al. (2012), o qual abordou os desafios encontrados no cuidado à criança em sofrimento psíquico no contexto da ESF, fundamentado na compreensão do apoio matricial como ferramenta do cuidado à criança. Ao questionar sobre os casos de crianças no apoio matricial, identificou-se a quase inexistência de atendimento a essa faixa etária, de forma que não somente o tema da saúde mental infantil é ainda pouco estudado, como essa população tem pouca visibilidade no âmbito da ESF.

No presente Estudo I, 12 Unidades distribuídas nos sete municípios participantes relataram que não recebem matriciamento, o que é bastante preocupante em se tratando da importância do mesmo na ABS, uma vez que as equipes muitas vezes se encontram fragilizadas ou não dispõem de ferramentas para conduzir as situações e demandas de saúde sozinhas. Considera-se que a ausência de apoio matricial também pode ser reflexo de uma rede insuficiente de serviços, o que acaba por limitar a oferta de ações como esta. Muitas vezes em um município com uma rede de serviços reduzida, não é possível oferecer apoio matricial a todos os equipamentos da ABS, ainda que em regiões de maior vulnerabilidade este se faça presente.

Partindo para as ações desenvolvidas pela Unidade de Saúde participante, questionou-se se a Unidade desenvolve estratégias de cuidado que visam à prevenção de doenças e agravos e à promoção à saúde da população assistida em geral. A figura 10 ilustra essas informações.

Figura 10: A Unidade de Saúde possui estratégias de cuidado voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde?



Observa-se que 45 (84,9%) participantes afirmam a existência de ações de prevenção de doenças ou agravos e promoção à saúde sendo realizadas pela ABS, e 6 (11,3%) relatam não desenvolver ações desta natureza. Ainda que em minoria, surpreende a indicação dos 6 participantes que relataram não realizar ações de prevenção e promoção à saúde na medida em que estas ações constituem as próprias premissas e um dos principais objetivos da ABS (BRASIL, 2012).

No âmbito das ações desenvolvidas, especificamente em relação à infância e adolescência, foi questionado aos gestores sobre as ações de promoção, prevenção ou tratamento que a Unidade oferece as crianças e adolescentes na Unidade de Saúde. O quadro 1 apresenta as estratégias relatadas pelos participantes.

Quadro 1: Ações de promoção, prevenção ou tratamento ofertadas as crianças e adolescentes na Unidade de Saúde que foram citadas pelos gestores

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Puericultura e consultas de rotina	<ul style="list-style-type: none"> Somente acompanhamento de puericultura e vacinação Tratamento com consultas com pediatras Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança 	24
Programas e Grupos	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de pediatria Grupo de escrita e leitura realizado pelas fonoaudiólogas do NASF Grupo de adolescentes Bolsa família Grupo de atendimento odontológico 	24

Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos educativos nas escolas relacionados à sexualidade e construção de vínculo com a unidade • Pequenos projetos nas escolas da abrangência que tratam de assuntos do ciclo de desenvolvimento: higiene corporal, álcool, droga, prevenção de acidentes, gravidez, vida saudável, violência • Educação em saúde nos equipamentos sociais do território • Projeto falando para galera (sexualidade) 	17
Acompanhamento com Profissionais especializados ou encaminhamentos a outros serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento para psicóloga • Acompanhamento com a equipe do NASF • Médicos encaminham para especialidades • Terapia em saúde mental 	8
Ações externas	<ul style="list-style-type: none"> • Visitas domiciliares • Convocações de faltosos 	2
Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento 	1

Fonte: Elaborado pelas autoras

Observa-se que as Unidades de Saúde ofertam diferentes estratégias de cuidado à infância e adolescência, muitas voltadas às consultas de rotina e acompanhamento do desenvolvimento infantil por meio da puericultura. Porém, verificam-se ações focalizadas na saúde biológica, física e também dirigidas aos problemas de saúde.

Stotz (1991) contrapõe o conceito de necessidades ao de problemas de saúde, sendo as necessidades de saúde mais do que a ‘falta de algo’ para se ter saúde. Considera-se que as necessidades de saúde extrapolam as questões relativas aos problemas, doenças e demandas de serviços médicos, abarcando as vulnerabilidades que “expressam modos de vida e identidades”, envolvendo as condições necessárias para se ter saúde (HINO, 2009).

Santos, Bertolozzi e Hino (2010) apontam que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para lidar com as necessidades de saúde dos usuários, de modo a promover a autonomia dos sujeitos. Portanto, é fundamental compreender que as necessidades em saúde são importantes para responder com qualidade e efetividade às demandas da população.

Apesar das proposições políticas, os resultados do presente estudo e da pesquisa realizada por Heidemann, Wosny e Boehs (2014), onde os autores destacaram as limitações existentes na incorporação da promoção da saúde e da prevenção como

elementos fundamentais para cuidado oferecido à comunidade, evidenciam que na prática ainda há barreiras e limitações que comprometem os princípios do SUS e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida da população.

Os extratos de respostas, a seguir, exemplificam as diferentes práticas.

“Prevenção na unidade de saúde o que a gente está fazendo mais agora são as vacinas, e de prevenção mesmo, de promoção e prevenção nas unidades básicas não estão conseguindo fazer muito, mais é vacina mesmo. Ah também, teste do pezinho são feitos o acompanhamento médico de rotina que vai até dois anos que ele vai acompanhando para poder prevenir orientação de aleitamento materno, tudo isso, mas o principal é vacina, né”?

“Atendimento de pediatria (tanto a puericultura como o atendimento de intercorrências), atividade física, grupos específicos, atendimento odontológico, atenção farmacêutica, vacinação, acompanhamento das famílias pela equipe e pelos estagiários dos diversos cursos da área da saúde.”

Destaca-se a realização de grupos nas Unidades, ainda mais aqueles voltados para adolescentes, conforme exemplifica-se a seguir:

“A gente tem um grupo chamado mundinho pink que é destinado a crianças de 5 a 11 anos e é ai onde a gente desenvolve atividades tanto manuais, quanto acompanhamento mesmo das famílias que elas estão inseridas, a gente discute vários temas. Desde temas relacionados a infância mesmo até temas relacionados mais pra adolescentes como sexualidade, drogadição, essas coisas”.

Compreende-se a partir dos resultados encontrados o quanto novamente o cuidado neste nível de atenção à saúde expressa resquícios da proposta inicial da ABS, onde se verifica o enfoque seletivo e programático.

A proposta segue a mesma desde a Declaração de Alma-Ata, uma vez que ainda hoje tem-se proposições e práticas voltadas prioritariamente a grupos de risco e cuidado fragmentado (CUETO, 2004). Para as crianças, devido aos índices de mortalidade infantil (o Brasil tem registrado desde 2016 uma alta da mortalidade infantil

após décadas de queda) as ações instituídas tendem a apresentar apenas o caráter curativo e perinatal, sendo que por muitos anos se mantém a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil (ARAÚJO, 2014, BRASIL, 2011b; MALTA, 2019). Quanto aos adolescentes, quando há um cuidado voltado a este grupo, quase sempre estão atrelados ao uso de substância psicoativa e sexualidade, fundamentado em uma compreensão normatizadora.

Importa ressaltar que esse enfoque seletivo, programático e, portanto, limitado, voltado apenas a grupos de risco e problemas de saúde específicos, opera na lógica da normatização, trabalhando com generalizações epidemiológicas e pouco considerando as situações singulares dos contextos, o que se distancia da proposta do cuidado integral conforme preconizado pelo SUS. Assim, busca intervir em problemas de forma isolada e paralela, desconsiderando a complexidade das necessidades de saúde, como nos casos de saúde mental infantojuvenil (GIOVANELLA et al., 2012). Alerta-se para a necessidade de que os programas e políticas mais recentes se debrucem na perspectiva da concretização de um cuidado integral a essa população, fundamentado na lógica da prevenção e promoção e conseqüentemente das necessidades de saúde.

Ilustrando as possibilidades de cuidado integral em contraposição ao enfoque seletivo e programático, tem-se o exemplo da *Caderneta de Saúde da Criança (CSC)*, a qual visa acompanhar o desenvolvimento da criança na ABS até os nove anos de idade. Esta poderia ser mais amplamente utilizada e explorada na direção da identificação de necessidades de saúde e do cuidado integral em contraposição ao frequente uso da mesma apenas para registro de situação de vacinas e medidas antropométricas. Aponta-se que essa ferramenta de cuidado será melhor abordada e discutida a partir dos resultados obtidos no Estudo II.

Mesmo outras categorias, como Educação em Saúde, citada por 17 participantes, apontam para ações seletivas que envolvem temáticas voltadas a questões ligadas à sexualidade, higiene corporal, álcool e drogas.

O termo educação em saúde, segundo o Ministério da Saúde (2006), nos remete a processos educativos de construção de conhecimentos em saúde que visam à apropriação temática pela população, por meio da autonomia das pessoas no seu cuidado, no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Apesar da definição do MS compor elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo (gestão, profissionais e população), ainda existe grande

distância entre a teoria e a prática. Ou seja, é prevalente uma conotação de práticas educativas verticalizadas, onde anula-se a participação e o conhecimento da população (FALKENBERG, 2014).

Além disso, considera-se que este enfoque normatizador, da educação em saúde voltado prioritariamente a prevenção da gravidez, de doenças sexualmente transmissíveis e do uso de substâncias psicoativas, muitas vezes se torna uma barreira de comunicação entre os adolescentes e os profissionais, tanto pela forma como é abordado, como também pelo enfoque adotado, distanciando ainda mais esses sujeitos dos espaços de cuidado.

Compreendendo a educação em saúde com base na horizontalidade do saber e, considerando a presença e influência de diferentes determinantes sociais nos processos de saúde, esta poderia ser uma ferramenta potente no cuidado à saúde mais ampla e à saúde mental infantojuvenil em particular, articulando e compartilhando o cuidado com diferentes atores, seja com a própria população alvo (crianças, adolescentes e familiares), como também com os profissionais e gestores.

Ainda no que tange aos resultados encontrados no presente Estudo, o quadro 1 aponta para outras categorias – acompanhamento com profissional especializado ou encaminhamentos para outros equipamentos, conforme ilustram os relatos apresentados abaixo:

“Óh, o que a gente tem aqui, é uma maneira muito fácil e simples da gente conseguir encaminhar para psicóloga, que ela não é dessa unidade, tá? Mais a gente... Ela fica no ARES, que seria nosso centro de referência”.

“Médicos encaminham para outras especialidades...”.

“Conforme os casos chegam passam por acolhimento com a equipe de saúde mental, que muitas vezes solucionam na unidade ou encaminham para outros serviços”.

Pelas falas verifica-se que uma prática ainda comum são os encaminhamentos quase automáticos e a compreensão dos profissionais da ABS que para determinadas populações e demandas como a saúde mental o único cuidado que a Unidade de Saúde pode oferecer são os encaminhamentos a especialistas ou equipamentos especializados, alegando na maioria das vezes a escassez de recursos

humanos (equipe reduzida e fragilidades na formação profissional) e estruturais (falta de materiais, espaço) para atender a esta demanda (GRYSCHEK; PINTO, 2015; PINI; WAIDMAN, 2012).

Essa prática, a qual enuncia a concepção de saúde mental tida pelos profissionais, fundamentada na lógica dos problemas de saúde e cuidado voltado às especialidades, tem gerado uma superlotação da atenção especializada com longas filas de espera e baixa resolutividade.

No entanto, verifica-se que há muito que se avançar para que se efetive a proposta do cuidado integral, na própria ABS, de forma articulada e corresponsabilizada com a rede de cuidados às crianças e adolescentes, uma vez que a realidade evidenciada tanto pela literatura (TANAKA; RIBEIRO, 2009; GOMES et al, 2015; SILVA; CID; MATSUKURA, 2018), como pela presente pesquisa, sinalizou para um cuidado que se distancia dos princípios e diretrizes das políticas públicas.

É necessário refletir sobre a importância de transformar esse cenário e pensar em estratégias baseadas em um cuidado que responda às necessidades de saúde dessa população, para além do reconhecimento e/ou enfoque nas doenças e problemas de saúde.

Como também é possível verificar nos relatos apresentados, a maior parte das considerações dos participantes refere-se a questões de saúde mental ainda que a pergunta apresentada aos mesmos fosse relativa ao cuidado à infância e adolescência de forma geral.

É possível que esta especificidade encontre eco nas considerações de Dimenstein et al. (2009), que apontam que o modo de acolhimento da demanda em saúde mental realizado pelas equipes das Unidades de Saúde da ABS indica o privilegiamento do cuidado medicamentoso e especializado para a resolução problemas de saúde da população., Isso reflete, portanto, no encaminhamento da demanda aos serviços/profissionais especializados e na prescrição de receitas psiquiátricas.

Acredita-se que esse fenômeno, em parte, se deva à presença do modelo biomédico, hegemônico nas práticas de saúde, onde há o predomínio de uma visão limitada de saúde, associada unicamente à doença e aos problemas, resultando na crença de que a única alternativa de cuidado seja por meio de um corpo terapêutico oferecido pelo sistema médico-industrial. Desta forma, a visão fragmentada do trabalho em saúde, baseada nos conhecimentos especializados, propicia o fortalecimento da lógica do encaminhamento (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

Segundo Quinderé et al. (2013), os encaminhamentos encarecem os custos do sistema de saúde, sobrecarregam as famílias que precisam se deslocar para conseguir atendimento, sendo que o acompanhamento na própria ABS teria como benefício o fortalecimento do vínculo dos profissionais com as famílias e a facilidade na abordagem dos casos. Desde o momento em que se realiza o acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico na ABS, as equipes passam a deter de mais conhecimento da situação, tornando-se mais aptas a liderem com essas demandas.

Reforçando os achados do presente estudo, Delfini e Reis (2012) realizaram uma pesquisa que teve como objetivo descrever e analisar as articulações realizadas entre as equipes da ESF e do CAPSij. Os autores encontraram que o encaminhamento é o principal meio de contato entre as equipes, de forma indiscriminada, resultando na desresponsabilização pelo caso. Nesta direção, os resultados do estudo mostram que não há o compartilhamento do projeto terapêutico, mas sim a transferência de casos que são avaliados e pensados por cada equipe de forma isolada.

Mesmo havendo um contato entre os profissionais, ele ocorre apenas para agendamento da triagem do usuário. Esses encaminhamentos alertam para a desarticulação das ações, bem como para a existência de uma relação fragmentada entre equipamentos, o que inviabiliza um atendimento integral e transdisciplinar (DELFINI; REIS, 2012).

Os autores consideram que há dois sentidos distintos para o termo encaminhamento - *encaminhamento indiscriminado*, enquanto sinônimo de se desresponsabilizar (conforme abordado acima), e o *encaminhamento implicado*, no qual é solicitado apoio para situações que exigem alguma especificidade e onde se compartilha o cuidado, conforme proposto pelo Ministério da Saúde em 2014. Este último é precedido de uma discussão de caso entre profissionais da ESF e do CAPSij, onde as equipes compartilham informações e saberes e decidem conjuntamente como lidar com a situação (DELFINI; REIS, 2012).

Além da desresponsabilização pelo cuidado e da lógica dos especialismos, os encaminhamentos muitas vezes acabam por sobrecarregar os serviços da atenção especializada, uma vez que estes não dão conta de abarcar toda a demanda existente, tornando a assistência pouco integral e resolutiva (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; DELFINI et al., 2009). Por outro lado, compreende-se que a prática constante dos encaminhamentos também ocorra devido a outros fatores já discutidos anteriormente nos

resultados do presente estudo, como o desconhecimento dos profissionais da ABS, a falta de formação profissional para atuar no campo, assim como a dificuldade de identificar as demandas e necessidades de saúde, para além dos problemas de saúde mental.

De tal modo, abordar as necessidades de saúde de crianças e adolescentes que experienciam o sofrimento psíquico nos remete a contextualizar e problematizar diferentes aspectos, sejam eles sociais, familiares, contextuais, relacionais e de desenvolvimento que vão muito além de um diagnóstico ou um problema de saúde mental (TAÑO, MATSUKURA, 2014; CID; MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012). Até porque ao considerarmos a etapa da vida dessa população e suas especificidades, o sofrimento psíquico se expressa de forma diferente dos adultos, com toda a complexidade e singularidade que permeia a infância e adolescência.

Mesmo que pouco citadas, duas categorias serão destacadas, uma vez que podem ser analisadas enquanto potência no que tange às ações voltadas às crianças e adolescentes na Unidade de Saúde. São elas: o acolhimento e as ações externas.

As ações externas envolvem as visitas domiciliares e convocação de faltosos. Apesar de não serem exclusivas dos ACS, são esses profissionais que realizam este tipo de cuidado, conforme também será apresentado e discutido no Estudo II. Os ACS têm muito a contribuir com o processo de identificação das necessidades de saúde, a partir de sua atuação direta no território e da vivência em toda sua complexidade, o que poderia ser mais explorado gerando potência no cuidado proposto.

Quanto aos acolhimentos, chama a atenção o fato de ter sido citado apenas uma única vez como estratégia de cuidado e, ainda assim, ser direcionado especificamente a uma equipe de saúde mental. Questiona-se se os profissionais reconhecem e têm a dimensão do acolhimento e sua importância enquanto uma ferramenta de cuidado presente em diferentes esferas do SUS, como na política de humanização. No Estudo II também será possível fazer este tensionamento, uma vez que os resultados advindos da etnografia reafirmam essa fragilidade.

Compreende-se que o acolhimento visa inverter a lógica de organização e o funcionamento dos serviços de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário sob os parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (FRANCO et al., 1999).

O acolhimento enquanto diretriz operacional do SUS pode ser visto como uma tecnologia de cuidado potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre a equipe e a população, questionar o processo de trabalho, realizar o cuidado integral e modificar a clínica (SOUZA et al., 2008).

Contudo, apesar da sua relevância, o estudo avaliativo de Souza et al. (2008) desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, indica que o acolhimento é um processo em construção, variando nas Unidades de Saúde em níveis de concepção e estratégias de reorganização cotidiana do trabalho, ou inexistente em algumas Unidades investigadas.

Ainda que o estudo de Souza et al. tenha sido realizado em 2008, os resultados se aproximam do que foi identificado no presente estudo, uma vez que o acolhimento foi citado apenas uma única vez enquanto estratégia de cuidado. Ou seja, considera-se que ainda é preciso avançar no reconhecimento e na implantação dessa ferramenta como importante estratégia de cuidado na ABS.

Quanto aos motivos que levam as crianças e adolescentes a acessarem a Unidade de Saúde, o quadro 2 apresenta o que foi sinalizado pelos participantes.

Quadro 2: Motivos apresentados pelos participantes, que levam as crianças e adolescentes a acessarem a Unidade de Saúde

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Consulta de rotina, intercorrências de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • A puericultura que é o acompanhamento normal, de rotina • Consultas de rotina, consultas de urgência e emergência • Problemas agudos de saúde, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, problemas crônicos de saúde 	49
Escola e questões de aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento de outros serviços como escola • Dificuldades nas atividades escolares, solicitações da escola para avaliação de comportamento 	11
Questões ligadas ao comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Agressividade • Alterações de Comportamento • Déficit de atenção, agressividade 	7
Adolescentes-gestação e ginecologia	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente com motivo de gestação, queixas ginecológicas, busca por métodos contraceptivos • Os adolescentes vêm geralmente para fazer exames de DST (doença sexualmente transmissível) 	7

Problemas psicossociais: violência, separação dos pais, traumas	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas familiares, alimentares e psicossociais • Traumas • Bolsa família 	5
Pais querem achar algo e orientação	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais querem achar alguma coisa, têm algum medo • Necessidades de informações/orientação 	4
Atendimento especializado	<ul style="list-style-type: none"> • Procuram a psicóloga • Psicoterapia 	2
Uso de substância	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de substâncias psicoativas • Intoxicação por álcool e drogas 	2

Fonte: Elaborado pelas autoras

As categorias apresentadas no Quadro 2 sinalizam que os principais motivos que levam as crianças e adolescentes às Unidades de Saúde são as questões ligadas às intercorrências de saúde e consultas de rotina, reforçando a compreensão de cuidado e da ABS pautada no processo de saúde-doença, médico-centrada, distante das propostas de promoção à saúde, conforme abordado anteriormente. Sendo assim, o acesso às Unidades de Saúde tem-se dado majoritariamente por meio dos problemas de saúde, correndo o risco de redução do conceito de saúde, e conseqüentemente na medicalização da vida, negligência dos determinantes sociais e, também, na forma como os equipamentos produzem a própria demanda.

Observa-se que as unidades de saúde incorporam os conceitos da epidemiologia e da vigilância em saúde para organizar o rol de estratégias de cuidado que serão ofertadas à população do território, com o intuito de responder aos principais problemas de saúde. Esta resposta geralmente se materializa sob a forma de uma consulta - médica, de enfermagem ou odontológica, fazendo com que a necessidade de saúde do sujeito esteja apenas associada ao consumo de um serviço - consultas e procedimentos (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Este limite tende a conduzir a uma dupla insatisfação, pois o serviço oferta as ações de cuidado somente como resposta às demandas do usuário e este, por sua vez, somente busca por ela, fazendo com que outras necessidades e estratégias sejam secundarizadas ou anuladas. Para que esta lógica seja superada são necessárias mudanças no processo de trabalho da ABS, promovendo a mudança no olhar e nos modos de fazer,

ênfatizando as necessidades de saúde, ao invés de privilegiar os problemas ou doenças (NERY, 2006).

Não obstante, se considerarmos a soma das citações que justificam o acesso dos usuários as Unidades, com potencial proximidade com a saúde mental – encaminhamento escolar, uso de substância, problemas de comportamento – verifica-se uma demanda relevante e latente advinda desse campo.

O contexto escolar, por exemplo, tem sido reconhecido como *locus* importante para reconhecimento das dificuldades das crianças e adolescentes, que muitas vezes podem permanecer invisíveis em outros contextos, favorecendo conseqüentemente o acesso dos mesmos aos equipamentos da rede de cuidado. Porém, segundo Casemiro et al. (2014) em uma revisão bibliográfica sobre o tema da saúde escolar na América Latina, persistem as iniciativas centradas na doença com foco nas ações de triagem e prevenção.

Nessa direção, ainda que esta população acesse os equipamentos de saúde a partir da rede intersetorial, como a escola, muitas vezes as demandas de saúde mental não condizem com as ofertas dos serviços de saúde, e acabam por ganhar um contorno pautado nos problemas de saúde mental, transtornos e doenças, anulando qualquer possibilidade de compreensão da vivência do sofrimento em uma perspectiva ampliada e complexa das necessidades de saúde.

Os relatos dos participantes do presente estudo apresentados a seguir apontam para as especificidades presentes nos encaminhamentos realizados pela escola, sendo que as demandas em sua maioria são relativas a questões de saúde mental:

“Distúrbios de aprendizagem; agressividade”.

“Encaminhamento de outros serviços como escola, procurando psicóloga”.

“... dificuldade (comportamento, aprendizado) na escola”

“Dificuldade de aprendizado”

Para além do simples encaminhamento aos serviços de saúde, Casemiro et al. (2014) discutem sobre o que poderia ser potência na parceria com o contexto escolar. Segundo o autor a escola é um importante local para o encontro entre saúde e educação,

podendo, por exemplo, ser um local para desenvolvimento das atividades de educação e promoção da saúde.

Este diálogo e parceria, conforme apontado por Casemiro et al. (2014), entre saúde e escola parece ser fundamental quando se trata de ações de promoção da saúde na infância e adolescência, etapas tão singulares do desenvolvimento humano.

Compreende-se que o cuidado compartilhado, intersetorialmente, favorece, impacta e potencializa não só no desenvolvimento, como também no aprendizado e na inclusão social dos alunos. Ao considerar a escola enquanto um importante contexto do desenvolvimento e relevante equipamento da rede de cuidado à infância e adolescência, abre-se um caminho para a construção e articulação da rede, de forma que estratégias possam ser fortalecidas e firmadas. Por exemplo, por meio de ações como o PSE e a Educação em Saúde que abarquem para além das demandas de saúde bucal e sexualidade, como os resultados anteriores já evidenciaram, mas também abordando o desenvolvimento e demandas psicossociais dessa população.

O PSE resultou da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação e tem como objetivo promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e incentivar a participação comunitária contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica. Além disso, contribui para a formação integral dos estudantes, visando ao enfrentamento das situações de vulnerabilidade que põem em risco o desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino (BRASIL, 2009; FERREIRA et al., 2014).

Cabe ressaltar a importância da escola não só enquanto lugar de reconhecimento de demandas, mas principalmente enquanto espaço social da criança que ainda carece de transformações. Leite (1989) afirma que apesar da escola ser um mecanismo de seletividade e de reprodução de classes sociais, é ao mesmo tempo uma instituição social que funcionaria, ao nível da formação das estruturas da consciência, como instrumento democratizante, com papel decisivo no processo de formação da cidadania.

Segundo Freire (1993) o objetivo da escola é habilitar o aluno a ler o mundo, de forma a aprender a ler a realidade (conhecê-la) para em seguida poder

reescreve-la (transformá-la). Assim, é que a alfabetização é, para o educador, um modo dos desfavorecidos romperem com a cultura do silêncio e transformar a realidade, sendo sujeitos da própria história.

Nessa direção, considera-se também que a escola possibilita por meio da implementação de projetos e parcerias com diferentes setores da rede de cuidados, a aquisição da emancipação, da inclusão social e a cidadania de crianças e adolescentes, ainda mais aqueles que vivenciam situações agravadas pelo processo de sofrimento psíquico e conseqüente vulnerabilidade social.

Cabe refletir nesse âmbito sobre a importância de aproximar a Unidade de Saúde, profissionais, o campo da saúde mental infantojuvenil e o contexto escolar (que normalmente são instituições normalizadoras e disciplinadoras), compreendendo a escola enquanto contexto social, de forma a se distanciar da lógica de identificação dos problemas de saúde e conseqüentemente da psiquiatrização da infância.

Outro aspecto que merece atenção é o fato dos adolescentes acessarem a Unidade de Saúde exclusivamente devido a questões relativas à sexualidade, gestação e aspectos ginecológicos, em uma perspectiva médico-centrada, conforme evidenciam os relatos abaixo:

“Muitos adolescentes acabam vindo por causa de gestação, essas coisas e não vêm acompanhados do pai”.

“Os adolescentes eles vêm geralmente pra fazer exames de DST, que tem muito adolescente aqui que tem sífilis, eu peguei oito porque fui na escola fazer busca ativa aí eles vieram, né, então os adolescentes vêm para tomar injeção contraceptivo, DST e fazer exame de rotina geralmente é difícil vir”.

Apesar da relevância, a relação dos adolescentes com os serviços de saúde ainda é bastante fragilizada e pouco investigada no Brasil. As ações destinadas a esse público no geral são ações normativas e de prevenção de gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e uso de substância psicoativa (SOUZA et al., 2007; SOUZA et al., 2010; RIBEIRO et al., 2018).

Os resultados do presente Estudo indicam que este cenário pouco se alterou após 10 anos, uma vez que coincidem com os achados do estudo de Ferrari et al.

(2008) ao encontrarem que na ABS o papel dos enfermeiros e médicos junto aos adolescentes envolve a realização de ações programáticas - pré-natal, preventivo do câncer uterino e planejamento familiar. Além disso, os médicos apontam que seus atendimentos se limitam a consulta, e que ambos orientam a prevenção da gravidez, DST/AIDS e uso do preservativo.

Ainda que sob enfoque da sexualidade, porém sinalizando potência e a necessidade de avançar na temática da educação sexual, tem-se o estudo de Vieira e Matsukura (2017), que teve como objetivo identificar e caracterizar práticas de educação sexual com adolescentes desenvolvidas nas escolas da rede pública, bem como investigar a concepção dos professores envolvidos a respeito do tema. A partir dos resultados obtidos, as autoras apontam a necessidade de um cuidado pautado na autonomia dos indivíduos, sendo que a educação sexual a favor da emancipação e da autonomia exige do profissional o reconhecimento da vivência da sexualidade como direito, pois cabe a ele oferecer informações e promover a reflexão entre os adolescentes, de modo esclarecido e consciente, para que façam suas próprias escolhas (VIEIRA; MATSUKURA, 2017). Ou seja, as ações estão para além da prevenção da gravidez, DST/AIDS e uso de métodos contraceptivos.

Observa-se que apesar do investimento do Ministério da Saúde ao propor uma expansão dessa lógica de cuidado, tanto pela existência da Caderneta de Saúde do Adolescente (2008), como pela cartilha intitulada “Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica” (2017), recentemente, em março de 2018, o atual Presidente da República realizou um discurso por meio de um vídeo em sua rede social, alegando para a inadequação da Caderneta de Saúde do Adolescente e determinando seu recolhimento em todo território nacional. Aponta-se que tanto a caderneta quanto a cartilha contemplam e reiteram aspectos relativos às diretrizes nacionais da Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e abordam a importância das redes de atenção à saúde, protagonismo, grupos vulneráveis, atenção integral, trabalho, desenvolvimento, alimentação, violência, aspectos psicossociais e uso de drogas (BRASIL, 2017c).

A crítica do atual Presidente faz referência ao item relacionado a sexualidade, onde imagens apresentam aspectos sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez na adolescência. Pesquisadores do campo da saúde pública e saúde coletiva já têm se posicionado publicamente alegando que este material é importante e seguro, baseado em evidências científicas, sendo esta decisão do Presidente mais um retrocesso para as políticas públicas de saúde.

Este novo direcionamento só tende a agravar o cenário da assistência aos adolescentes, cenário este que pela complexidade, já se encontrava fragilizado e com muitos desafios a serem superados (QUEIROZ et al., 2011; MARQUES; QUEIROZ, 2012; VIEIRA et al., 2014; GALHARDI; MATSUKURA, 2018; VIEIRA; MATSUKURA, 2017, SILVA; CID; MATSUKURA, 2018).

O estudo de Silva, Cid e Matsukura (2018), tendo como participantes os profissionais de serviços de saúde, objetivou identificar como tem ocorrido a atenção psicossocial aos adolescentes vinculados a um serviço de Atenção Psicossocial Estratégica e a serviços da ABS. Os resultados indicaram a dificuldade que a equipe enfrenta no que se refere à adesão dos adolescentes usuários ao serviço, apontando a necessidade de estratégias que facilitem a vinculação dos mesmos e a efetivação do trabalho em rede.

O estudo mencionado revela as fragilidades que perpassam o cuidado voltado aos adolescentes em diferentes equipamentos da rede de atenção à saúde, de forma a limitar as ações propostas e o acesso à rede de cuidado, ferindo os direitos dessa população.

Sob a ótica dos próprios adolescentes, o estudo de Marques e Queiroz (2012) objetivou analisar o cuidado ao adolescente ofertados na ABS. A partir de grupos focais realizados com 15 adolescentes, estudantes de uma escola pública de Fortaleza-CE, os resultados apontaram para uma insatisfação quanto ao cuidado recebido, revelando a relação superficial estabelecida com a equipe de saúde. O cuidado evidenciou pontos críticos entre as necessidades apontadas e a efetivação de ações que permitam incluir os adolescentes como sujeitos de direitos que necessitam de atenção semelhante a outros segmentos populacionais. Ainda que o estudo tenha sido realizado há mais de cinco anos, hipotetiza-se que pouco se alterou desta realidade.

Assim, importa destacar que, para além da ampliação das ações de cuidado, são necessárias mudanças culturais e sociais no reconhecimento do adolescente, de forma que se crie uma relação horizontal, de respeito e confiança entre adolescentes e profissionais da saúde, que se distancie da imposição de regras e normas de conduta, e que favoreça o acesso dessa população a serviços de saúde. Os adolescentes devem ocupar esses espaços de maneira participativa, ativa, respeitando sua autonomia. As intervenções e os processos de cuidado deveriam criar novas possibilidades de vida, se distanciando do que até então foi e ainda é proposto enquanto assistência a essa

população, sob uma compreensão higienista e normatizadora, focalizada nos problemas de saúde (FOUCAULT, 2001; RIZZINI, 2004).

Finalizando o segundo eixo, questionou-se aos participantes se a Unidade de Saúde responde às políticas públicas para a infância, adolescência e saúde mental.

Quadro 3: Opinião dos gestores participantes sobre se sua Unidade de vínculo responde as políticas públicas para infância, adolescência e saúde mental?

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Parcialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda é um processo em desenvolvimento • Oferece, mas ainda é escasso • Tem tentado, mas a falta de recursos e profissionais habilitados é um obstáculo • De forma insuficiente • Com dificuldades, falta de capacitação e falta de rede de apoio 	16
Não	<ul style="list-style-type: none"> • Acredito que não • Não • Não, a equipe não é suficiente • Não. Faltam recursos humanos e outros para atendimento da demanda 	15
Sim	<ul style="list-style-type: none"> • A unidade procura estabelecer o processo de trabalho e o acompanhamento dos casos de acordo com as diretrizes estabelecidas • Sim • Sim, dentro das limitações de recursos da unidade • Dentro do protocolo sim 	13
Não responderam	-	9

Fonte: Elaborado pelas autoras

Apenas 13 (24,52%) participantes afirmaram que as Unidades de Saúde respondem às políticas públicas voltadas à infância, adolescência e saúde mental, o que corresponde a aproximadamente ¼ dos participantes, e outros 16 (30,19%) apontaram que respondem parcialmente. Por outro lado, é alarmante o fato de 15 (28,30%) participantes apontarem que não respondem às políticas públicas e 9 participantes não responderam a essa questão.

Retomando os resultados da presente pesquisa os quais apontaram que o cuidado na ABS tem assumido um enfoque seletivo, programático e pautado nos problemas de saúde, assim como o fato das Unidades de Saúde pouco responderem às políticas públicas, fica evidente o quanto é necessário maiores investimentos e

transformações para que minimamente as ações e estratégias de cuidado possam responder às demandas da população infantojuvenil, a partir do que tem sido proposto pelas diretrizes de cuidado.

Ainda mais preocupante, a partir dos resultados aqui apresentados é que é possível depreender que em muitas situações a atenção à saúde de crianças e adolescentes tem sido insuficiente ou ausente tanto sob a abordagem a partir da perspectiva de problemas de saúde quanto de necessidades de saúde. De forma alarmante, se compreende rapidamente que com os atuais desinvestimentos e estratégias de boicote ao SUS explicitados pelas ações do governo federal, este quadro tende a gravemente se resumir a uma atenção curativista e mal efetivada.

Nesta direção, é possível visualizar as dificuldades existentes para essa efetivação do cuidado, conforme é proposto pelas políticas públicas, e que muitas vezes se justificam por limites estruturais e de recursos humanos:

“Com dificuldades, falta de capacitação e falta de rede de apoio”.

“Acredito que não, já que nossa oferta é insuficiente para a demanda e nosso campo de atuação ainda se restringe a poucas atividades”.

“Tem tentado, mas a falta de recursos e profissionais habilitados é um obstáculo”

“Não. Infelizmente, com a escassez de profissionais e aumento da demanda geral, a produtividade se sobrepõe à qualidade, alguns públicos possuem acesso mais facilitado como criança e gestante e outros não são atendidos de acordo com suas peculiaridades, como os adolescentes”.

A partir dos resultados encontrados parece haver uma incoerência entre o que é proposto pelas políticas públicas sociais ministeriais e o quanto é possível efetivar e colocá-las em prática sem os investimentos e recursos adequados. Questiona-se o quanto estes limites, incoerências e fragilidades, foram implicadas pelo processo histórico e político vivido no Brasil e, também, pelo subfinanciamento crônico do SUS.

O subfinanciamento do SUS é marca desde a data de sua criação. Apesar da instituição do orçamento da seguridade social destinar 30% deste orçamento

ao gasto federal do SUS e estar previsto pela Constituição Federal, a saúde nunca pode contar de fato com esses recursos (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016; PAIM, 2016; MENDES, 2004).

Em se tratando especificamente do Estado de São Paulo, focalizado na presente pesquisa, o estudo de Soares (2019) discute a partir de dados extraídos do sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde, que o paradigma de financiamento do setor saúde do estado de São Paulo revela o protagonismo dos municípios nos investimentos totais com ações e serviços públicos de saúde. A título de exemplo, a ABS, nível estratégico de cuidado, recebeu prioridade na aplicação dos recursos em algumas regiões do estado, entretanto, isso ocorreu de forma desigual e com baixa cobertura.

Assim, segundo o autor, o nível de investimento realizado pelos municípios ou encontrou o seu teto, ou está muito próximo dele, resultando em uma grande dificuldade de expansão para a resolução dos problemas centrais no SUS - a baixa cobertura e a correção das iniquidades regionais manifestas (SOARES, 2019).

Para agravar a situação, em grandes cidades brasileiras, como São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, e outras, as Unidades de Saúde, estão sendo entregues diretamente a grupos privados, por meio das elevadas transferências de recursos para o setor privado, com recursos direcionados às modalidades privatizantes de gestão (SOARES, 2019).

O SUS é uma conquista do povo brasileiro e aumentou significativamente o acesso da população aos serviços de saúde, porém o seu subfinanciamento tem sido um dos grandes desafios e fator limitador à concretização de seus princípios e diretrizes (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018). No que tange à ABS, importantes mudanças no financiamento da política, com interferência do Banco Mundial e do FMI, têm limitado a expansão de suas ações, principalmente a respeito da ESF, umas das principais estratégias adotadas e reconhecida internacionalmente pela sua resolubilidade. Verifica-se que a ESF se encontra estagnada, em termos de cobertura, devido ao número insuficiente de equipes e insumos necessários, sendo um dos principais entraves ao sucesso do SUS (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A título de exemplo, muitas das fragilidades presentes nos equipamentos da ABS - o alcance dos equipamentos no cuidado prestado, ofertas seletivas e programáticas, escassez de recursos humanos e estruturais e desvalorização

profissionais são resultantes deste cenário de desvalorização da saúde pública e tende se agravar com o congelamento dos gastos públicos instituído pela PEC 55 de 2016.

Assim, reconhecendo a relevância do SUS e os ganhos para a população, mesmo sem recursos e tendo sido subfinanciado desde sua criação e, portanto, com limites operacionais, questiona-se qual magnitude de avanços e alcances seriam concretizados se fosse possível contar com o devido financiamento que inicialmente foi proposto para sua efetivação.

6.3 SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO

Neste eixo será abordada especificamente a saúde mental infantojuvenil, no que tange à compreensão dos participantes e afinidade com o campo, identificação e caracterização das demandas e acesso de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico às Unidades de Saúde participantes.

Estudos apontam que a compreensão dos profissionais sobre saúde mental pode impactar nas possíveis ações desenvolvidas e ofertadas pelos equipamentos (CAMPOS; SOARES, 2003; VECCHIA; MARTINS, 2009).

Nesta direção, Campos e Soares (2003) afirmam que a compreensão de saúde mental tende a refletir os desdobramentos de operacionalização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, sendo que é preciso retomar os conceitos, princípios e diretrizes que sustentam o processo da reforma, a partir da desinstitucionalização e da atenção psicossocial, para se avançar no cuidado prestado aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Tendo em vista essa perspectiva, foi questionado aos participantes o que eles compreendem sobre a saúde mental infantojuvenil, conforme aponta-se no quadro 4 a seguir.

Quadro 4: Compreensão do participante sobre a saúde mental infantojuvenil

Categoria	Exemplos	Citações(n)
Abordam a partir de uma perspectiva	<ul style="list-style-type: none"> Saúde psíquica, transição do mundo infantil para o mundo adolescente, novas descobertas 	20

ampliada que abarca desenvolvimento, determinantes sociais, qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos psicossociais que possam vir a prejudicar a saúde de indivíduos • Uma forma de qualidade de vida, onde há o equilíbrio entre a pessoa e o ambiente sócio cultural, na sua participação laboral, intelectual e social para garantia de seu bem-estar 	
Abordam a partir dos serviços e/ou ações de Cuidado e intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços específicos para estas faixas etárias, que contemplem a saúde mental de forma geral • Promoção de trabalhos/ações voltados para atingir esse público • Ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde mental 	16
Abordam a partir da Doença/transtorno mental	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser abordado casos de transtorno ou sofrimento psíquico e também o uso de álcool e outras drogas • A esquizofrenia, depressão, automutilação 	15

Fonte: Elaborado pelas autoras

A compreensão dos participantes sobre saúde mental infantojuvenil variou, e foram identificadas em três categorias, (1) aquela que perpassa por uma dimensão ampliada do desenvolvimento, determinantes sociais e qualidade de vida, (2) aquela que aborda com o olhar do cuidado e da intervenção e (3) os que enquadram em transtorno ou doença mental. A título de exemplo, seguem os trechos abaixo:

“Isto é uma pergunta subjetiva e ampla. É condição cognitiva ou emocional que permite às pessoas terem uma boa qualidade de vida. Está relacionado às condições de vida das pessoas e familiares” (1).

“Cuidado de crianças e adolescentes que apresentam um sofrimento psíquico que interfere no seu desenvolvimento, relações, aprendizagem e cotidiano” (1).

“Um assunto desafiador cuidar da criança e adolescente como um sujeito de direitos e de responsabilidades, necessita de espaço para discussão nas ESF, necessita de acolhimento, encaminhamento com responsabilidade, rede intersetorial, conhecimento do território, visita domiciliar” (2).

“Alguma alteração na saúde mental, pode ser leve ou grave, como a esquizofrenia, depressão, automutilação” (3).

Nos resultados relativos a uma compreensão ampliada do conceito, parece haver uma associação entre a saúde mental e o enfrentamento de situações contextuais adversas, sejam estas ligadas ao desenvolvimento, aos contextos sociais, entre outras:

“Aspectos psicossociais que possam vir a prejudicar a saúde de indivíduos de 0 a 19 anos, tais como o ambiente desorganizado em que vivem, hábitos incoerentes de familiares, ausência da participação efetiva do cuidador, etc”.

“Seriam situações em que a criança, devido a fatores estressores advindos do ambiente familiar, escolar ou social na qual está inserida”.

Ainda que muitos participantes compreendam a saúde mental infantojuvenil a partir de uma perspectiva ampliada e também associada ao cuidado e intervenção, há 15 citações que, embora em menor quantidade, abordam sob o enfoque biomédico e individual. Este resultado se aproxima dos obtidos no estudo de Campos e Soares (2003), o qual objetivou descrever as concepções de saúde mental adotada por trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental do município de São Paulo. Segundo os autores, foi identificado que no âmbito hospitalar, ambulatorial e da ABS, a concepção de saúde-doença é centrada no indivíduo.

A partir dos resultados obtidos, Campos e Soares (2003) refletem que sob a perspectiva saúde-doença o cuidado desenvolvido tende a tomar como objeto os sintomas e a doença, de forma que o desafio é avançar na direção da compreensão dos determinantes sociais de saúde.

O estudo de Vecchia e Martins (2009), o qual visou analisar os sentidos pessoais e significações sociais do cuidado em saúde mental desenvolvido por profissionais integrantes da ESF, identificou que os participantes consideram relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida e a necessidade de lançar mão de estratégias diversificadas no cuidado, para além da consulta. Ainda que já apresentando um avanço aos resultados de Campos e Soares (2003), os autores reafirmam a importância de superar a exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença, apontadas nos princípios operacionais da ESF, por meio da utilização de ferramentas e estratégias como o acolhimento, o vínculo, responsabilização e a continuidade da atenção.

Contribuindo e avançando nesta discussão, e especificamente no que tange à saúde mental infantojuvenil, mais recentemente o estudo de Lourenço (2017) revelou que os profissionais da ABS compreendem a saúde mental infantojuvenil a partir das vivências familiares e ambientais, considerados fatores relevantes e implicados nas dificuldades emocionais de crianças e adolescentes. De acordo com a autora, tanto as vivências familiares e ambientais, como as condições socioeconômicas se aproximam da abordagem sobre risco e proteção de Rutter (1987), no qual o autor trata sobre vulnerabilidade e resiliência de crianças em ambientes propensos a riscos psicossociais.

É possível verificar, a partir dos estudos de Campos e Soares (2003), Vecchia e Martins (2009) e Lourenço (2017) um movimento de transformação e ampliação do conceito relativo à saúde mental, e hipotetiza-se que tais transformações devem trazer rebatimentos sobre o cuidado ofertado ainda que em momento futuro.

Este movimento de transformação e ampliação conceitual também foi verificado no presente estudo, uma vez que revelou-se que a maioria dos participantes refere-se a uma compreensão ampliada de saúde mental infantojuvenil que, dentre outros aspectos, considera os determinantes sociais e as proposições de cuidado previstas pelas políticas públicas.

Ainda que se verifique uma ampliação nos elementos presentes na compreensão sobre saúde mental, e apesar de ser possível identificar na literatura estudos que se debruçam sobre este tema, é necessário reconhecer que há uma lacuna no que se refere a uma definição do conceito de saúde mental, ainda mais especificamente quando se trata do cenário da infância e adolescência.

Deste modo, já no final da década de 1990, tem-se o clássico ensaio de Almeida-Filho, Coelho e Peres (1999), no qual foi discutido o conceito de saúde mental, tendo como intuito avançar na compreensão e nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos serviços de saúde. Os autores apontavam para a necessidade de superar a compreensão da experiência sofrimento psíquico associada à patologia neuropsiquiátrica, ao tratamento da doença e à prevenção dos riscos, para avançar na proposta de promoção da saúde e, ainda, discutiam sobre a importância de compreender o conceito de saúde mental em todos os seus níveis, instâncias e dimensões, superando os limites da normalidade (ALMEIDA-FILHO; COELHO; PERES, 1999). Reflexão esta que, ainda hoje, se faz necessária e presente, conforme

continua sendo apontado na literatura (CAMPOS; SOARES, 2003; VECCHIA; MARTINS, 2009) e reforçado pelos resultados do presente estudo.

A partir de tais considerações, os autores defendem que na saúde mental, o conceito de “saúde” implicaria em emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade e qualidade de vida, vinculada a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza terminantemente política (ALMEIDA-FILHO; COELHO; PERES, 1999).

Como apontado, no que se refere à infância e adolescência, verifica-se na literatura nacional o frequente uso da compreensão de saúde mental mais ampla, como aquela proposta pela OMS (2001, p.1): “(...) um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir positivamente para sua comunidade” (CID, MATSUKURA, 2014; FERNANDES; MATSUKURA, 2015). Além disso, encontram-se algumas poucas definições que perpassam por diferentes teorias e abordagens, muitas vezes concorrentes (AMSTALDEN ET al., 2010; POLANCZYK; LAMBERT, 2012).

Na tentativa de reunir elementos presentes na compreensão de saúde mental para o cenário da infância e adolescência, Cid e Matsukura (2014) conceituaram a saúde mental infantojuvenil, a partir de estudos de Amstalden et al., (2010), Marturano (1999), Santos e Marturano (1999) e da própria OMS (2001) como um elenco de habilidades adaptativas, envolvendo aspectos emocionais, comportamentais e sociais, sendo que alguns aspectos presentes no ambiente em que a criança vive estão diretamente envolvidos nesse processo. Ainda que se reconheça a presença de elementos importantes relativos à saúde mental neste período mais precoce da vida, compreende-se a limitação da definição, especialmente no que se refere a forma vaga que se aponta ‘aspectos presentes no ambiente`.

Em uma outra perspectiva, tem-se a definição de Polanczyk e Lambert (2012), a qual compreende a saúde mental na infância e adolescência enquanto um conjunto de aspectos e habilidades cognitivas, sociais e emocionais que são esperadas ao longo do desenvolvimento. Nesta direção, também pode ser compreendida como o estabelecimento de relações seguras de apego, de relacionamentos sociais e estratégias efetivas de enfrentamento às dificuldades.

A partir das discussões e reflexões advindas dos estudos e seminários realizados pelo Grupo de Pesquisa Terapia Ocupacional e Saúde Mental, relativos à

infância e adolescência (CID; MATSUKURA, 2010; ROSA; MATSUKURA, 2013; TAÑO; MATSUKURA, 2014; MINATEL; MATSUKURA, 2014; FERNANDES; MATSUKURA, 2015, 2016; TAÑO, 2017; LINS, 2018; SQUASSONI; MATSUKURA, 2018), considera-se pertinente a proposição de um conceito relativo à saúde mental infantojuvenil na perspectiva de contribuição a esta construção. Assim, compreende-se que a saúde mental infantojuvenil é dinâmica e resultado da relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que na dimensão do cotidiano estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios. O que, dentre outras, envolve a possibilidade de experimentar prazer, frustração, afeto, motivação e proatividade implicados nas descobertas e aprendizados genuínos da infância e adolescência.

De certa forma, identifica-se que os resultados da presente pesquisa se aproximam e dialogam com o que a literatura tem desenvolvido sobre a compreensão e definição da saúde mental infantojuvenil, se considerarmos o conjunto de categorias citadas (dimensão ampliada do desenvolvimento, determinantes sociais e qualidade de vida; cuidado e intervenção; transtorno ou doença mental). Observa-se que estas três categorias, ainda que apresentem fragilidades e limitações, contemplam aspectos que transitam pelo cenário da saúde mental infantojuvenil no geral.

Tendo em vista essa reflexão, ressalta-se que mesmo que se tenha identificado avanços na compreensão da saúde mental infantojuvenil, as ações de cuidado oferecidas a esta população não fazem diálogo e destoam no que refere aos avanços, permanecendo enraizadas na perspectiva biomédica, conforme identificado nos resultados deste estudo até aqui apresentados. Dessa forma, esse achado reforça a hipótese de que essas práticas de cuidado voltadas à doença e à cura se perpetuam não apenas pela dificuldade de compreensão da saúde mental e toda complexidade envolvida, mas também pela falta de afinidade com o campo, formação e ausência de recursos e investimentos que tendem a restringir as ações realizadas.

A partir de uma outra dimensão, em oposição à compreensão da “saúde” é importante contextualizar e discriminar conceitos presentes no campo, que muitas vezes são utilizados como sinônimos ou que geram entendimentos equivocados, como identificado no presente estudo. Nessa direção, tem-se a saúde mental infantojuvenil x sofrimento psíquico x transtorno mental.

Importa dizer o que é o sofrimento psíquico e sua diferença do transtorno ou doença mental. Considera-se um importante avanço poder dimensionar o sofrimento psíquico para além da patologia, uma vez que esta compreensão ampliada tem gerado impactos significativos no âmbito das práticas de cuidado em saúde mental que sejam produtoras de saúde, vida e cidadania (TAÑO, 2017). Polanczy e Labert (2012) e Taño (2017) apresentam o sofrimento psíquico enquanto uma condição estrutural, muito mais complexa e multidimensional dos fenômenos e da subjetividade, que não se restringe ao sinal da patologia. Compreende-se que o sofrimento psíquico tem que ser dimensionado na particularidade e singularidade do sujeito, em suas formas de condução da vida, como também sob a perspectiva coletiva, cultural, social e histórica. Ou seja, vai muito além das classificações diagnósticas, uma vez que não se trata apenas de uma questão diagnóstica.

Baseado na compreensão de que crianças e adolescentes podem apresentar sofrimento psíquico é fundamental que sejam propostas políticas públicas, serviços e práticas de cuidado que respondam à complexidade dessa demanda. Assim, tem-se a proposta de cuidado integral a essa população, em diferentes níveis de atenção à saúde, articulado em rede e, também, intersetorialmente (BRASIL, 2014).

Pelas respostas dos participantes, diferentes aspectos que abarcam a concepção do campo da saúde mental infantojuvenil foram abordados, perpassando desde a compreensão da saúde mental, sofrimento psíquico e ou/transtorno mental até a forma de cuidado e assistência que são oferecidos a essa população.

Quanto à aproximação do participante com o campo da saúde mental, foi questionado se o participante apresenta afinidade com o campo, conforme ilustra-se no quadro 5:

Quadro 5: Qual a afinidade do participante com o campo da saúde mental

Categoria	Exemplos	Citações(n)
Pouca afinidade/não gosta	<ul style="list-style-type: none"> • Pelo desconhecimento, a gente tem um pouco medo da saúde mental, então não tive tanto contato pra ter afinidade não • Pouca • Não tenho afinidade 	23
Gosta/muita afinidade	<ul style="list-style-type: none"> • Gosto muito de atuar na área, era enfermeira referência da saúde mental • Acho importante e gosto de atuar para o tratamento deles 	14

Aproximação recente com o campo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresento certo conhecimento devido à demanda em nossa unidade • Recente, com a implantação da RAPS na atenção básica • Agora que a gente está desmistificando um pouco 	13
--	---	----

Fonte: Elaborado pelas autoras

Apesar de muitos participantes terem citado a falta ou ausência de afinidade com a saúde mental ou não gostarem de atuar no campo, verifica-se que minimamente têm se aproximado do campo seja devido à demanda, política ou gestão.

Visando compreender a influência e importância de ter afinidade para se trabalhar com determinada população, tem-se o estudo de Silva et al. (2013), que objetivou identificar os aspectos relacionados à formação e capacitação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. Apesar dos participantes serem de CAPS, identificou-se que é fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental como, por exemplo, a capacidade de formação de vínculo, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe, entre outras. Na mesma direção, Oliveira et al. (2009), visando investigar as concepções sobre as especificidades do trabalho em saúde mental, afirmaram que um dos aspectos fundamentais é ter afinidade com o campo.

No entanto, é preciso considerar as variáveis que estão presentes no que tange à afinidade com o campo, conforme os participantes apontaram no quadro 5. Considera-se que o desconhecimento sobre o campo parece ser um fator importante que tem limitado essa afinidade. Ou seja, o desconhecimento sobre a saúde mental ainda muito presente nos profissionais atuantes em equipamentos da rede de cuidado, não necessariamente significa a falta afinidade com o campo, mas sim que talvez seja necessária uma maior aproximação.

Nessa direção, Lucchese et al. (2009) apontam que o campo da saúde mental na ABS tem como desafio trabalhar com usuários em sofrimento psíquico e seu mundo real, de forma que esse cuidado é complexo, pois há um atravessamento do território geográfico com o território existencial, sendo necessário habitar mundos criados por pessoas que vivenciam experiências diferentes. Devido à falta de embasamento e referenciais teórico-técnico-assistenciais que sustentem a prática, as ações são permeadas por concepções fantasiosas, baseadas no senso comum e estereotipadas sobre o sofrimento psíquico.

Ressalta-se que a afinidade para além de estar relacionada à formação acadêmica e profissional, também é resultante das rotinas preestabelecidas nos

equipamentos. Neste estudo, onde observou-se a forte presença de enfermeiros na gestão dos equipamentos, e a partir das considerações de David et al. (2018), onde os autores apontam que a literatura tem evidenciado uma tendência de que as ações dos enfermeiros se restrinjam a uma prática clínica com foco na doença, nos procedimentos técnicos e nas ações curativas, destoando do cuidado ampliado as necessidades de saúde da população, podem somar explicação referente ao predomínio de um modelo biomédico e especializado conforme revelado.

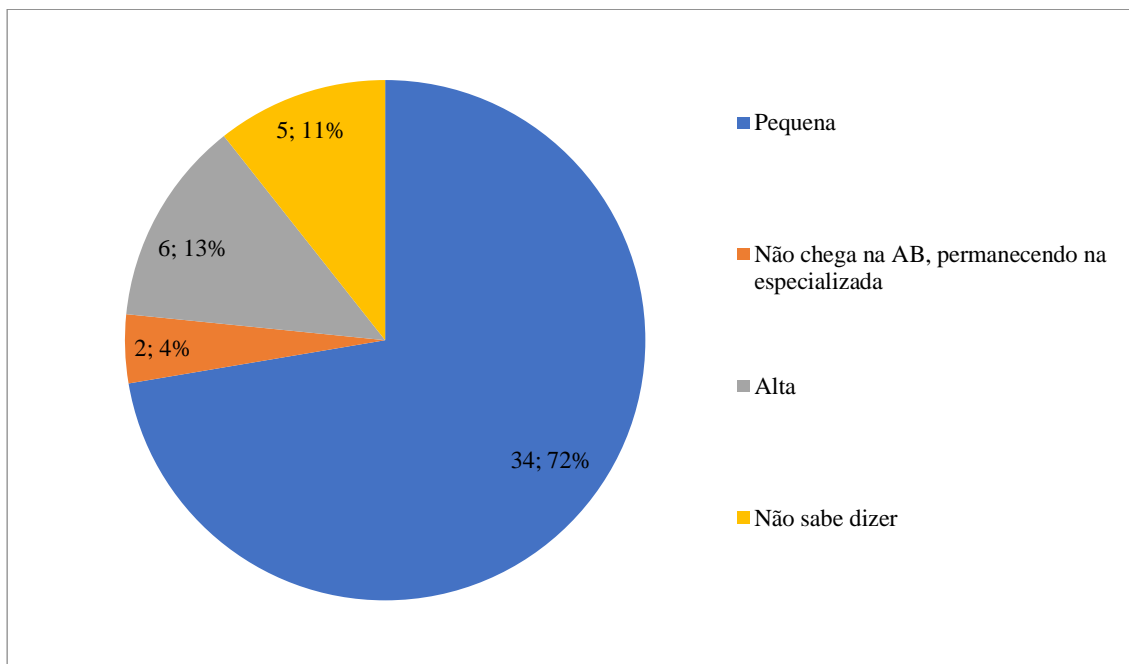
Assim, quando se deparam com situações onde é preciso se envolver, aproximar e dispor de outras tecnologias leves de cuidado sob sua responsabilidade, os profissionais se sentem despreparados, prevalecendo o medo e a estranheza diante do desconhecido, pela falta de afinidade com o campo, até então distante de suas práticas e formação profissional (LUCCHESI et al., 2009).

Diante disso, o trabalhador se choca ao ver sua própria identidade profissional ser colocada em questão. As novas experiências os obrigam a ter que ressignificar o seu próprio saber, rompendo com uma prática tradicionalmente instituída durante sua formação (KODA; FERNANDES, 2007). Koda e Fernandes (2007) ressaltam que no processo de transformação das práticas no âmbito da saúde mental “busca-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à saúde mental como também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais” (KODA; FERNANDES, 2007, p. 1455).

Assim, compreende-se a partir desse cenário, que é preciso refletir sobre estratégias que contribuam para a afinidade e maior aproximação dos profissionais com o campo da saúde mental, de forma a qualificar o cuidado ofertado. Desta forma, investir na formação continuada, desde a graduação até a educação permanente, assim como oportunizar situações de discussão e reflexão sobre saúde mental por meio do acompanhamento de casos com o NASF ou com as equipes de matriciamento seriam ações que ampliariam as estratégias e ações de cuidado junto a esse público.

Quanto à proporção de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental que os participantes acreditam que a Unidade de Saúde recebe, a figura 11 apresenta os resultados:

Figura 11: Proporção de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental que chegam na Unidade de Saúde



Apesar da literatura sinalizar para altos índices e taxas de prevalência de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes (THIENGO, 2014; FATORI, 2018), 34 (75%) participantes relataram que a demanda na Unidade de Saúde é pequena. Hipotetiza-se que a demanda não seja pequena, mas sim que há uma lacuna que perpassa pelo não reconhecimento da demanda, acesso qualificado dessa população a serviços da ABS e oferta de cuidado, como já afirmado anteriormente. Assim, ainda que os participantes minimamente compreendam o que é a saúde mental infantojuvenil, o conceito não tem necessariamente se traduzido em prática, uma vez que a demanda não tem sido reconhecida no território e, portanto, ações não são propostas e/ou efetivadas.

O quadro 6 apresenta as principais demandas de saúde mental infantojuvenil que os participantes identificam que a Unidade de Saúde recebe.

Quadro 6: Demandas de saúde mental de crianças e adolescentes que chegam a Unidade de Saúde

Categoria	Exemplos	Citações (n)

Transtornos mentais e Dificuldades comportamentais, emocionais, nas relações sociais e aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> • São transtornos banais a grande maioria. São coisinhas de ansiedade • Alteração de comportamento, agressividade • Dificuldade no relacionamento com os colegas • Isolamento social 	36
Uso de substâncias psicoativas	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de substâncias psicoativas • A drogadição aqui é muito presente 	11
Fatores familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes que são acompanhadas após separação dos pais • Dificuldades dos pais em lidar com esta nova geração, conflitos familiares, vínculos familiares quebrados 	8
Violência e Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Violência doméstica e sexual 	5
Tentativas de suicídio e automutilação	<ul style="list-style-type: none"> • Caso de tentativa de suicídio • Mais recentemente muitos casos de automutilação 	4
Autismo e desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso no desenvolvimento global • Autismo 	3
Fatores sociais	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria são questões sociais • Gravidez na adolescência 	3
Não sabe	—	2
Fatores biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Causas biológicas 	1

Fonte: Elaborado pelas autoras

Observa-se nos resultados apresentados no quadro 6, que a categoria mais citada se caracteriza por um enfoque mais individual, voltado para os problemas de saúde como os sintomas/comportamentos e psicopatologias.

Em contrapartida, identificou-se citações que associaram as demandas aos fatores sociais e familiares, o que hipotetiza-se ser uma forma de expressão concreta da compreensão dos participantes sobre a saúde mental. Em contrapartida apesar de tirar o foco do indivíduo e compreender o sofrimento em uma perspectiva mais ampliada, corre-se o risco de responsabilizar e culpabilizar outros atores como, por exemplo, a família, assim como identificado no estudo de Gomes et al. (2015).

Além disso, aponta-se que 11 citações são relativas ao uso de substâncias psicoativas. Da mesma forma como no estudo de Lourenço (2017) o uso

de álcool e drogas foi evidenciado na percepção dos participantes como o principal problema no campo da saúde mental infantojuvenil que as Unidades de Saúde recebem.

A partir dos resultados encontrados no presente estudo e no estudo de Lourenço (2017) identifica-se que os poucos adolescentes que acessam as Unidades de Saúde têm chegado na ABS quando a demanda é o uso de substâncias. Assim, a questão que se coloca não se refere somente ao que fazer diante dessa demanda latente, mas também como possibilitar que essa população tenha acesso por outras vias, como da promoção da saúde, considerando suas necessidades de saúde e não apenas na condição do problema já instaurando.

Por outro lado, compreende-se que há muitos desafios e fragilidades que envolvem o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas na ABS, que perpassam pela dificuldade de estabelecimento de vínculo e o preconceito contra o usuário, violando o direito de acesso ao cuidado de qualidade e integralidade preconizado pelo SUS (PAULA et al., 2014). Além disso, os estudos encontrados em sua maioria são voltados para a atuação do enfermeiro com essa população (ROSENSTOCK; NEVES, 2010; GONÇALVES; TAVARES, 2007).

Rosenstock e Neves (2010), ao discutirem sobre o papel dos enfermeiros na ABS com usuários de substâncias psicoativas, apontam que o enfermeiro é capaz de conhecer a história atual do uso e consumo da substância, e ciente dos problemas relacionados, podem realizar o acolhimento e a sensibilização.

Porém, identifica-se que mesmo que ações voltadas à escuta, ao acolhimento das demandas e ao aconselhamento às famílias sejam priorizadas pelas políticas públicas, o que tem sido prevalente nas práticas de cuidado na ABS é a assistência centrada em serviços especializados, por meio dos encaminhamentos (PAULA et al., 2014). Observa-se uma carência na formação dos profissionais da saúde quanto à temática da dependência química, sendo necessário mais investimento na formação das equipes. Além do mais, a Universidade como espaço de produção de conhecimentos precisa estar atenta para corresponder a estas demandas sociais, preparando os profissionais para intervir nestes cenários (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Especificamente em relação a população infantojuvenil, ainda que sobre a prática da enfermagem, o estudo de Silva et al. (2014) pontua que o enfermeiro da ABS deve ter conhecimento da vulnerabilidade do território e das populações em risco, como

os adolescentes usuários de substância, e, ciente das necessidades de saúde, intervir com a equipe por meio de campanhas educativas, buscando parcerias como a escola, associação de moradores, gestores, igrejas, a fim de prevenir ou reduzir danos.

Entretanto, os autores apontam que as práticas existentes na maioria dos contextos de saúde pouco têm se efetivado, uma vez que se distanciam da realidade vivenciada por essa população. Deste modo, antes de tudo deve-se considerar e reconhecer as particularidades desta etapa da vida, respeitando as singularidades e valorizando a opinião dos adolescentes, rompendo com a hierarquia existente nos atendimentos. Para além, há a necessidade de ampliar as ações para a rede de cuidado, família e escola visando corresponsabilizar diferentes atores e minimizar os efeitos cotidianos relacionados ao uso da substância (SILVA et al., 2014).

Para ilustrar serão apresentados alguns trechos de falas dos participantes da presente pesquisa.

"São decorrentes de ambiente familiar complicado desestruturado (pausa) e um pouco de uso de droga".

"Dificuldades dos pais em lidar com esta nova geração, conflitos familiares, vínculos familiares quebrados".

"O grande problema da saúde mental, saúde da criança e do adolescente, na verdade tá focado no adolescente que é a drogadição, aqui é muito presente né? Eles entram na droga muito jovem né? A gente já acompanhou adolescente de 13 anos que usava crack e que a gente teve, tem que intervir".

Para além da identificação das principais demandas, os resultados apontam para a urgente necessidade de qualificar o lugar que as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico têm ocupado na ABS, assim como reafirmar a potência do cuidado neste nível de atenção à saúde, principalmente no que tange às estratégias de prevenção e promoção à saúde.

Por exemplo, a ABS, na medida em que é a porta de entrada, poderia atuar no acolhimento, escuta, acompanhamento dessas crianças, adolescentes e suas famílias, de forma a identificar o que pode ser sinal de sofrimento, sua intensidade, assim como as repercussões na vida cotidiana e no que tange às perspectivas futuras (COUTO et al., 2008). Nesse sentido a Organização Pan Americana de Saúde (2018)

e Felix (2014) ressaltam a importância do cuidado à saúde mental na infância e adolescência, uma vez que contribui para melhores chances de prosperar na vida adulta, bem estar, qualidade de vida, assim como diminui os riscos de cronicidade.

Já o quadro 7 refere-se especificamente aos resultados relativos à forma como as crianças e adolescentes com demandas de saúde mental têm acessado a Unidade de Saúde.

Quadro 7: Forma de acesso das crianças e adolescentes com demandas de saúde mental na Unidade de Saúde

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Escola	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento da escola que a criança está com algum déficit de atenção, que a criança é hiperativa, que a criança não tá com bom rendimento e pede uma avaliação da saúde • Encaminhamentos de casos através das escolas em reuniões intersetoriais 	30
Família, amigos, membros da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Chegam trazidas por algum parente ou vizinho, pela comunidade, porque tem uma queixa gritante • Geralmente ou os pais percebem alguma alteração em casa ou ela vem com o familiar ou vem só o familiar 	26
Atendimento ou profissional da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Para realização de diversos procedimentos (medicação/ inalações/ administração de vacinas/ consultas pediátricas e através do acolhimento) • Muitas vezes são detectadas pelos pediatras • Problemas levantados pelos ACS 	19
Encaminhamentos da rede	<ul style="list-style-type: none"> • Através de associações, conselho tutelar • Referenciadas pela vara da infância • CAPS • Encaminhadas de algum outro serviço 	17
Demanda espontânea	<ul style="list-style-type: none"> • Eu já tive uma, uma menina, ela veio sozinha, mas eu acho até porque a questão estava sendo a família • Elas chegam por demanda espontânea 	10

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os resultados do quadro 7 reafirmam a discussão sobre a importância dos diferentes contextos (escola, família, rede) no cuidado à saúde mental infantojuvenil. Estes estão diretamente ligados não só à identificação das demandas, como também no fluxo dessa população pela rede de cuidado, uma vez que são prioritariamente por meio destes que as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico acessam as Unidades de Saúde.

O acesso a serviços de saúde é um conceito que tem mudado ao longo dos anos, sendo caracterizado como complexo, multifacetado e multidimensional,

envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ASSIS; JESUS, 2012; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Em revisão de literatura, Assis e Jesus (2012) encontraram que há alguns avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do SUS, em especial na ABS, como, por exemplo, por meio da ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde.

Nos resultados do presente Estudo, ao identificar que o acesso se dá principalmente pelo viés da rede de cuidado a essa população (escola, família, CAPSij, Conselho, entre outros), é importante uma discussão relativa ao acesso pela oferta e o acesso pela demanda. Ou seja, qual o percurso que as crianças e adolescentes têm feito pela rede de cuidados e, sobretudo, nos equipamentos do território, que levam ao acesso na ABS regulado por outros pontos que não a própria ABS?

Segundo Malik (2001), uma forma possível de compreender essa realidade é que a disponibilidade de recursos na ABS não tem acompanhado o crescimento das necessidades de saúde, obrigando a implantação de algum tipo de racionamento ou racionalização (explícita ou implícita) nesta oferta, o que leva a uma escolha de quais serão as prioridades seguidas. Como resultado, uma parcela da população que carece de cuidado se torna invisível no território, por não ser uma prioridade.

Assim, tal dimensão relativa ao racionamento na oferta de serviços e invisibilidade pode estar presente e explicar alguns resultados do presente estudo. Nessa direção, as demandas de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e suas famílias se tornaram invisíveis aos olhos dos profissionais no território e, apesar das famílias terem conhecimento sobre a existência de equipamentos da ABS próximos as suas casas, também não os reconhecem enquanto possibilidade de cuidado para o sofrimento vivenciado, possivelmente devido à ausência de oferta de cuidado que respondam às suas reais necessidades de saúde para além dos problemas que geralmente são contemplados nos programas prioritários desenvolvidos pela Unidade de Saúde.

Além disso, complementarmente, retoma-se aqui a discussão realizada anteriormente neste eixo, relativa à dificuldade das equipes no reconhecimento das demandas do território, na formação dos profissionais, falta de afinidade com o campo e o enfoque nos problemas e não a partir das necessidades de saúde, o que certamente traz implicações tanto para o acesso, como para ações de cuidado que são ofertadas pela Unidade de Saúde. Assim, as demandas existem e têm chegado primeiramente em outros

equipamentos e setores da rede como CAPSij e escola, de forma que há inversão do fluxo, tendo em vista a compreensão da ABS enquanto porta de entrada e estratégia prioritária de acesso e cuidado da população.

A partir desse dimensionamento, compreende-se que a ideia não é que a saúde mental se torne também uma prioridade, mas sim que seja abarcada dentro da complexidade relativa ao cuidado à infância e adolescência, uma vez que tem-se a proposta do cuidado integral aos indivíduos neste nível de atenção à saúde.

Questiona-se se em uma Unidade de Saúde onde tende-se a predominar ações respaldadas por políticas públicas que se restringem à seletividade e voltadas a grupos de risco, inseridas em um contexto político atual com constantes desmontes no SUS, precarização do trabalho e sucateamento da saúde e em um cenário onde o sofrimento psíquico foi tardiamente pautado na agenda pública, a saúde mental infantojuvenil teria visibilidade?

Compreende-se que a ABS tem a potência e complexidade necessária para acolher, acompanhar e prestar cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, porém sabe-se que a ausência de recursos e investimentos por si só já comprometem a concretização das proposições políticas que têm sido firmadas para este seguimento.

Por fim, vale abordar a última categoria relativa ao acesso pela via “demanda espontânea”, onde são os adolescentes que procuram os serviços.

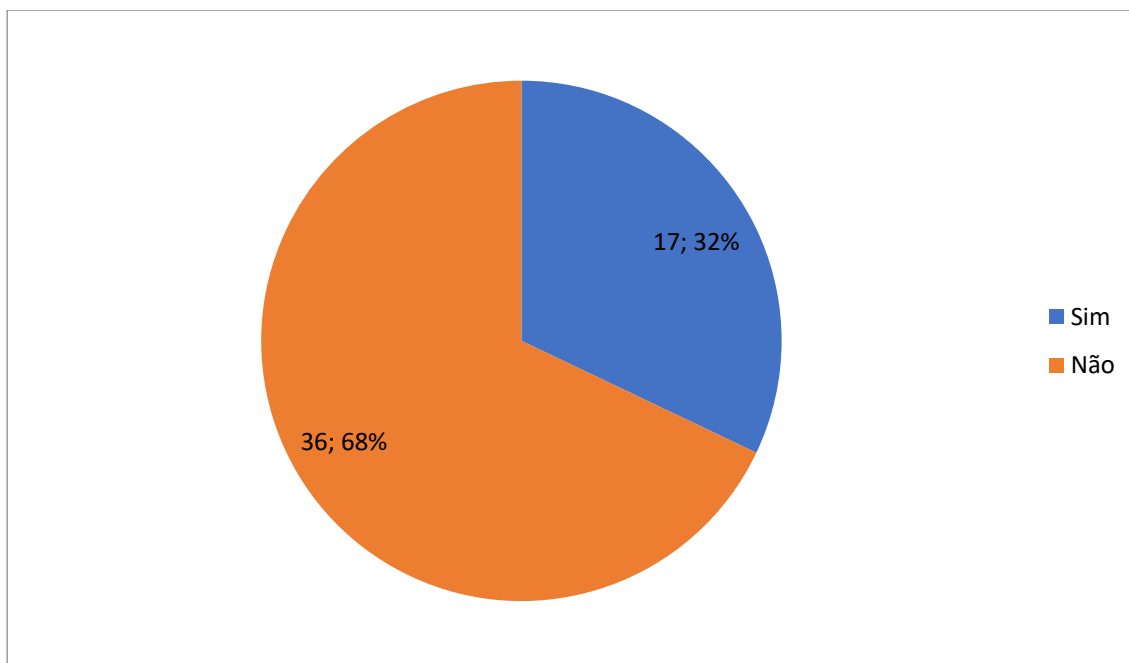
Mesmo diante dos aspectos limitantes do cuidado e do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde, conforme apontado anteriormente, este resultado reforça que os mesmos têm chegado na Unidade de Saúde, o que implica ainda mais na necessidade de transformação da assistência prestada a esse público, possibilitando ações de promoção, prevenção e tratamento de diferentes demandas, por meio da escuta, acolhimento e do respeito à singularidade. Aponta-se que para além da sexualidade e drogadição, os adolescentes têm apresentado demandas urgentes, que trazem enorme prejuízo à vida, como o sofrimento psíquico, autolesão e suicídio.

6.4 PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Este eixo contempla diferentes aspectos relativos às práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na ABS, de forma a abordar a experiência dos participantes no cuidado, práticas existentes, perspectivas, desafios e potencialidades.

Iniciando o eixo, a figura 12 ilustra se o participante já teve experiência no cuidado a essa população:

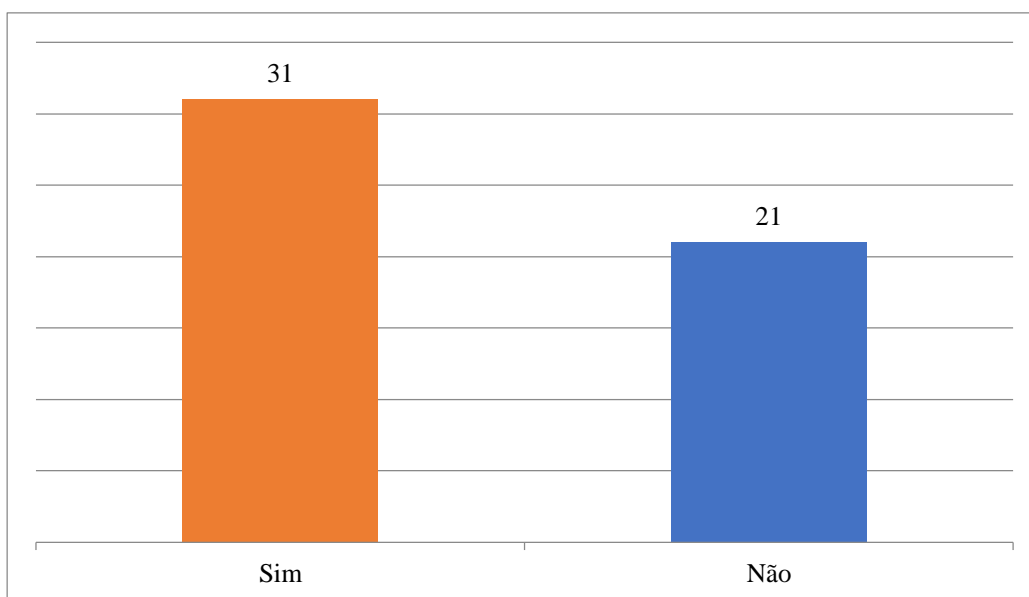
Figura 12: Experiência do participante no cuidado à saúde mental infantojuvenil



A maioria dos participantes, 36 (67,9%), afirmou que nunca teve experiências neste campo. Este resultado, somado à falta de afinidade indicada pelos participantes, são fatores importantes que podem ter implicações na concepção do campo e no cuidado em saúde mental infantojuvenil, como sinalizado anteriormente. Tais aspectos reforçam a necessidade de investir em formação continuada, capacitação profissional, aproximação com essa população via matriciamento dentre outros, como já apontado.

Além disso, questionou-se aos participantes se a Unidade de Saúde oferece algum tipo de assistência e cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Figura 14: Há oferta de cuidado à saúde mental infantojuvenil na Unidade de Saúde?



Apesar de poucos terem mencionado ter experiência de atuação no campo, 31 (58,49%) participantes relataram que a Unidade de Saúde oferece assistência a essa população. Tendo em vista os resultados anteriores relativos às ações e estratégias de cuidado a crianças e adolescentes, a afirmação da pequena demanda de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Unidade de Saúde, a falta de proximidade e afinidade com o campo, supõe-se que ao indicarem que ainda assim há oferta de cuidado a essa população parece haver uma dificuldade em compreender o que seria o cuidado em saúde mental infantojuvenil a partir do que é proposto pelas políticas públicas.

A seguir o quadro 8 apresenta os resultados relativos ao detalhamento das ações informadas pelos participantes cujas Unidades de Saúde oferecem cuidado em saúde mental infantojuvenil.

Quadro 8: Estratégias de cuidado oferecidas as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Unidade de Saúde participante

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Ações de campo: Estratégias e ações realizadas pelos profissionais da equipe da Unidade	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento realizado pelos multiprofissionais • Avaliadas pelo pediatra de referência, discutido o caso em equipe • Visitas domiciliares • Grupos de observação infantil • Acolhimento em grupos de pais, avaliação dos casos, atendimento quando necessário 	25

Ações de núcleo: Consultas individuais e grupo com profissionais especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • O estágio de psicologia • Consultas em grupos e individuais com os profissionais das equipes de referência e saúde mental • Acompanhamento com TO, consultas em conjunto para fechar diagnóstico e tratamento 	16
Ações intersetoriais: Parcerias com escola e assistência social	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos em parceria com a escola e assistência social 	1

Fonte: Elaborado pelas autoras

Sobre as três categorias identificadas, verifica-se que as estratégias de cuidado ofertadas perpassam prioritariamente por ações na Unidade de Saúde participante e atendimentos/consultas com especialista. Evidencia-se o fato de que as parcerias com a rede foram citadas apenas uma vez enquanto estratégia de cuidado, reafirmando os resultados e a discussão apresentada anteriormente sobre a necessidade de se construir parcerias com outros setores (educação, assistência social, entre outros), visando à efetividade e integralidade, assim como à responsabilização pelo cuidado.

A partir dos resultados que expressam as ações e estratégias de cuidado sob a ótica dos gestores, identifica-se que algumas tecnologias leves, como o acolhimento e a escuta qualificada não são realizadas ou reconhecidas enquanto estratégias de cuidado a essa população em sofrimento psíquico.

“As crianças com problemas de saúde mental são avaliadas pelo pediatra de referência, discutido o caso em equipe e posteriormente discutido em matriciamento, e se necessário vai para acompanhamento específico de saúde mental”.

“Acompanhamento com TO, CAPSi, realizamos consultas em conjunto para fechar diagnóstico e tratamento”.

“Acho que o que a gente tem... Nosso cardápio pra saúde mental é só a consulta né? E os encaminhamentos que a gente faz, pede com preferência, mas nunca acontece”.

“Terapia com psicólogo, TO ou psiquiatra”.

Segundo Souza e Rivera (2010) existem alguns princípios que respaldam e direcionam tanto as ações de saúde mental quanto as da ABS, sendo que estes estão

pautados no acolhimento enquanto ação humanizada, que rompe com o atendimento tecnocrático; a responsabilização pelo cuidado à saúde mental da população; o estabelecimento de vínculo; e a compreensão do indivíduo enquanto sujeito integral.

Ainda que os resultados deste Estudo ao revelarem que 41,1% das Unidades não realizam ações de cuidado à saúde mental infantojuvenil indiquem uma distância na efetivação destes princípios e diretrizes de cuidado, tem-se por outro lado os resultados que sinalizam para alguns pontos favoráveis. A título de exemplo, foi citado o matriciamento como ferramenta envolvida no cuidado a essa população, uma vez que por meio deste é possível obter um suporte técnico na própria ABS, compartilhando com as equipes envolvidas os casos e situações, favorecendo a coresponsabilização pelo cuidado, resolutividade e rompendo com a lógica do encaminhamento e da especialidade.

Mesmo que incipientes, os estudos na literatura desenvolvidos em Unidades de Saúde têm identificado estratégias de cuidado positivas sendo realizadas pelas equipes da ABS, ou vislumbrado possibilidades de transformação dessa realidade, que condizem com os princípios da atenção psicossocial (DELFINI; REIS, 2012; TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Teixeira, Couto e Delgado (2017), ao realizarem um estudo colaborativo na cidade do Rio de Janeiro, identificaram dois pontos favoráveis que se destacaram no território estudado. O primeiro refere-se à percepção dos problemas de saúde mental infantojuvenil por parte dos profissionais da ESF, uma vez que esta parte de uma visão ampliada dos determinantes do sofrimento psíquico e no entendimento da complexidade desse fenômeno, semelhante aos resultados encontrados no presente estudo. O segundo está relacionado ao fato dos profissionais da ESF terem respondido de maneira positiva e ágil à intervenção proposta no estudo, com foco na identificação de problemas, ações possíveis e modos de articulação em rede, indicando ser um espaço favorável à implantação de trabalho colaborativo a partir da atenção psicossocial. Assim, compreende-se que propostas desta natureza tendem a favorecer e qualificar o cuidado neste campo na ABS.

Em contrapartida um número significativo de participantes, 17 (32%), relatou que as estratégias oferecidas se fundamentam na perspectiva das especialidades e do modelo médico-centrado.

Este resultado indica pouca alteração nesta realidade e reforça os achados da literatura sobre uma lógica de cuidado pautado no modelo biomédico e especialista, de forma que Frateschi e Cardoso (2016), ao realizarem um estudo de revisão de literatura

sobre práticas de saúde mental na ABS, encontraram que ainda há um predomínio de procedimentos médico-centrado, voltado para a especialidade e ações intramuros. Nesta direção, têm-se diferentes estudos como o de Arce, Souza e Lima (2011), Moliner e Lopes (2013), Bezerra et al., (2014) e Frosi e Tesser (2015) que apontam que esta realidade tem sido prevalente nos contextos de cuidado à saúde.

Reafirmando esta perspectiva, em uma recente revisão integrativa da literatura sobre práticas de cuidado em saúde mental na ABS, Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) sinalizam que ao longo do tempo este cenário pouco tem se modificado, ao passo que a proposta de ampliação do cuidado à saúde mental caminha lentamente e ainda está pautada na lógica biomédica e especialista. Conforme as autoras, este resultado tem se reafirmado também nos poucos estudos que focalizam especificamente a saúde mental infantojuvenil, e os resultados do presente estudo reforçam esta realidade.

Assim, é preciso refletir a respeito do papel dos técnicos em saúde neste nível de atenção, no sentido de reforçar que os mesmos podem e devem responder às diferentes necessidades de saúde da população, abarcando a multiplicidade e, ao mesmo tempo, as singularidades. Estas podem ser relativas à saúde mental ou não, rompendo com as concepções de que a saúde mental é um campo de exclusividade de algumas categorias profissionais e do especialismo, o que tende a limitar e restringir o acesso e cuidado ofertado a essa população.

Sob o enfoque dos profissionais da equipe que prestam o cuidado em saúde mental desenvolvido na ABS, estudos mostram que alguns profissionais têm estado mais próximos dos usuários em sofrimento psíquico, como é o caso dos ACS. A literatura afirma que os conhecimentos construídos no cotidiano de trabalho dos ACS são potentes para a produção de práticas de cuidado condizentes com o paradigma da atenção psicossocial, fundamentadas no diálogo, na preocupação com a inserção social e também na necessidade de envolvimento das famílias no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (SANTOS; NUNES, 2014; BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009)

Assim, considerando que nas Unidades de Saúde que contam com a ESF há a presença dos ACS, apontados pela literatura como diferenciais na lógica de cuidado da ABS, e que são importantes atores no cuidado a saúde mental, questionou-se a percepção dos participantes sobre o envolvimento destes profissionais no cuidado às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental.

Quadro 9: Qual a percepção dos participantes a respeito do ACS no cuidado a crianças e adolescentes com demandas de saúde mental

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Importante e se envolvem	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento por visita domiciliar nos casos mais vulneráveis, participam dos atendimentos • De suma importância. Agente que faz a ponte entre a comunidade e o serviço, identificando primariamente muitos casos • São bem participativos e interessados • Eles trabalham muito, são sobrecarregados, e ajudam muito na convocação dessas famílias na realização de cadastro, visita domiciliar para identificar como está realmente o domicílio, vão em todas as visitas domiciliares 	25
Parcialmente envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> • Têm boa vinculação com a população, mas não estão inseridos no cuidado 	3
Poucos têm interesse e se envolvem	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de serem incentivados, sentem-se inibidos em trazer casos, sendo necessário educação permanente • Os ACS não se interessam muito pela temática em saúde mental. Nos poucos matriciamentos existentes, muitos optam em não participar. • Pouco envolvimento 	3

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os resultados aqui apresentados, relativos à contribuição dos ACS, assim como será apresentado no Estudo II, reforçam a relevância deste profissional na ABS. São eles que realizam diferentes tipos de ações que respondem e condizem com as propostas políticas e diretrizes de cuidado à saúde mental infantojuvenil e ABS, por meio do cuidado engajado no território, articulando as redes formais e informais de forma horizontalizada.

Ainda que citado por poucos participantes a compreensão de que os ACS não estão inseridos no cuidado é preocupante, para além da saúde mental infantojuvenil. Primeiramente pelo fato dos participantes serem gestores, mas também por esta visão não encontrar sustentação não só pelo que é preconizado nas políticas, como nos estudos que têm evidenciado a importância da figura desses profissionais para a efetivação do cuidado territorial (OLIVEIRA et al., 2003; SILVA, 2006; FERREIRA et al., 2009; SANTOS, 2011). Diante de tal afirmação, considera-se que todas as atividades que esses profissionais realizam, como visitas domiciliares, acompanhamento das famílias, cadastramento de usuário, não seriam considerados como cuidado, se distanciando da concepção de cuidado ampliado, integral, no

território, e se aproximando da perspectiva de que a saúde mental é de responsabilidade apenas dos especialistas.

Muitos estudos, em diferentes campos, têm sinalizado para as contribuições e ganhos de poder contar com ACS nas equipes. De acordo com Boviot (2015), os ACS facilitam os trabalhos de vigilância e de promoção da saúde realizados por equipe multiprofissional e atuam como elo cultural, ao reforçar o trabalho educativo e unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. Nesta direção, o ACS é um dos elementos nucleares das ações em saúde na ABS (COSTA et al., 2013).

Ainda que eles sejam a principal ferramenta de cuidado verificada tanto no Estudo I como no Estudo II, é importante não só ressaltar sua importância e potência do seu trabalho no cuidado territorial na ABS, mas também sinalizar para a necessidade de envolvimento de outros atores que também atuam nesse cenário, corresponsabilizando-os para o cuidado a partir desta lógica.

No estudo de Campos et al (2008), que objetivou avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira, foi reconhecido o papel estratégico do ACS para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população.

Em 2001, o estudo de Brêda e Augusto identificou que os ACS foram os únicos membros da equipe a visitar os usuários em sofrimento psíquico em seu domicílio e que suas atitudes se diferenciavam do restante da equipe por serem mais cordiais, compreensivos e afetuosos. Além disso, os participantes usuários do serviço apontaram que a interação dos mesmos com a equipe de saúde se restringia à relação com os ACS, ao espaço da Unidade de Saúde e às ações individuais, onde o acolhimento e a escuta são tecnologias pouco exploradas pela equipe.

Os resultados do presente estudo, assim como os que serão expostos no Estudo II, reforçam essa compreensão de papel fundamental dos ACS, porém no que tange ao campo específico da saúde mental infantojuvenil.

Em se tratando da rede de cuidados às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, os participantes citaram os equipamentos/serviços/projetos que consideram mais importantes para o cuidado a essa população, sendo possível identificar três categorias, apresentadas no quadro 10 a seguir.

Quadro 10: Quais são os equipamentos/serviços/projetos importantes para o cuidado à saúde mental infantojuvenil

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Rede de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • CAPS infantil, psiquiatra, Centro de Especialidade • Ambulatório de Saúde mental infantil, NASF, • Primeiramente equipe de saúde mental • O próprio centro de saúde, os CAPS, o NASF 	26
Rede intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> • Escolas, creches, assistência social, centro de convivência • Atividades de lazer na comunidade • CRAS (Centro de assistência de referencia social), conselho tutelar • Projetos de esporte • Pastoral, escolas 	25
Outros	<ul style="list-style-type: none"> • Formação complementar • Espaço físico adequado, profissionais disponíveis • A contra referência 	7

Fonte: Elaborado pelas autoras

Observa-se que praticamente em igual proporção, tanto a rede de saúde, como a rede intersetorial, envolvendo as escolas, equipamentos da cidadania e assistência social, esporte e lazer foram citadas.

Esse resultado é relevante na medida em pode indicar para o processo de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, apoiado em uma rede de cuidados ampliada, promovendo o acesso à atenção psicossocial da população e a integralidade do cuidado por meio da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

Ainda na temática da rede e intersetorialidade, questionou-se se a Unidade de Saúde consegue articular e/ou fazer parcerias com outros equipamentos voltados ao cuidado à saúde mental infantojuvenil. Os resultados serão apresentados no quadro 11 a seguir.

Quadro 11: A Unidade de Saúde articula e/ou realiza parcerias com outros equipamentos/serviços/projetos?

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Muitas vezes há um encaminhamento para o CAPS • O CRAS, o CREAS (centro de referência especializado de assistência social) são equipamentos, além do conselho tutelar 	32

	<ul style="list-style-type: none"> • Nas reuniões intersetoriais • Realizando o matriciamento com diferentes equipamentos 	
Não	<ul style="list-style-type: none"> • Acho que não, entre os setores há pouca comunicação • Não consegue articular 	8
Parcialmente, com dificuldades	<ul style="list-style-type: none"> • Consegue em alguns casos, mas em outros esta comunicação não acontece de forma satisfatória • Muito pouco, por insuficiência destes recursos • Muitas vezes com dificuldade. Os problemas sociais são grandes 	7

Fonte: Elaborado pelas autoras

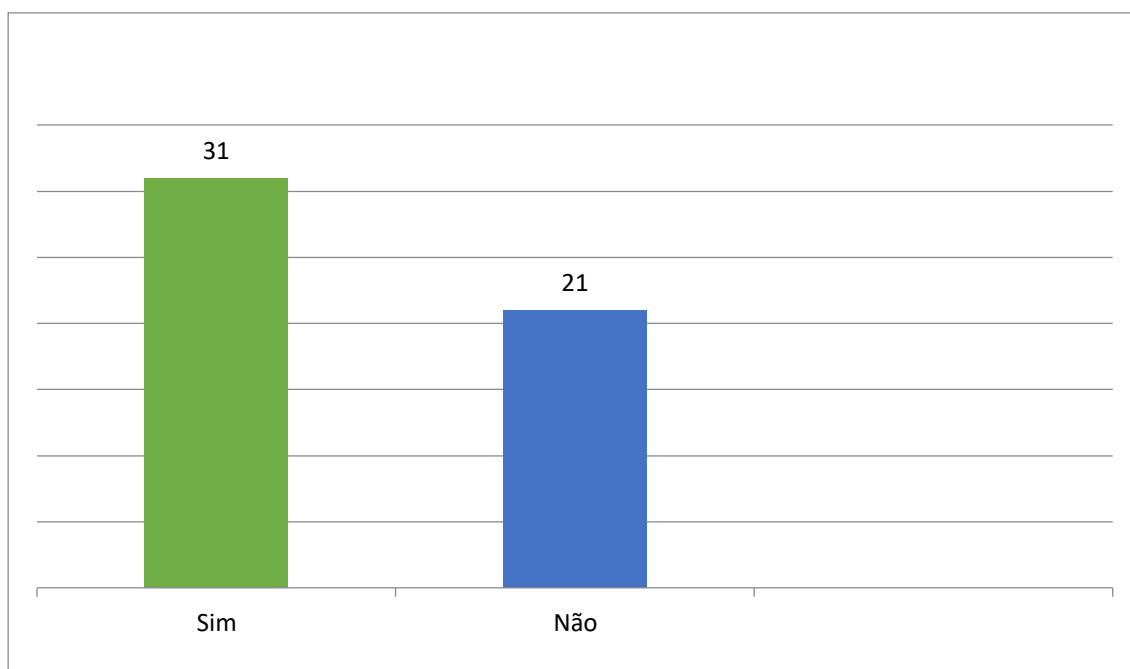
Observa-se que a maioria dos participantes relata que é feito um trabalho em rede intra e intersetorial, com diferentes equipamentos presentes no território. Além disso, apontam para as estratégias que favorecem esse trabalho, como o matriciamento e reuniões intersetoriais.

Chama atenção o fato dos participantes que relatam que realizam parcialmente este tipo de trabalho justificarem as dificuldades na falta de equipamentos e recursos. É importante refletir que a rede não se faz só pela presença dos equipamentos ou pela quantidade de recursos, mas principalmente pelo diálogo e parcerias entre as pessoas, profissionais e equipes existentes.

Apesar da literatura e das políticas públicas de saúde mental infantojuvenil apontarem para a importância do trabalho em rede e intersetorial visando um cuidado integral e efetivo, os resultados do presente Estudo, assim como a literatura, têm evidenciado para diferentes dificuldades que permeiam desde a identificação e o reconhecimento dos diferentes pontos de atenção, até a falta de diálogo entre profissionais das equipes, desresponsabilização pelo cuidado, dificuldades na referência e contra referência, lógica centrada na especialidade e atuação medico-centrada (ZANIANI; LUZIO, 2014; TAÑO, 2017; SILVA, 2016; LOURENÇO, 2017).

Considerando a relevância da escola, conforme já foi discutido e abordado anteriormente, foi questionado se a Unidade de Saúde realiza um trabalho articulado com as escolas. A figura 13 mostra que 31 (58,49%) participantes realizam essa parceria.

Figura 13: A Unidade de Saúde realiza parceria com as escolas no que se refere ao cuidado à saúde mental infantojuvenil?



Ainda que a escola tenha sido apontada nos resultados do presente estudo e pela literatura como fundamental para identificar e reconhecer as demandas de saúde mental, e que são os profissionais deste contexto que têm feito encaminhamentos para a ABS, 21 participantes afirmaram que as Unidades de Saúde não têm realizado parcerias com esse contexto.

A gravidade desta ausência de parcerias, possivelmente, também reverterá nas (im)possibilidades das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico mais intenso em permanecerem no contexto escolar, dentre outros conforme já discutido anteriormente e identificado no estudo de Taño (2017).

Taño (2017) realizou uma pesquisa a partir de dois estudos que visaram identificar e compreender os desafios e potencialidades do trabalho intersetorial abarcando o campo da saúde mental infantojuvenil e da educação. No Estudo I participaram gestores de 35 CAPSij da região sudeste do Brasil, e os resultados permitiram identificar que a intersetorialidade, enquanto exercício e diretriz, apresenta pontos positivos para todos os sujeitos envolvidos, sejam estes trabalhadores, crianças, adolescentes e famílias. Já no Estudo II caracterizado como uma pesquisa-ação, os resultados elucidaram que os conceitos de território e clínica ampliada são centrais para a execução de práticas interssetoriais. Além disso, a autora discute que a falta de políticas

públicas sobre educação/saúde mental e a ausência de debates e articulações tendem a produzir um silenciamento discursivo, resultando na desassistência a essa população.

Assim, é fundamental a realização de parcerias, o trabalho em rede intersetorial, de forma que contribuam tanto para o cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no território e suas perspectivas futuras, como também para os demais atores envolvidos, como profissionais da equipe escolar e da assistência à saúde.

Buscou-se também compreender ao final do questionário qual a percepção/opinião dos participantes sobre o cuidado oferecido a essa população em sofrimento psíquico na ABS, após abordar diferentes aspectos relativos ao campo e às práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil.

Quadro 12: Percepção dos participantes sobre o cuidado à saúde mental infantojuvenil na ABS

Categoria	Exemplos	Citações (n)
Limitado, precário, ruim	<ul style="list-style-type: none"> • Muito falho, muito precário, muito ruim • Não estamos preparados para atendê-los de uma forma ampliada • Precário, porque acho que a gente não tem formação pra isso, os profissionais que estão na atenção básica, porque somos a maioria generalistas, da saúde da família • Limitada devido à escassez de recursos • Precisamos de uma rede articulada para dar suporte aos casos mais graves • Atenção básica não faz muito atendimento faz mais encaminhamento. 	37
Apontam a pertinência do cuidado na ABS	<ul style="list-style-type: none"> • Acho muito importante, visto que a atenção básica é a porta de entrada da saúde básica. É aqui que se busca o primeiro atendimento e tem que ser acolhido essa demanda • Necessário para melhoria da qualidade de vida desse grupo de atendimento • Acredito ser fundamental as ações de promoção e prevenção, não só às crianças e adolescentes, mas às famílias • Avalio como bom. 	8
Não há	<ul style="list-style-type: none"> • Não existe na atenção básica existe só nos CAPS • Não há. Funciona na atenção especializada. 	3

Fonte: Elaborado pelas autoras

Os resultados revelaram que a maioria dos participantes considera o cuidado como limitado, precário ou ruim, o que faz diálogo com os resultados sobre o cuidado ofertado no decorrer do presente estudo. Além disso, a partir das falas dos participantes, é possível identificar justificativas para as limitações apontadas:

“Precário, porque acho que a gente não tem formação pra isso, os profissionais que estão na atenção básica, porque somos a maioria generalistas, da saúde da família. E aí, assim, a gente não tem conhecimento específico né? E aí a saúde mental de crianças e adolescentes acaba, a gente vê várias barreiras na hora do cuidado, na hora da assistência mesmo, porque envolve não só a criança, mas envolve a família, que também muitas vezes adocece, pensando na família de um adolescente usuário de droga. A família fica tão adoecida quanto ele, né?”

“Ainda muito fraco, pois não temos estrutura e nem equipamentos suficientes”.

“É uma oferta com muito potencial, porém limitada devido à escassez de recursos”.

“Bastante precária visto que nossas ofertas de vagas são bastantes restritas e o atendimento concentra-se em outra unidade”.

“Muito deficitário, já que não contamos com profissionais específicos para esta área e o CAPS infantil não tem seu quadro de RH completo”.

Finalizando o Eixo 1, questionou-se aos participantes o que eles consideram que poderia ser oferecido às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Unidade de Saúde. Segue no Quadro 13 as possibilidades sugeridas.

Quadro 13: O que poderia ser oferecido como ações de cuidado as crianças e adolescentes na Unidade de Saúde

Categorias	Exemplos	Citações (n)
Ações com equipe especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo • Equipe de saúde mental 	16
Grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de vivência • Oficina • Grupo de pais • Grupo de adolescentes 	11
Seguir algumas diretrizes de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponsabilização e vínculo • Importante é trabalhar intersetorialmente • Cuidado integral • Trabalhar dentro da RAPS • Escuta qualificada • Prevenção e promoção • Acolhimento 	9

Não responderam	----	8
Mais recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Ter capacitação para toda a rede • Falta recurso, não tem espaço físico • Falta recursos humanos 	7
Educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos educativos • Educação em saúde 	2

Fonte: Elaborado pelas autoras

Mesmo que a ideia seja pensar em alternativas e estratégias de cuidado que poderiam ser oferecidas, os participantes apresentaram dificuldades em abordar as possibilidades, sendo as sugestões pautadas na lógica das especialidades. Muitos justificaram que antes de se pensar em ações é necessário melhorar a estrutura do serviço e formação profissional, por meio de investimentos em recursos humanos e estruturais. Este achado reforça os resultados e discussão já apresentados aqui, a respeito da compreensão de que para reverter essa lógica é preciso adotar algumas condutas mínimas, como o investimento em capacitação e formação profissional.

Além disso, compreende-se que ter profissionais especializados na equipe poderia contribuir para o cuidado à saúde mental infantojuvenil, porém, não com o objetivo de apenas direcionar as demandas de saúde mental a estes profissionais, mas sim enquanto possibilidade de maior diálogo, trocas, compartilhamento e sensibilização da equipe. Não obstante, compreende-se que o matriciamento em saúde mental poderia suprir ou responder parcialmente por tal demanda. Outra direção que parece ter potência e não implicaria na permanência de profissionais especializados estariam no trabalho colaborativo como já apontado (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017).

Ainda, os grupos foram citados por 11 participantes como estratégia de cuidado, sendo este voltado tanto às crianças e adolescentes como para os pais.

“Grupos de atenção às crianças e aos pais, como roda de conversa, no qual há um compartilhamento de situações e fortalecimento dos indivíduos”.

“Grupos de convivência e recreação/interações com objetivos”.

“Grupo de adolescentes, grupo de pais”.

“Grupos de vivencia, terapêuticos”.

“Grupos e adolescentes”.

“Atividades em grupo com temas de interesse para essa faixa etária”.

Ressalta-se que 9 participantes citaram a necessidade de criar estratégias que perpassem pelas diretrizes de cuidado proposto pelas políticas públicas, como se observa nos relatos abaixo.

“Suporte, corresponsabilização, estreitar laços/ vínculos”.

“Penso que é importante a intersetorialidade, um envolvimento de outras secretarias além da saúde, pois extrapola o campo da saúde, envolve educação, cultura, esporte, assistência social”.

“Dentro da RAPS procuramos trabalhar todas as ações que nos são propostas, considerando as possibilidades da equipe e do serviço”.

“Então, a gente precisaria... poderia fazer um acolhimento”.

Finalizando o Estudo I considera-se que o objetivo de identificar as implicações presentes no cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS e as concepções de saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores de unidades de saúde deste nível de atenção à saúde foi alcançado, uma vez que os resultados forneceram um panorama geral sobre o campo da saúde mental infantojuvenil, envolvendo desde as concepções dos participantes até o cuidado ofertado na ABS.

A partir dos resultados foi possível identificar fragilidades em diferentes esferas para a garantia e efetivação do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, tendo em vista as proposições políticas e direitos dessa população. Ainda que os participantes apresentem uma concepção ampliada de saúde mental infantojuvenil, paradoxalmente não identificam as demandas que chegam às unidades com muita frequência. Há limites que fragilizam a operacionalização do cuidado, como, por exemplo, a falta de afinidade com o campo, formação profissional e escassez de recursos humanos e estruturais.

Os participantes também relataram que a demanda que chega na ABS relativa à saúde mental infantojuvenil é pequena, o que se contradiz com a literatura (CID, 2011; MACHADO et al., 2014; LOPES et al., 2016) e com os resultados aqui verificados relativos aos encaminhamentos de crianças e adolescentes que a ABS recebe.

Este resultado também reforça a compreensão de que os participantes apresentam dificuldades em reconhecer as demandas de saúde mental infantojuvenil, assim como identificá-las no território. Sendo assim, o estudo revelou que as crianças e os adolescentes têm acessado a ABS principalmente por meio da rede de cuidados, como, por exemplo, a escola, CAPSij, conselho tutelar, entre outros. Especificamente quanto aos adolescentes, os mesmos têm chegado à ABS tanto por demanda espontânea, como em decorrência do uso abusivo de substância psicoativa, mesmo diante da falta de investimento e proposições de cuidado a essa população.

De forma geral, as ações de cuidado oferecidas a esta população na própria ABS estão fortemente voltadas aos problemas de saúde, como nas ações e programas dirigidos a vacinação, consultas médicas, puericultura, entre outras. Além disso, identificou-se que quando existentes, as ações de cuidado em SMIJ são majoritariamente pautadas no modelo biomédico, voltadas aos especialistas e aos encaminhamentos aos equipamentos especializados. Nesse sentido, o cuidado tem se distanciado da perspectiva da desinstitucionalização, cuidado territorial e das reais necessidades de saúde.

Em contrapartida, potências também foram reveladas como, por exemplo, o reconhecimento da rede intra e intersetorial e da importância do papel dos ACS no cuidado à saúde mental infantojuvenil, uma vez que são estes que mais se aproximam, reconhecem e atuam com as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Nessa direção, discute-se que o problema não seja apenas a falta de políticas públicas de cuidado a esse seguimento, mas o fato de que estas precisam ser acompanhadas de investimentos e ações que possam efetivá-las.

Compreende-se que há muito que se avançar no que se refere ao cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na ABS, de forma que as ações e estratégias de cuidado tenham como fundamento a promoção da saúde e a integralidade do cuidado, sendo assim pautadas nas necessidades de saúde.

Cabe mencionar que esta realidade é um pequeno retrato do Estado de São Paulo, especificamente em cidades de médio e grande porte, e, portanto, tenciona-se o quanto em municípios menores ou em outras regiões do país, onde a presença de uma rede de cuidado ainda é incipiente, essa realidade tende a se agravar ainda mais.

A seguir apresenta-se o Estudo II que tem como proposta aprofundar a compreensão dos resultados encontrados na primeira etapa, de forma a dimensionar, dialogar, refletir e levantar proposições que favoreçam a compreensão do campo e a assistência prestada a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

**ESTUDO II – *Cuidado em saúde mental infantojuvenil no
território: realidade, paradoxos e potências***

VII APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

Tendo em vista o objeto dessa tese, em uma perspectiva ampliada, o Estudo II foi efetivado visando um aprofundamento por meio de uma etnografia da compreensão sobre as potências, paradoxos e perspectivas no território a partir de uma Unidade de Saúde, inserida em um dos municípios envolvidos no Estudo I.

Desse modo, os pesquisadores que empregam essa abordagem procuram desenvolver pesquisas que possam fortalecer grupos e pessoas em situação de marginalização, bem como propor intervenções possíveis dados os contextos políticos e sociais (MARINARDES; MARCONDES, 2011).

Nesta seção apresentarei a proposta de construção desse estudo, a partir de um panorama geral de como o mesmo se estruturou. Coerentemente com o método empregado, utilizo a primeira pessoa do singular ao longo de todo o estudo diferentemente do anterior.

Antes de tudo, cabem alguns esclarecimentos. Por uma questão ética e de forma a garantir o sigilo e a segurança dos profissionais e da pesquisadora, o município, a Unidade de Saúde e o território no qual a pesquisa foi desenvolvida não serão identificados. Assim, foi realizado um recorte nas notas do diário, cenas apresentadas, notícias de jornais e imagens, buscando impossibilitar a identificação, tanto do local, quanto dos interlocutores. Os nomes dos moradores e interlocutores relatados nesse estudo são fictícios.

Quanto a utilização de algumas palavras em itálico, as mesmas se referem a termos nativos da periferia, com significados específicos ao contexto em questão, e que tem sido amplamente divulgados pela literatura científica (FELTRAN, 2011, 2018; BIONDI, 2010, 2018; DIAS, 2012; MANSO; DIAS, 2018).

Compreendendo que a etnografia permite uma flexibilidade quanto ao uso de diferentes recursos metodológicos para coleta de dados (FLICK, 2009), ao longo deste estudo foram utilizados o diário de campo, fotografias, entrevistas abertas e rodas de conversa.

O diário de campo foi redigido, a princípio, a partir de uma perspectiva cronológica, onde algumas dimensões se fizeram presentes, como descrição do tempo, espaço e situações; análise de determinadas situações; e aspectos pessoais do autor como as emoções e humor. Desta forma, ele foi sendo estruturado conforme aponta Weber

(2009), em três diários: o *diário específico da etnografia* (descritivo), *diário de pesquisa* (contendo elementos de análise) e *diário íntimo* (mobilizações pessoais).

As entrevistas foram realizadas com profissionais da saúde, usuários e moradores (dentre eles jovens) e trabalhadores de outros setores envolvidos com o território. Já as rodas de conversa foram pontuais e surgiram a partir da disponibilidade e necessidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ACS em conversar sobre determinados assuntos cotidianos como, por exemplo, políticas públicas de saúde e assistência à saúde mental infantojuvenil e reconhecimento de demandas no território. As imagens, através de fotografias, foram registradas visando caracterizar e mapear o território, desde minha entrada até a saída do campo.

Ademais, diante da possibilidade de um planejamento, adotou-se nesse estudo o que Silva (2009) aponta enquanto fases do cronograma etnográfico: situar-se, observar e descrever, de forma que a vivência do pesquisador transforme essas fases em atividades sincrônicas (andar, ver e escrever). Considera-se que estas se misturam em fluxo pela reciprocidade, interdependência e (inter) influências, ou seja, há uma perspectiva integradora e não sequencial. Assim, o observador encontra-se em ação e seu trabalho não é contemplativo, observacional, mas sim interacional, ou seja, ele interage na ação e como interlocutor (SILVA, 2009).

Segundo Silva (2009) o *andar* é um percurso marcado pela interação, seja nos rituais, trabalhos e lazer ou pela interlocução nas entrevistas informais, conversas e bate-papos. Desta forma, essa ação de andar implica em uma interação mútua, onde o etnógrafo sofre e exerce influência dos/sobre os outros, afetando e sendo afetado. Por outro lado, o *ver* implica em avançar um pouco mais sobre o reconhecimento das interferências subjetivas na observação de fenômenos físicos e naturais em uma cena da qual fazemos parte, o que envolve a capacidade de se incluir como peça exterior cuja presença altera a cena. Por fim, o *escrever* envolve a organização de uma matéria textual, que vai se reorganizando e sendo revista. Trata-se de organizar as notas, registros, transcrições de entrevistas gravadas, fixação de conversas, comentários soltos, entre outros.

No que tange a análise dos dados etnográficos, compreende-se que esta perpassou pela organização, gerenciamento e classificação do material coletado. Este processo visou escolher e selecionar as observações, acontecimentos e cenas mais importantes, relacionando-as com o contexto da pesquisa e o objeto investigado. Ou seja,

após a sistematização, foi realizada a redação do texto e a associação dos dados obtidos de forma a iluminar o campo (BEAUD; WEBER, 2014).

Assim, apresenta-se o Estudo II, que foi composto por quatro capítulos que serão expostos a seguir.

No capítulo VIII 1 “*A Periferia enquanto contexto de pesquisa*” serão apresentados elementos do referencial teórico utilizados para discussão dos resultados de forma a abordar a questão da vulnerabilidade, inclusive sobre a perspectiva da saúde, revelando a dimensão histórica do surgimento das periferias no Brasil e as transformações ocorridas neste cenário nas últimas décadas. Além disso, apresentam-se nesse capítulo as características das periferias e os aspectos que as permeiam e conformam suas dinâmicas como, por exemplo, o mundo do crime.

No capítulo IX “*Desejos, caminhos e enlaces: a tessitura do Estudo II*” todo o percurso vivenciado da entrada até a saída do campo será discorrido. Este capítulo será subdividido em três subseções: a) revelando o território e o contexto de inserção das crianças e adolescentes; b) a Unidade de Saúde, os recursos, as redes e a circulação das crianças e adolescentes e c) interlocutores: dos moradores aos profissionais da rede de cuidado.

Já no capítulo X complementando o referencial teórico que apoia a discussão dos resultados abordarei a “*A infância e adolescência: uma história de vulnerabilidade social*”, perpassando por duas subseções que abordarão: a) da invisibilidade a constituição das políticas sociais e b) iniquidades, violência e a invisibilidade das crianças e adolescentes da periferia na história brasileira.

No capítulo XI apresentarei “*O cuidado prestado a crianças e adolescentes e as interlocuções com a saúde mental*”, de forma a contemplar as ações e programas que ocorrem na Unidade de Saúde voltados a esse público, assim como as perspectivas e desafios presentes.

VIII- A PERIFERIA ENQUANTO CONTEXTO DE PESQUISA

Desde a criação do SUS, regulamentado pela Lei 8.080 em 1990, identifica-se em seus processos de implementação a coexistência de diferentes concepções do processo saúde-doença-intervenção que atualizam disputas sobre a centralidade dos determinantes sociais de saúde relacionados à vulnerabilidade em contraposição ao paradigma estritamente biomédico para a caracterização dos modelos de atenção em saúde.

No campo da Saúde Coletiva brasileira, podemos afirmar que já existe uma compreensão hegemônica de que as condições de saúde derivam substancialmente de fatores sócio-históricos-culturais como classe social, gênero, raça, além de condições de alimentação, trabalho, renda, saneamento básico, acesso a bens, serviços e informação (BUS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Do mesmo modo, as condições de risco e vulnerabilidade às quais sujeitos individuais e coletivos são submetidos, não apenas influenciam, como determinam sua condição de saúde.

A partir de um estudo sistemático, Sanchez e Bertolozzi (2007) apresentaram uma revisão sobre o conceito de vulnerabilidade de forma a subsidiar o conhecimento e a prática da Saúde Coletiva. Os autores apontam que o termo vulnerabilidade tem sido utilizado desde a década de 1980 no Brasil em estudos epidemiológicos, na perspectiva da abordagem de risco. Porém, identifica-se uma tentativa de ampliar este conceito a partir do que se compreende por vulnerabilidade individual (comportamento pessoal), vulnerabilidade social (do contexto social) e vulnerabilidade programática (programas de combate à doença e agravos).

Esse “novo” conceito de vulnerabilidade, ainda em construção, transcende o caráter individualizante e probabilístico do conceito de risco, ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos - individuais, coletivos e contextuais - que levam à suscetibilidade de indivíduos ou grupos a doenças ou agravos. Além disso, esse conceito também considera relevante incluir fatores relacionados à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas (SANCHES; BERTOLOZZI, 2007).

O conceito de vulnerabilidade na Saúde Coletiva tem sido atrelado as ações educativas, a partir de intervenções construtivistas, do saber e participação popular, de forma que nesta perspectiva, seu enfrentamento se pauta no fortalecimento dos direitos humanos por meio de políticas setoriais e intersetoriais (AYRES et al 2003, 2006).

Observa-se que apesar do termo vulnerabilidade ter se inserido no rol das políticas públicas brasileiras de seguridade social não contributiva, de forma a orientar

suas ofertas, a literatura aponta a persistência de sua imprecisão conceitual (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Além disso, estudos apontam que em um cenário de vulnerabilidade social, com processos de exclusão e desigualdade social, aumentam-se os riscos para problemas de saúde mental (RAMIRES, et al., 2009; PINTO, et al., 2014). Sabe-se que a prevalência de sofrimento psíquico na infância e adolescência corresponde de 10 a 20%, sendo que em estudos recentes esta prevalência tem sido de 20 a 30% (FATORI, 2018). Porém, em contexto de maior vulnerabilidade social, como as periferias, há indicações que esse número tem se elevado significativamente, chegando a uma prevalência de 58,9% conforme identificado no estudo de Matsukura, Fernandes e Cid (2012).

Portanto, a escolha por uma Unidade localizada em uma periferia se deu pela presença da vulnerabilidade além da consideração de que esta realidade é mais prevalente no cenário nacional (ROCHA, 2011). Assim, torna-se possível compreender melhor nosso objeto de estudo em um contexto social que tem se expandido significativamente nas últimas décadas e concentrado grande parte da população, como é o caso das periferias.

A palavra periferia emergiu no decorrer do processo de industrialização, pós-segunda guerra mundial, na década de 40. O termo tem sido usado para designar loteamentos clandestinos, favelas localizadas em áreas mais centrais, ou onde vive a população de baixa renda (PALLONE, 2005).

Devido ao processo de industrialização, o Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro cresceu a índices superiores a 7% ao ano, um dos maiores do mundo no período. Em decorrência do crescimento econômico advindos da indústria e do aumento da oferta de empregos, a população urbana supera a rural, resultando na consolidação de grandes aglomerados metropolitanos e, tempo depois, a migração passa a se estender para os interiores em cidades de médio porte (ÁVILA, 2006; MARICATO, 2000; RUFINO 2016).

Entretanto, observa-se que o mercado não se abriu para a maior parte da população que buscava moradia nas cidades, priorizando as classes média e alta e ocasionando o deslocamento dos migrantes (trabalhadores da área rural, que viviam em situações precárias no campo e tinham dificuldade de acesso a meios de produção) para áreas inadequadas de habitação (MARICATO, 1987).

Este cenário resultou no surgimento de lotes periféricos na cidade de São Paulo e aumento significativo das favelas no Rio de Janeiro, consolidando a segregação

da população em situação de pobreza para as áreas distantes do centro da cidade (MESIAS, 2016).

Sem infraestrutura e lotados em instalações ilegais, Kowarick (1979), denomina este processo como espoliação urbana. Segundo o autor, a espoliação seria o somatório de extorsões que se operam através da inexistência ou precariedade de serviços de consumo coletivo, socialmente necessários para subsistência e que prejudicam as relações no âmbito do trabalho. Assim, o cenário era de extrema desigualdade social e condições precárias de vida dos mais pobres (MARICATO, 2000).

Uma mudança na economia a partir da década de 80 se instaura no contexto brasileiro com a estagnação do mercado e aumento da inflação, modificando a dinâmica do crescimento urbano. No momento da crise, a periferia se coloca como um espaço privilegiado para reprodução da força de trabalho (TORRES; OLIVEIRA, 2001).

Neste cenário, a década de 80, denominada de “década perdida”, é marcada pela desigualdade e a partir de então a sociedade brasileira passou a conhecer o fenômeno da violência urbana (MARICATO, 2000).

De acordo com Feltran (2007), desde seu surgimento até a crise no mercado financeiro da década de 80, as periferias, ainda que com altos índices de desemprego, eram espaços de relações sociais estruturadas pelo valor e pela categoria do trabalho, pelas ações coletivas populares, pela presença da religião, pela centralidade da família e pela manutenção da perspectiva de ascensão social. Todas essas esferas da vida social mantinham uma coesão interna até vivenciarem as constantes transformações em decorrência das crises (desemprego, situação de pobreza, precariedade do trabalho) que se instalaram nas décadas seguintes.

A partir do momento que as novas gerações vivenciam a permanência destas “crises”, e sua inescapabilidade, novos diagramas passam a se compor. O projeto de ascensão social passa a ser uma realidade mais distante e sobretudo se individualiza, e as chances no *mundo do crime*¹⁶ tornam-se a alternativa de acesso a bens (BASTOS et al, 2002; FELTRAN, 2002).

Assim, diante dessa realidade, até o final dos anos 90, as periferias passaram a ser marcadas pela presença da violência e do *mundo do crime*, com altas taxas

¹⁶ Segundo Feltran (2008) o mundo do crime é compreendido enquanto um conjunto de códigos sociais, sociabilidades, relações objetivas e discursivas que se estabelecem, prioritariamente no âmbito local, em torno dos negócios ilícitos do narcotráfico, dos roubos, assaltos e furtos.

de homicídios, o que perdurou até a constituição do *movimento*¹⁷ no interior das cadeias do Estado de São Paulo nessa mesma década (BIONDI, 2018; FELTRAN; 2018).

A presença do *movimento* incide na queda das taxas de homicídio no Estado de São Paulo, uma vez que com seu surgimento e a implantação dos *debates*¹⁸, há o bloqueio da cadeia de vinganças privadas (FELTRAN, 2010). Assim, o movimento, passa a atuar no território por meio da *disciplina*¹⁹, presente nos códigos de conduta e ética do *Estatuto*²⁰.

Cabe apontar que o território muitas vezes se encontra invisível às políticas estatais de forma que, segundo Rufino (2016), antes da chegada do *movimento*, as *periferias* representariam territórios sem Estado, quase totalmente intocados pelas políticas públicas, exceto pelos empreendimentos habitacionais massificados. Ao adotar o termo “*periferias*” no plural, Feltran (2011) reconhece as regularidades que se desenham nestas regiões, de forma que as mesmas vão ganhando um contorno muito similar em diferentes regiões do país.

IX - DESEJOS, CAMINHOS E ENLAÇES: A TESSITURA DO ESTUDO II

Foi um longo caminho percorrido até o início e concretização do Estudo II. O Estudo I se estendeu mais do que o previsto (conforme já apontado, foram um ano e meio de coleta de dados), devido à dificuldade de contatar os gestores para obter a autorização para a pesquisa nas Unidades de Saúde e vários outros desafios que se colocaram, mesmo após o aceite dos participantes.

Desta forma, havia o desejo e o interesse em iniciar o segundo estudo e, confesso que estar presente, próxima do campo, no imaginário de um “controle” na coleta de dados, me deixava mais tranquila na condução deste estudo e seus prazos. Porém,

¹⁷ O PCC ou comando será abordado neste estudo enquanto um *movimento*, conforme sinaliza Biondi (2018). O movimento caracteriza-se pela ausência de delimitações temporais, de contornos espaciais, de limite quanto ao que pode compô-lo, e por outro lado da tentativa de fugir de qualquer totalização e por ser composto por inúmeros outros movimentos. Assim, como a própria Biondi, eu também não vi ou conheci o movimento e seus irmãos, mas o sentia presente a todo momento.

¹⁸ Debates: são uma espécie de julgamentos, ou tribunais no mundo do crime, compostos por diferentes atores envolvidos na situação e pelo *comando*. Para saber mais ver Feltran (2010).

¹⁹ A disciplina tem relação com um código de conduta a ser seguido, que envolve uma *ética* dentro do mundo do crime. Há pessoas que atuam como “*o disciplina*” no sentido de garantir a ordem em diferentes locais como presídios, biqueiras e territórios (FELTRAN, 2018).

²⁰ O Estatuto é um conjunto de regras estabelecidas pelo PCC. Para saber mais consultar o livro de Feltran (2018).

novamente algumas barreiras postergaram a minha entrada no campo, mas que no decorrer da etnografia pude compreendê-las como aspectos importantes desse processo.

O ponto de partida dessa etnografia foi a busca inicial por uma Unidade de Saúde que aceitasse participar do estudo²¹.

Aponta-se que encontrar uma Unidade que o gestor autorizasse a pesquisa foi a primeira dificuldade enfrentada. No início foram selecionadas ao menos seis possíveis Unidades de Saúde onde iniciei o contato telefônico uma a uma, por diversas tentativas dada a dificuldade de acionar o gestor. Quando conseguia acessá-lo, era perceptível o desinteresse, seguido de justificativas diversas para as recusas.

Como não esperava por este impasse comecei a me questionar o porquê das recusas e, ainda, das dificuldades encontradas para obter autorização nos segundo Estudo. Seria o cenário político municipal? Seria a desmobilização coletiva dos profissionais diante das fragilidades, desvalorização profissional e descaso do poder público em um momento de desmonte do SUS e constantes retrocessos? Afinal ainda digeríamos a notícia dada pelo governo federal, relativo ao congelamento dos gastos públicos nos próximos 20 anos, por meio da PEC 55/2016. Ou ainda, me perguntava se a temática da saúde mental infantojuvenil era tão distante da realidade da ABS, que justificasse a falta de interesse com o campo.

Alguns desses questionamentos pretendo retomar no decorrer dos capítulos, mas já adianto que cada vez mais tenho entendido este processo como o reflexo de uma complexa realidade que certamente abriga todas as hipóteses levantadas e, ainda, somará outras, diante dos constantes retrocessos e desmontes do SUS que temos vivenciado cotidianamente. A seguir apresento elementos da etnografia que se referem à entrada no campo.

Em uma quarta-feira à tarde me organizei para realizar as ligações para as Unidades que faltavam. Após novamente algumas negativas, justificadas, por exemplo, devido a fragilidade da Unidade de Saúde, falta de recursos humanos, sobrecarga dos profissionais e falta de interesse do gestor pela temática, realizei a última ligação que tinha me proposto a fazer naquele dia. Quem atendeu a ligação foi uma das gestoras da Unidade, estando bastante disponível para uma conversa e sinalizando que havia muito o que fazer naquele território, pois as demandas de saúde mental eram recorrentes, principalmente associadas ao uso de substâncias psicoativas.

²¹ Os critérios para escolha da Unidade de Saúde foram: uma Unidade de Saúde participante do Estudo I, que contasse com a ESF e que abrangesse um território em vulnerabilidade social.

Diante da abertura, logo propus apresentar o estudo à equipe. A gestora concordou, porém, afirmou que eu somente poderia desenvolver o estudo se a equipe aceitasse, o que considerei bastante pertinente. Mais tarde, sob a expectativa de um possível aceite, ao retomar sobre sua fala, compreendi que talvez a equipe pudesse ser um empecilho. Porém, como a gestão foi minimamente receptiva e, até me convidou a apresentar o estudo a equipe, segui confiante que teria um campo.

O território no qual a Unidade se inseria era claramente de periferia, e uma das mais distantes do centro da cidade, porém, conhecida por mim em outras situações e oportunidades.

No dia agendado para a apresentação do estudo à equipe da Unidade me preparei pela manhã, tanto para levar os documentos e autorizações que poderiam ser solicitadas, como também na forma como iria apresentar o estudo equipe. Pesquisei o melhor caminho, pois anteriormente acessava o local via transporte público o que despendia 1 hora e 30 minutos e agora tinha minha própria moto. Para minha surpresa havia um caminho de fácil acesso e mais rápido.

Até chegar na Unidade, localizada no centro do território, fui fazendo observações ao longo do trajeto e ao localizá-la parei minha moto, tomando algumas notas de campo²² em um caderno que havia levado:

Muito movimento...pessoas, crianças e jovens pela rua, correm, gritam, soltam pipa. Pequenos estabelecimentos como bares, armazéns, lojinhas de roupa e objetos variados, casa de rações para animais, mulheres e homens em grupos pelas calçadas, conversando. Eram duas horas da tarde.

Sigo em frente em uma longa avenida, muito trânsito, alguns carros param repentinamente, outros viram onde não poderiam e eu vou me desviando das pessoas, carros e dos buracos em meio ao asfalto. Paro duas vezes, peço informação, me relatam que a Unidade mudou de lugar, sigo em frente, reconheço algumas casas já visitadas em situações anteriores.

À minha esquerda avisto uma construção nova e grande, bem ao lado de uma escola, conforme haviam me indicado. É possível avistar e ouvir crianças no parquinho. Paro minha moto, vejo se seria um bom lugar para

²² Aponta-se que neste estudo, alguns extratos do diário de campo, diálogos, descrições e cenas serão destacadas no texto, sendo apresentadas em itálico e com recuo.

deixá-la, avalio as possibilidades de alguém levá-la, afinal seja na periferia ou no centro, as motos têm sido alvo constante de roubo. Avisto que a Unidade tem estacionamento, mas o portão está trancado. Tudo bem, me arrisco, paro em frente a Unidade, em uma rua sem saída para meios de transporte, mas cercada de campo, arvores e trilhas para pedestres.

Aquela rua era pacata, duas crianças empinavam pipa, sem camisetas, descalças, tinham por volta de 7 ou 8 anos. Enquanto tomava algumas notas de campo, começo a ouvir alguns xingamentos, parecia uma discussão. Vem descendo um homem, sem muita expressão, andando rumo ao final da rua, e logo em seguida uma mulher, jovem, gritando com um bebê no colo. Continuo anotando e me faço desapercebida, ela para logo em frente a Unidade e continua reclamando. Pude entender que tinha relação com um dinheiro que ele não pagou à criança. Ele dá de ombros e continua. Ela com expressão fechada e ainda fazendo uso de xingamentos retorna de onde veio e a perco de vista. Dava o horário da reunião, bati palmas e uma funcionária da limpeza veio abrir um dos portões²³.

Entrando na Unidade, fui encaminhada à sala de reuniões, todos estavam ao redor de uma grande mesa e somavam pouco mais de vinte pessoas. A gestora que havia conversado comigo no telefone me apresentou e disse que eu queria fazer uma proposta à equipe relativa a meu doutorado. Dos presentes, posso dizer que três a quatro tinham expressão receptiva e pareciam dispostos a me ouvir. Apresentei de forma simples, contextualizada, ressaltando a importância e o quanto aquele território poderia favorecer o estudo. Finalizo e todos ficam em silêncio. O silêncio naquele momento parecia representar o desinteresse pela proposta, negação e, para alguns, a vontade de ir embora após um dia trabalho.

Em seguida a gestora toma a frente e inicia dizendo que é um estudo bastante interessante, que acha viável fazer naquela Unidade. Dois profissionais interrompem e começam as justificativas de uma possível negativa. Um falava que a

²³ O portão encontrava-se trancado por ser dia de reunião de equipe, não atendendo a população.

Unidade estava se reestruturando, outro que a equipe estava se redistribuindo no território e por fim são cortados por uma agente comunitária, logo debatida pelo dentista:

- Eu não sei por que você escolheu essa Unidade. Aqui não tem casos de saúde mental. Não tem crianças com problema. Fala para ela Cida (se referindo a outra agente) você conhece alguma? (ACS)

Ela ia seguir com o discurso nítido de negação da necessidade, porém, em seguida o dentista a interrompe. Não estava claro para mim naquele momento o motivo de tamanha resistência ao estudo, porém, refletindo sobre o contexto político-econômico, a realidade das Unidades de Saúde em boa parte do país e a precarização do trabalho²⁴, incluindo dos ACS, é compreensível a desmobilização profissional diante do cenário que vivenciamos.

- Como não temos caso? O Henrique, filho da Joana faz tratamento e toma remédio psiquiátrico, a maioria dos adolescentes estão envolvidos com álcool e droga, tudo fora da escola, a Jaqueline da rua de baixo que é adolescente tem depressão, fora que chega casos constantes de abuso sexual, tentativa de suicídio. Temos muitos casos sim e, pensando no território em que estamos, eu estou de acordo com a pesquisa (dentista).

A ACS cruza os braços, contrariada, não faz nenhuma colocação e todos permanecem calados. Estava surpresa com a fala advinda de uma categoria profissional (dentista) que poderia ter pouco contato com a saúde mental, mas que demonstrou interesse e envolvimento com a população.

Tento mais uma vez ressaltar a importância do estudo quando a gestora acha melhor a equipe discutir e depois ela me ligaria dando retorno. Uma semana depois ela não me retorna e quando faço o contato recebo mais uma negativa.

De toda forma, a partir da convicção das demandas existentes (expressa pelo dentista), foi também um importante momento de reconhecimento pela equipe e gestão das necessidades de saúde mental das crianças e adolescentes no território.

²⁴ Para saber mais consultar: Brandi et al., (2010); Marqui et al., (2010); Ney; Rodrigues (2012); Simões; Freitas, (2016); Imbrizi et al., (2012).

Passaram-se alguns dias e espero minha frustração diminuir para retomar as ligações. Mais negativas.

Algum tempo depois encontro Débora, uma colega atuante no campo da saúde mental, que me relata as atividades profissionais que tem desenvolvido atualmente. Por coincidência ela me diz que conhece um território que viabilizaria meu estudo e que poderia me auxiliar na entrada na Unidade de Saúde, mediando os contatos iniciais.

Eu ainda não havia ligado nesta Unidade e, a partir desse momento, Débora se torna uma das minhas interlocutoras. Passadas duas semanas, Débora me retorna por e-mail dizendo que eu poderia ir até a Unidade apresentar meu estudo à equipe. E assim, se deu o mesmo ritual, me preparar para reunião, escolher o melhor trajeto, fazer observações no caminho, tomar notas na chegada.

Pouco antes das 14 horas ao me aproximar do bairro, algumas diferenças se evidenciavam dos seis quilômetros percorridos entre a região central e o território. Alguns aspectos chamavam a atenção, como a infraestrutura, localidade, pessoas e relações que estabeleciam, bem diferente do cenário até então percorrido. Conforme fui seguindo pela rua onde se localiza a Unidade, comecei a ter mais dificuldade no trajeto devido à quantidade de buracos e do asfalto se desfazendo, subidas e descidas acentuadas, e muitas pessoas transitando nas ruas e calçadas. Havia crianças, adolescentes, jovens, homens, mulheres, adultos e idosos, em frente as casas, nos estabelecimentos, nas praças e principalmente circulando pelas ruas. O cenário era um tanto similar²⁵ ao outro território que havia tentado minha inserção no mês anterior.

Chegando à Unidade, entrei em um estacionamento improvisado que separava por um estreito espaço a Unidade de uma quadra de esportes coberta e cercada por grades. Ao final desses espaços, havia pequenas salas com portas coloridas. Na quadra de esportes, vizinha à Unidade de Saúde, cerca de sete crianças e adolescentes brincavam

²⁵ Compreende-se que as periferias apresentam regularidades que se desenham nestas regiões da cidade, ainda que demandam de investimento analítico comparativo (FELTRAN, 2008).

de bola, patinete e outros apenas circulavam pelos espaços (Unidade e quadra). Apesar de algumas crianças estarem neste espaço, eram a minoria, uma vez que a maior parte permanecia pelas ruas. Posteriormente soube que naquele espaço (quadra) funcionava um projeto social vinculado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Ao entrar pela recepção avistei três profissionais no final da sala, separados por um alto balcão sendo que não era possível identificá-los e, ao me aproximar, percebi que todos trajavam jaleco brancos. Esta cena mobiliza reflexões no que tange as possíveis relações assumidas entre profissionais e usuários de serviços de saúde e os reflexos no processo de cuidado, não só pelo posicionamento e distanciamento da equipe na separação do espaço, como também pela vestimenta.

A título de exemplo: ainda que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determine a obrigatoriedade do jaleco para os profissionais que trabalham em serviços de saúde, Fontonella et al. (2012) sugerem que essa ferramenta usada a princípio enquanto barreira para contaminações e infecções, deveria existir apenas em contextos clínicos muito específicos. Considera-se que o uso do jaleco conduz a uma simbolização, uma vez que implica na capacidade de ser notado por quem veste, atribuindo características e traços da individualidade de um grupo, tornando símbolo de status, diferenciação social e segregação (MARTINS; MARTINS, 2011).

Assim, este instrumento presente no cotidiano dos profissionais da saúde, somado ao posicionamento da equipe no espaço físico que os separam da população por meio do balcão, tende a uma representação social de superioridade do papel assumido, se distanciando da ideia de transversalização entre os sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde, e conseqüentemente da corresponsabilização por esse processo. Sob esta perspectiva, a representação deste profissional da saúde, enquanto detentor do saber e cuidado, pode limitar a relação estabelecida com o território, usuários, acesso da população e o cuidado prestado.

Entretanto, aponta-se que muitas vezes o uso do jaleco ou da vestimenta branca carrega uma representação social construída ao longo da história da saúde e assistência, de forma que os usuários preferem o uso dessas vestimentas, uma vez que a associam a limpeza, harmonia, a estabilidade, trazendo um forte poder simbólico de higiene, saúde e segurança. Além disso, esse instrumento é capaz de discriminar os papéis sociais assumidos e as camadas sociais, havendo uma conotação positiva de quem os veste (MARTINS; MARTINS, 2011; BARBOSA et al., 2010).

Nesta direção, me recordei de uma cena presenciada na Unidade de Saúde enquanto aguardava as atividades. Havia chegado na recepção uma aluna de mestrado, acompanhada de sua orientadora para iniciar a coleta de dados naquele território. Enquanto elas esperavam a gestora, a orientadora fez algumas orientações, dentre elas, afirmando a necessidade de nunca ir para o campo sem estar vestindo o jaleco, pois isso traria segurança, assim como, o reconhecimento e associação com os profissionais da Unidade de Saúde.

Retomando a cena, me aproximei do balcão para me apresentar e dizer que havia chegado para a reunião. Receptivos e simpáticos pediram que eu aguardasse e que logo se iniciaria. Observa-se que esta receptividade para comigo, pouco foi identificada em outras situações futuras envolvendo os usuários que se aproximavam do balcão, que eram atravessados por olhares tortos e desconfiados, conforme pude notar no decorrer da etnografia.

Enquanto aguardava, entraram duas crianças que saíram da quadra para beber água na unidade e ir ao banheiro. Quando se aproximavam do bebedouro ao lado do balcão, a auxiliar de odontologia os olhou feio, de forma que até eu me espantei, me questionando se estava acontecendo algo e eu não havia percebido. Ela acompanha as crianças com o olhar de reprovação e eles, entendendo o que se passava, perguntaram se podiam beber água e usar o banheiro. Essa não respondeu, porém, permaneceu os acompanhando com o olhar enquanto as crianças seguiam para o banheiro com a cabeça baixa.

Observando a recepção, vejo que havia algumas cadeiras esverdeadas disponibilizadas em frente ao balcão, sendo que atrás da última fileira existia um estreito espaço que deduzi ser para crianças brincarem. Neste pequeno espaço havia um tapete e poucos brinquedos pelo chão (a maioria eram apenas peças soltas) e papel de presente colado nas paredes laterais.

Além de serem pouco atrativos e de muitos dos objetos não terem a menor funcionalidade, parecia haver um deslocamento desse público infantil no contexto da Unidade, tanto pela disposição e escolha dos objetos disponíveis, como também no local selecionado que poderia acolhê-las e até mesmo ser um dispositivo de cuidado e de promoção da saúde.

Figura 16: Recepção

Além disso, havia muitos cartazes de prevenção e tratamento de doenças como diabetes, hipertensão, tuberculose e vacinação. Um típico postinho de saúde, demarcado por um modelo médico tradicional, onde a prevenção e tratamento de grupos de risco predominam nas ações de cuidado. O que não deixa de ser extremamente importante, porém, exclui uma grande parcela da população e suas necessidades de saúde, que não são contempladas pelos índices epidemiológicos e consequentemente pelos problemas de saúde focalizado nas ações programáticas ofertadas.

Passo a questionar se haveria um lugar para outras demandas, como o sofrimento psíquico, e o quanto este tipo de sofrimento é visto e compreendido enquanto uma necessidade de saúde emergente no contexto atual e que por isso deve ser abarcado também na complexidade da ABS, como esta etnografia revelará.

Reflito sobre os contextos de exclusão e de vulnerabilidade social ao qual grande parte da população está submetida e o debate sobre a efetividade das ações em saúde, que demandam por atuações de outra natureza, para além da simples compreensão de ausência de doença e da assistência à saúde no seu restrito significado (FRUTUOSO et al, 2015).

Ainda em meio aos meus pensamentos, pontualmente às 14 horas, me chamaram e nos dirigimos a uma sala dando início a reunião na presença de oito profissionais da Unidade e Débora, minha interlocutora. Em seguida foi realizada a leitura da Ata da reunião anterior, com as devolutivas da semana.

Pude identificar esse primeiro momento da reunião, voltado as devolutivas, como uma forma de apropriação e compartilhamento de toda rotina e ações da semana. Neste, me aproximei da realidade da Unidade, das famílias e profissionais.

Situações diversas foram compartilhadas. Me senti bastante acolhida e confortável, uma vez que minha presença, estranha nesse contexto, não os inibiam, compartilhando comigo a dinâmica da Unidade, ainda que não tivesse me apresentado.

Confirmando sobre a vulnerabilidade presente, as situações e casos abordados envolviam diferentes demandas, que iam muito além das doenças e problemas de saúde, abarcando as condições de vulnerabilidade vivenciadas pelos moradores, muitas relacionadas ao uso de substâncias, violência, abortos, nascimentos de crianças soro positivas, entre outras. Presenciando esse momento pude ter um dimensionamento da tamanha vulnerabilidade que se encontrava a população, se evidenciando ainda mais quando se tratava das crianças e adolescentes. Uma das muitas situações que me chamou atenção foi referente aos casos de crianças com HIV. Apesar da significativa redução na transmissão e nascimento de crianças com HIV nos últimos anos (BRASIL, 2014; MELO et al., 2016) e de que alguns municípios zeraram essa taxa, essa é ainda uma realidade recorrente no território da presente pesquisa.

Após a primeira parte da reunião, passaram para os informes e pautas, sendo o primeiro ponto de pauta, referente à minha inserção na Unidade. Ao ser apresentada a proposta do estudo houve imediata aceitação dos profissionais, porém, juntamente ao aceite havia um pedido de colaboração, no sentido de auxiliá-los quanto a temática da saúde mental infantojuvenil e articulação com a rede e acompanhamento de casos. Ressaltaram as fragilidades do território, o quanto a Unidade acabava sendo referência para todas as demandas dos usuários e a fragilidade dos profissionais diante dessa realidade.

Compreende-se que a aceitação imediata da pesquisa pelos profissionais, diferentemente do que ocorreu no Estudo I e no Estudo II até chegar nesta Unidade, se deve ao fato do reconhecimento da equipe das necessidades e demandas existentes no território no que tange a saúde mental infantojuvenil. Além disso foi identificado posteriormente que a Unidade tem compreendido que o contato com pesquisadores é uma boa contrapartida que contribui para as práticas voltadas para a comunidade.

Neste momento, compreendi que seria necessário acolher as demandas apresentadas, ao mesmo tempo que tentei esclarecer a proposta inicial do estudo, visando a não transferência e responsabilização desse cuidado, diante de um especialista da área. Porém, era inevitável considerar o que traziam, não só por uma questão ética, mas também ao considerar que a minha presença não poderia ser isenta de afetar e ser afetada pelos processos que ocorreriam na etnografia.

Assim, reforcei meu papel como pesquisadora e combinamos que nesse início eu iria alguns períodos da semana, começando já na semana seguinte o acompanhamento da rotina da Unidade, mapeamento e reconhecimento do território.

Terminada a reunião, no caminho de volta para casa, diante de toda intensidade desse primeiro encontro, me vi refletindo sobre o método proposto, o quanto a ideia inicial condizia com a realidade e a demanda e o quanto eu poderia contribuir e aprender com a equipe, considerando minha pesquisa e o lugar de pesquisadora, ainda que eu seja uma profissional da saúde mental.

Finalmente, neste momento foi possível me tranquilizar uma vez que, a princípio, minha pesquisa tinha um lugar e meu objeto de estudo “saúde mental infantojuvenil na ABS” seria revelado naquele território.

Conforme a disponibilidade da equipe e também em interações com diferentes interlocutores do território, este estudo etnográfico ocorreu durante um ano e três meses, envolvendo desde a busca por uma Unidade de Saúde que aceitasse participar até a saída do campo e análises realizadas posteriormente. Assim, estive inserida no campo de 3 a 4 vezes por semana, em períodos diferentes do dia, conforme a dinâmica das ações estabelecidas pela equipe.

Porém, uma situação de violência sofrida por um profissional da Unidade de Saúde interrompeu a coleta, na medida em que a referida Unidade foi desativada. Naquele momento a situação foi divulgada pela mídia local por meio de jornais online, assim como foi transmitida por algumas emissoras de canais aberto de televisão.

[ENFERMEIRA É AGREDIDA A SOCOS E PONTAPÉS...]

“Uma enfermeira foi agredida com socos e pontapés nesta quinta-feira...Como medida de segurança a Prefeitura Municipal optou por atender aos pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS) (de outro bairro), nesta sexta-feira (março, 2018).

[NOTA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO]

A Secretaria de Saúde informa que devido ao ocorrido nesta quinta-feira, quando uma enfermeira foi agredida com socos e pontapés por um rapaz da comunidade, que a partir desta sexta-feira (23) o atendimento dos usuários cadastrados, como medida de segurança, será realizado pela equipe na Unidade Básica de Saúde. O atendimento médico continuará

sendo realizado a partir das 8h30 de segunda a sexta-feira; atendimento odontológico a partir das 14h30 na segunda, terça, quarta e sexta-feira; vacinação, acolhimento e procedimentos todos os dias da semana a partir das 7h.

A Polícia Militar e a Guarda Municipal estão acompanhando o caso” (março, 2018).

Com a Unidade de Saúde desativada, a equipe migrou para outro território, em uma Unidade Básica de Saúde, onde não há a ESF. Por descaracterizar completamente o contexto do estudo e, devido a impeditivos da gestão superior que limitou a assistência prestada à população do território adscrito (ACS não podiam entrar no território para visitas domiciliares), compreendemos que naquele momento havia uma impossibilidade de continuar com a pesquisa.

De certa forma, esta decisão imposta pela gestão acabou por, indiretamente, penalizar a população pela própria violência a que está sujeita, deixando-a ainda mais desassistida.

Destaca-se que mesmo com a coleta interrompida, a pesquisadora permaneceu em contato com a equipe, se colocando disponível e aberta para novas possibilidades e contribuições.

Dois meses depois, em uma ida ao território para conversar com um interlocutor, me deparei com a seguinte faixa instalada na antiga Unidade:

Figura 17: Faixa instalada na antiga Unidade de Saúde



Em agosto de 2018, a instalação do Centro de Extensão e Atividades Recreativas foi inaugurado, ainda com a reforma em andamento, conforme soube por moradores e pela mídia local.

**[CENTRO DE EXTENSÃO E ATIVIDADES RECREATIVAS
SERÁ INAUGURADO NESTE SÁBADO]**

“A Prefeitura, por meio da Secretaria Municipal de Educação, inaugura no próximo sábado, a partir das 9h, o Centro Municipal de Extensão e Atividades Recreativas.

O Centro foi montado no local onde anteriormente funcionava uma unidade de saúde.

A ideia é atender cerca de 300 crianças e jovens no contraturno escolar com atividades como ballet, cursos de informática, de inglês, de espanhol, de artes, zumba e hip hop. Futuramente também serão oferecidas oficinas para a comunidade (agosto, 2018)”.

Ainda tenho dúvidas relativas ao processo envolvido na instalação desse Centro e a urgência para sua inauguração. Soube pelos moradores e profissionais de outros equipamentos que de um lado havia a pressão da população e do *movimento* para reativar a Unidade, por outro uma equipe que se recusava a retornar e uma administração municipal na corrida para “assistir” à população seja lá de que forma, pois isso certamente acalmaria as demandas e tensões.

Esta situação de violência e fechamento da Unidade será devidamente contextualizada e abordada no decorrer dos capítulos, uma vez que reflete a realidade do território e fomenta importantes reflexões para o contexto da pesquisa e do campo da saúde mental.

Ao retomar o Capítulo 1 onde foi contextualizada teoricamente a história, surgimento, composições e dinâmicas das periferias, e conforme consta na concretude narrada pelo Capítulo 2, é possível uma aproximação inicial com a realidade vivenciada nesses territórios, seja pela vulnerabilidade existente, pelos limites da assistência e/ou carências advindas da ausência do Estado. Aponta-se que estes aspectos serão melhores apresentados, aprofundados e discutidos nas próximas seções e capítulos deste Estudo.

9.1 Revelando o território e o contexto de inserção das crianças e adolescentes

Apresentado o panorama do surgimento das periferias no Brasil e, após a contextualização da minha entrada em campo, cabe nesse momento abordar que território é esse no qual se desenvolveu meu estudo. Apesar de não se distanciar da realidade de outras periferias, é importante uma contextualização local devido as especificidades existentes, ainda que sejam similares a outros contextos.

O município focalizado é de médio porte e se localiza no interior do Estado de São Paulo. Apesar do seu desenvolvimento, aponta-se que as regiões fronteiriças do perímetro urbano abrigam áreas de pobreza com altos índices de violência, desemprego e tráfico de drogas.

Em uma das conversas com Celso, um dos meus interlocutores e morador do bairro, este me relata que foi um dos primeiros a chegar no território na década de 70, sendo que aos poucos foi sendo ocupado por outros trabalhadores pobres que vinham de diferentes regiões do país em busca de emprego. Ademais, o mesmo relata que no início os desempregados e migrantes montavam barracos de lona, caracterizando a área como favela. Posteriormente pequenas construções foram surgindo, mas muitas em áreas irregulares de ocupação.

Durante a etnografia, seja acompanhando os ACS, como também em minhas caminhadas buscando mapear o território, pude identificar importantes fragilidades em termos de infraestrutura, como a dificuldade de circulação de pedestres pelas ruas e tráfego desordenado de veículos devido à precariedade do asfalto e erosões, ocupação irregular, com casas bem próximas umas às outras, sem divisões por muros e em sua maioria sem reboco e construídas em um único terreno. Além disso, havia o caráter de ilegalidade das construções, que se localizavam muito próximas de área de risco para a população, devido a uma profunda depressão geográfica e, de preservação ambiental.

Lembro-me de Celso relatando sobre o descaso tanto da prefeitura quanto da população com a preservação ambiental pois, onde foram construídas aquelas casas, na beira dessa depressão, havia muitas fontes de água. Ele se recorda que logo ao mudar-se para o território vinha buscar água nesse local. Hoje, como ele mesmo diz, está tudo contaminado devido ao despejo dos esgotos.

Caminhando pelo território observei um terreno localizado próximo a Unidade, com um aglomerado de pessoas conversando. Soube posteriormente que se tratava de uma praça, com estrutura deteriorada, que além de pessoas havia, muitos animais e seus dejetos.

Figura x- Praça



Essa praça poderia ser um exemplo concreto do descaso dos órgãos públicos, para com a população em um território abandonado e invisível à gestão municipal, como os próprios moradores costumavam dizer, assim como as pesquisas têm evidenciado em diferentes periferias do Brasil (BEGNAMI, 2008, AVILA 2006; ABRAMOVAY, 2002; PEREIRA, 2012).

Conforme já apontado, diariamente havia uma grande quantidade de pessoas, crianças e adolescentes pelas ruas. Refletindo sobre esta cena me questionei se essa era a vivência cotidiana da população das periferias, justificada por fatores específicos como o desemprego, tráfico de drogas ou escassez de locais de lazer. Mais tarde tive algumas respostas por meio da equipe da Unidade quando questionei os melhores dias e horários para ir até lá, eles responderam que o território só funcionava pela manhã e que a tarde não havia movimento na Unidade ou nos equipamentos.

Essa fala responde parcialmente meus questionamentos e além disso, a equipe me explicou que naquela rua havia muitas *biqueiras*²⁶ e que são nesses pontos onde há maior concentração da população devido ao uso de drogas.

²⁶ Biqueira é o local frequentado por usuários de drogas. São pontos de compra e venda de drogas.

Ressalta-se que o território é constantemente configurado como espaço da criminalização, seja pelas notícias constantes da mídia, quanto pelos habitantes do município, associado a presença do tráfico de drogas e do *movimento*.

[POLICIAIS FLAGRAM DESOCUPADO COM DROGAS NO TERRITÓRIO....]

Durante operação, policiais militares detiveram na manhã desta terça-feira, o desocupado P.J, 30 anos, acusado de tráfico de drogas. Os PMs depararam com o suspeito que realizava a contagem de dinheiro. Após revista, localizaram em seu bolso, duas porções de maconha e três pedras de crack. Nas proximidades havia o restante das drogas (julho, 2018).

[HOMEM É PRESO POR HOMICÍDIO...]

Um homem foi preso por homicídio na tarde desta quarta-feira...um revólver também foi apreendido com o criminoso. Ainda segundo o delegado, o motivo do crime foi o tráfico de drogas. A vítima vendia drogas para P., que era o traficante que comandava o tráfico na área (setembro, 2018).

Em janeiro de 2018, a Polícia Militar divulgou o balanço dos crimes no município do presente estudo, relativo ao ano anterior, sendo que o tráfico de drogas aumentou 26,5% em 2017 e as taxas de homicídio caíram 18,5% (POLICIA MILITAR, 2018). Pode-se aventar a hipótese de que estes resultados refletem a presença do *movimento* no território, assim como já abordado anteriormente, uma vez que as taxas de homicídio tendem a cair devido a disciplina aplicada e, com a sua expansão nos últimos anos o tráfico aumentara pois, se trata de uma das maiores fontes de renda do *movimento*, além dos desmanches de carros e taxas pagas pelos *irmãos*²⁷ (FELTRAN, 2018, BIONDI, 2018).

Era evidente em minhas observações e conversas com os interlocutores a movimentação que o tráfico gerava no território, sendo um importante gerador de renda

²⁷ Irmão é o nome dado a um integrante do PCC ao ser batizado. Para se tornar irmão, é necessário ter uma postura adequada, andar pelo certo, na ética do movimento. Além disso, o convite para entrar deve ser feito de outro irmão e com a concordância dos outros membros. Nesse momento ele é batizado e apadrinhado por quem o convidou (BIONDI, 2018).

local. Havia, portanto, além dos donos das biqueiras, aqueles que tinham a função de transportar, embalar, vender, como também, muitos usuários que transitam a maior parte do tempo pelas biqueiras.

Após algumas situações vivenciadas no território, assim como por meio dos interlocutores, identifiquei a presença do *movimento* no território, para além das cenas do tráfico, uma vez que a população e até mesmo os profissionais dos equipamentos seguem alguns códigos de conduta advindos do mesmo.

Durante os meses em que estive inserida, foi possível compreender que há uma organização no território que perpassa pelo tráfico, conduzida por alguns atores que *disciplinam* a população e/ou as situações cotidianas que emergem em diferentes cenários, inclusive, nos equipamentos de assistência. Como se verá, os profissionais e os equipamentos acabam por compartilhar elementos desta organização, seja pelo desamparo ou pela ausência das diferentes esferas do poder público, como também pela necessidade diante de uma situação de risco, onde não se tem outro tipo de respaldo.

A situação dos profissionais da saúde em periferias tem sido objeto recente de pesquisas. Assim como nosso estudo, Souza (2018) aponta que as equipes tem um importante desafio que é o de repensar os modos de como se relacionar com territórios marcados pelo tráfico para produzir saúde, muitas vezes, dependendo de sua organização para garantir a segurança da unidade, para acessar a população e realizar suas práticas (SOUZA, 2018).

Os resultados deste estudo reforçam a compreensão de Feltran (2011), sobre o fato do *movimento* ser um ator de gestão de populações, de forma que a periferia não seria um mundo sem regras, mas um território onde o Estado não é a única autoridade, pois as fronteiras de sua ação também são definidas por organizações não estatais.

Após um conflito no início da manhã entre duas usuárias do serviço e a auxiliar de enfermagem, o ACS, que tentava solucionar o conflito, estava visivelmente incomodado com a situação e falou que ia chamar um homem que resolveria. Ele sai e volta com um homem alto e tatuado na face. Em seguida as mulheres voltam, e toda a briga continua na área externa, com a mediação desse homem. Não estava entendendo quem era este, e por que o chamaram, posteriormente me contaram que ele é morador do território, que resolve problemas de comportamentos e conflitos no bairro, chamado

de disciplina, me causando certo espanto. Ele conversou com as mulheres, que prontamente partiram...Semanas depois, após refletir e vivenciar outras cenas, compreendi que o disciplina naquele território também era responsável por uma biqueira e que mantém a ordem, resolvendo os conflitos, a partir do que é certo, dentro da ética do movimento.

Nesta cena apresentada, identifica-se o papel que o *movimento* assume nas periferias, amplamente abordado nos livros de Biondi (2018), Feltran (2011), Feltran (2018); Manso e Dias (2018) e, neste estudo, também se revela presente nos espaços de cuidado institucionalizados, como é o caso do setor da saúde. Apesar de não atuar visando suprir as carências do Estado, o *movimento* possui uma *ética* de funcionamento que guia as mediações e, de certa forma, respalda a população e até mesmo os profissionais da Unidade (FELTRAN, 2011).

Lembro de Celso ter me explicado que logo que a Unidade abriu, o movimento “tomava conta”, porém, com a mudança na coordenação da Unidade, a responsável disse que não queria a presença deles naquele local. Acatando a decisão, o *movimento* concordou se retirando, mas alegando que a sua presença traria proteção a equipe, devido ao respeito imposto a população²⁸.

Identificou-se nesse estudo que o movimento assume um lugar de proteção da Unidade e dos equipamentos do território, uma vez que é este que assiste à população. Portanto, há não só uma tentativa de proteger, como também de respeito e de reconhecimento. Nessa direção, no livro de Biondi (2018), a autora cita uma cena onde a dentista foi assediada por um morador e um *irmão* faz uma busca pelo homem que assediou. Há um trecho da fala do *irmão*, o qual diz – “eles tão aqui, ajudando a gente, e o cara dá uma brecha dessa!? Daí o pessoal fica com medo, vai embora, e isso prejudica a comunidade toda”.

Ainda que de forma mais distante da Unidade, e atendendo ao pedido dos profissionais, o *movimento* ainda se fazia presente de outras formas como, por exemplo,

²⁸ Identificou-se nesse estudo que o movimento assume um lugar de proteção da Unidade e dos equipamentos do território, uma vez que é este que assiste à população. Portanto, há não só uma tentativa de proteger, como também de respeito. Nessa direção, no livro de Biondi (2018), a autora cita uma cena onde a dentista foi assediada por um morador e um *irmão* faz uma busca pelo homem que assediou. Há um trecho da fala do *irmão*, o qual diz – “eles tão aqui, ajudando a gente, e o cara dá uma brecha dessa!? Daí o pessoal fica com medo, vai embora, e isso prejudica a comunidade toda”.

quando são acionados para auxiliarem a resolver questões e conflitos na Unidade, conforme verificado no extrato do diário de campo apresentado.

Ainda em relação aos equipamentos e o território, identificou-se que o *movimento* tem interferido e controlado também as ações de cuidado que são realizadas nos serviços de saúde, de forma que os profissionais acabam seguindo suas leis, conforme apresenta-se na cena relatada a seguir.

Entre as conversas com os ACS, eles me contaram sobre uma situação de violência sofrida por uma usuária que buscou ajuda na Unidade no dia anterior. Uma gestante de sete meses chegou à Unidade passando mal, em processo de aborto. Ela relatou agressões físicas do companheiro. A enfermeira da Unidade afirmou que nestas situações o protocolo prescreve que se deve prestar o atendimento, encaminhar para onde for necessário, sendo a polícia acionada. Porém, naquele território a polícia não entra e, se entrar, o tráfico pode associar aos profissionais da Unidade e isso traria riscos à equipe.

Nesse momento uma das minhas interlocutoras começa a narrar sobre a desmotivação por trabalhar em um território tão vulnerável. Relata que muitas vezes acabam por seguir as leis do território, negligenciando alguns casos que aparecem na Unidade de Saúde. Aponta-se essa relação ambígua, que ao mesmo tempo protege e presta assistência de alguma forma a população, mas que também tem o controle, limitando e impedindo a autonomia das pessoas que conseqüentemente têm seus direitos violados.

Como relatado neste estudo, a violência muitas vezes presente no setor saúde, também gera um efeito difuso e direto sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos, conforme também apontado por Kaiser e Bianchi (2008) e Oliveira et al. (2011).

Aqui identifica-se a violência a que a população está submetida e que os profissionais se depararam no cotidiano de trabalho, e a violência que os próprios profissionais estão sujeitos, conforme se verá na cena relatada a seguir entre duas usuárias e a enfermeira. Assim, no território onde a violência se expressa de diferentes formas e com o envolvimento de diferentes atores, a equipe se torna um alvo constante de ameaças, conflitos e agressões (KAISER; BIANCHI, 2008; OLIVEIRA et al., 2011).

“Em uma tarde, chegaram uma jovem grávida acompanhada de uma adolescente e, ao se aproximarem do balcão, a gestante jogou a carteirinha da Unidade, dizendo que veio para consulta. Uma das

auxiliares de enfermagem pegou a carteirinha e disse que ela estava atrasada, fazendo com que a gestante se exaltasse, elevando a voz e dizendo que ela tinha mais o que fazer, que teve que levar a outra criança à escola e que se ela quisesse que remarcaria. Posteriormente a auxiliar me diz que ela é sempre assim, agressiva. Em outra situação pela manhã, logo cedo solicitando por atendimento, chegam outras duas mulheres na Unidade. Porém, devido ao esquecimento do cartão pela usuária e por residir em outro território, fora da abrangência da Unidade, os profissionais explicaram que ela deveria se dirigir à outra Unidade de Saúde próxima da casa onde reside atualmente. A mulher que já estava exaltada não aceitou e começou a gritar, xingar e ameaçar os profissionais”.

Considera-se que estas cenas podem ser compreendidas a partir da violência estrutural permeada pela descrença e o afastamento da população em relação às instituições e da ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população (MINAYO; SOUZA, 1993).

A partir desse cenário, considera-se que a situação de violência sofrida pela profissional da Unidade de Saúde ocasionando o fechamento da mesma, já estava anunciada. Estes acontecimentos eram cotidianos durante a etnografia.

Importa também destacar as consequências que essas situações geram no cotidiano dos profissionais, tendo que gerenciar não só as atividades relativas ao contexto da Unidade e de sua categoria profissional, mas também conviver com as ameaças e o medo constante.

Estudos têm sido desenvolvidos nos últimos anos, visando abordar a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde (MELO; GOMES; CRUZ, 1997; SILVA; MENEZES, 2008; BRAGA et al., 2010; KATSURAIAMA et al., 2013; ALCANTARA; ASSUSNÇÃO, 2016).

No estudo de Braga et al.(2010) realizado com trabalhadores da ABS de Botucatu, se identificou que 42,6% dos trabalhadores apresentavam transtornos mentais comuns. Os resultados indicam que as condições de trabalho na ABS constituem fator importante para o adoecimento dos trabalhadores.

Além disso, os autores discutem que a exposição dos trabalhadores da saúde a situações geradas pela pobreza e pelas desigualdades sociais dos territórios, assim

como as deficiências dos demais níveis do sistema de saúde se tornam ainda mais um desafio para a prática profissional (BRAGA et al., 2010). Nessa direção, compreende-se que o presente estudo avança ao relevar a presença do *movimento* e sua forma de organização também implicadas nas ações e cotidianos dos profissionais da saúde.

Além desses desafios e fragilidades que os profissionais se deparam, cabe apontar que os trabalhadores da saúde tem sido constantemente violentados também pelo movimento ativo de precarização do trabalho, impotência frente as dificuldades vivenciadas e desvalorização do Estado, explícito pelas recentes desconstruções e retrocessos nas políticas públicas de saúde (PEC 55/2016; MOROSINI et al., 2018).

9.2 O território, seus recursos e as redes de circulação das crianças e adolescentes

A partir dos meus interlocutores e de minhas andanças pelo território, pude mapear outros recursos disponíveis à população, conforme observa-se no Quadro 14.

Quadro 14: Recursos existentes no território

SAÚDE	EDUCAÇÃO	CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	PROJETOS SOCIAIS
1 UNIDADE DE SAÚDE	3 ESCOLAS – CRECHE AO ENSINO MÉDIO	- 1 CRAS - 1 CENTRO DA JUVENTUDE (CJ)	- CRAS - GREJA - SINDICATO -CJ - PROJETO NO TERRITÓRIO

Fonte: Elaborado pelas autoras

Observa-se que no território além da Unidade de Saúde, há escolas, CRAS, Centro da Juventude (CJ) e projetos sociais voltados às crianças e adolescentes, dos quais, pude, de certa forma, me aproximar. Era necessário ir além da Unidade e me aproximar do território e equipamentos da rede de assistência onde as crianças e adolescentes se vinculavam, considerando as premissas da atenção psicossocial, cuidado no território e intersetorialidade.

No processo de explorar outros equipamentos da rede e conversar com a população, juntamente com uma interlocutora (Tati) responsável pelas ações de um

projeto social, fomos até o território em busca de Caio, também morador do território e controlador de acesso²⁹ de um projeto desenvolvido pelo CRAS.

O intuito era conversar com ele sobre como ele tem visto a circulação das crianças e adolescentes no território, o acesso dessa população a equipamentos sociais e de saúde, ou seja, era entender um pouco a partir da visão de alguém da comunidade sobre estes aspectos que observava no campo.

Ao chegar em frente ao projeto Caio estava passando na rua e parou para nos cumprimentar. Caio diz o quanto à comunidade precisa de projetos e ações para a população e que até hoje já participou de vários, desde quando tinha 3 anos, e que foram esses projetos que o ajudaram a mudar de vida, pois chegou a entrar no crime. Apontou que na Unidade quase não existe nada para essa população (crianças e adolescentes), que tinha um grupo de adolescentes, que a garotada gostava muito, mas que fazia muito tempo que não acontecia mais.

O projeto vinculado ao CRAS, localizado próximo à Unidade de Saúde, realizava atividades variadas, quatro dias na semana, voltadas para as crianças e adolescentes em contraturno escolar, sob supervisão de uma coordenadora, educadores sociais e controladores de acesso. Além disso, no próprio CRAS aconteciam atividades de formação a essa população como curso de informática.

Cotidianamente eu presenciava algumas atividades realizadas neste projeto devido à sua proximidade com a Unidade de Saúde. Durante a conversa com Caio ele conta um pouco sobre seu trabalho neste projeto, sendo seu objetivo tirar as crianças da rua e levá-las para esse espaço.

Apesar de acreditar na potência de seu trabalho para as crianças e adolescentes, relatou ser muito difícil, uma vez que há crianças com “dificuldades de comportamento” e que as relações com as famílias são frágeis. Quando não há alternativas e formas de lidar com alguns, principalmente em casos de violência, a equipe acaba por acionar o *disciplina* do bairro. Novamente essa figura do movimento aparece, porém agora em um equipamento da assistência social, de forma que identificou-se neste estudo

²⁹ Neste estudo, controladores de acesso são os profissionais vinculados ao CRAS, que atuam no projeto desenvolvido na quadra de esportes, juntamente com a equipe técnica. Eles são contratados por empresas terceirizadas e assumem uma carga horária de 12 por 36 horas. Ainda que não tenha encontrado uma definição oficial desta categoria profissional na Prefeitura Municipal, identificou-se no decorrer da etnografia que tratam-se de profissionais que auxiliam no controle e manutenção da ordem durante as atividades do projeto.

que os recursos advindos do *movimento* tem sido reconhecidos e acionados por diferentes atores e setores do território.

Cabe aqui um apontamento relativo a figura do controlador de acesso. Ainda que este se enquadre na função de técnico do serviço, regulamentado e contratado por uma instituição do Estado, ressalta-se que o próprio nome nos remete a mesma função que o *movimento* por vezes assume nos equipamentos e no território, principalmente pela figura do *disciplina*. Ou seja, aparentemente o Estado e o *movimento* têm utilizado de estratégias semelhantes para gerir a população e o território, sendo que muitas vezes o próprio Estado tem acionado o *movimento* diante de algumas situações. De ambas as formas, observa-se então que a população sempre tem ficado sujeita a um tipo de controle.

Já com respeito ao Centro da Juventude (CJ), a interlocutora Tati viabilizou minha entrada e participação em alguns encontros do projeto que desenvolve.

Este equipamento está vinculado à cidadania e assistência social, tendo como objetivo proporcionar oficinas culturais, artísticas, atividades esportivas e oficinas profissionalizantes para jovens de 15 a 22 anos em situação de risco. Porém, ressalta-se que este espaço tem sido constantemente descaracterizado, de forma a distanciar os jovens, conforme será abordado a seguir.

No primeiro dia que fui ao CJ, encontro Tati e ela logo me apresenta a equipe que estava presente: o salva vidas, que apesar de não haver mais a piscina (reflexo do constante desinvestimento da gestão pública), realiza ações de um projeto esportivo com as crianças (tênis, futebol e capoeira) e o Celso, já mencionado anteriormente, que tem ajudado nas atividades.

Outro recurso identificado foi um projeto que ocorre na igreja, em funcionamento há mais de 20 anos e que atende em torno de 120 crianças e adolescentes com faixa etária variando entre 7 e 14 anos de idade, em contraturno a escola regular. As atividades são realizadas com apoio de diversos setores da comunidade e envolvem apoio pedagógico, formação moral e religiosa, esportes e recreação, musicalização, dança, culinária, horta e jardinagem, artesanato, informática, atendimento psicológico, grupo de gestantes, atendimento odontológico, atividades socioculturais, entre outras. Ainda que as vagas sejam limitadas, todos os anos há a inclusão de novas crianças no projeto ou na lista de espera, a partir do cadastramento das famílias.

Em um encontro que tive com uma moradora e sua filha de 11 anos, que frequenta esse projeto, conversamos sobre como elas viam o projeto. A mãe me relata que a criança está inserida há alguns anos e que tem sido um projeto muito interessante,

pois além de ter preceitos da igreja católica, oferece atividades que favorecem o desenvolvimento das crianças.

Além disso, contam sobre as oportunidades que as crianças têm de fazer um intercâmbio para Itália, caso apresentem uma postura adequada no espaço. Pude compreender que trata-se de um intercâmbio entre igrejas, onde a criança pode permanecer durante as férias escolares na casa de uma família italiana que frequenta a igreja sendo que anualmente há uma quantidade de vagas, conforme a disponibilidade das famílias. A criança me relata que passa por um circuito de atividades programadas no período do projeto e que também são servidos café da manhã e almoço.

No decorrer da etnografia pude compreender e dimensionar a importância desses dispositivos de cuidado, promotores do desenvolvimento, da cidadania e inclusão social. Considerando a vulnerabilidade a que as crianças e adolescentes estão expostas, torna-se fundamental intervenções sociais pautadas na educação e na defesa dos direitos decorrentes da cidadania, ainda mais em um contexto onde as políticas públicas são, em sua maioria, insuficientes, fragmentadas e/ou inadequadas. Espera-se que ações desta natureza reflitam e criem subsídios para as políticas públicas no sentido de promover a diminuição da desigualdade, da discriminação e da violência a que está sujeita a maioria dessa população no Brasil (LOPES et al., 2008).

Apesar do reconhecimento de todos os recursos existentes para crianças e adolescentes no território e a importância dos mesmos no cuidado a essa população, não foi possível identificar ou localizar alguma articulação ou parceria entre esses dispositivos com a Unidade de Saúde, de forma que os mesmos parecem atuar isoladamente. Compreende-se que a articulação entre esses dispositivos conforme preveem as ações intersetoriais, poderiam se caracterizar como de grande potência neste território.

Quanto a Unidade de Saúde, esta foi implantada há pouco mais de dez anos e registrava cerca de 800 famílias cadastradas, o que corresponde a aproximadamente 3000 pessoas. Além disso, há um amplo espaço com salas de atendimento, recepção e refeitório, porém, com diversos problemas de infraestrutura como, por exemplo, a condição das instalações, paredes danificadas, o teto desabando e a água que invade a Unidade de Saúde em dias de chuva, o que certamente tem limitado o cuidado ofertado.

Ainda escuro e em uma manhã bastante chuvosa, cheguei na Unidade que ainda não estava aberta. Havia dois usuários do serviço à espera. Logo que cheguei um homem me alertou sobre um barulho que vinha de dentro

da Unidade, sendo que ele achava que o ventilador havia sido esquecido ligado. Instantes depois chegaram duas ACS e ao abrir a porta nos deparamos com uma inundação na recepção e outras salas de atendimento. O bebedouro havia estourado e vazava água intensamente. Além do bebedouro, devido à chuva, havia muitas goteiras pelo teto.

Além das dificuldades apresentadas nesta cena, ressalta-se que foi devido a esses problemas de infraestrutura que o conflito na Unidade teve início, resultando na agressão a profissional e o fechamento da Unidade.

No dia do episódio relativo a agressão e fechamento da Unidade, eu estava no território em busca de informações e em conversa com meus interlocutores, soube que após uma noite bastante chuvosa, a Unidade novamente amanheceu alagada, dificultando o atendimento à população. Por conta desse problema a gestão informou que os atendimentos estavam cancelados, pois não tinha condições de atender. Porém, os usuários do serviço disseram que a condição em que se encontrava a Unidade não era motivo para cancelar os atendimentos, pois não iria interferir nas atividades. Assim, um conflito se instaurou entre a gestão do serviço e o agressor e, em meio a acusações de envolvimento do mesmo com o tráfico (a laje da Unidade seria esconderijo para as drogas e por isso estava em más condições, sendo assim, eles, agressor e o *movimento* seriam corresponsáveis pelo ocorrido), houve a agressão e a Unidade foi fechada.

Evidencia-se nessa situação não só as condições que os profissionais da saúde estão expostos, conforme já abordado anteriormente, como também a vulnerabilidade social que a população enfrenta. Os recursos existentes além de serem insuficientes, se encontram em situações bastante precárias, ao ponto de chegar a perder, com o fechamento da Unidade, o único dispositivo da saúde que a população tinha acesso.

A partir dessa cena várias tensões se colocam e expressam uma urgência que é latente e que acabou explodindo nesta situação específica, como um jogo de forças entre o *movimento* e a instituição, que representa o Estado. Mesmo diante da Unidade inundada, observa-se uma demanda e necessidade de atendimento que reflete também a carência da população e chega a respaldar a violência, ainda contra quem também se encontra em situação de fragilidade, como os profissionais. Paradoxalmente, esta situação resulta em uma desassistência ainda maior de quem estava lutando por seus direitos.

Assim, com a migração da equipe para outro território, grande parte da população ficou desassistida, tanto por questões relativas as barreiras geográficas que

limitam o acesso dos usuários com dificuldade na mobilidade, como os idosos, crianças de colo, mas também pelo alcance que a equipe poderia ter ao se instalar em um local sem estrutura para acolhê-los, estando impedidos pela Secretaria Municipal de Saúde de entrar no território para as visitas domiciliares.

9.3 Interlocutores: dos moradores aos profissionais da rede de cuidado

No decorrer da etnografia me aproximei não só dos profissionais da Unidade, como também, busquei identificar os possíveis interlocutores da pesquisa, a partir do mapeamento e reconhecimento do território (acompanhando os ACS em visitas, caminhando pelo território, conversando com a população e profissionais de outros setores).

Assim, além de Celso e Caio que já foram citados, pude contar com outros cinco interlocutores principais que recorri em diferentes momentos da etnografia. A seguir farei uma apresentação dos mesmos, inclusive de Celso e Caio.

Caio é morador do território e controlador de acesso vinculado ao CRAS há cinco anos. É jovem, casado e tem um enteado. Durante nossa primeira conversa me conta sobre suas próprias passagens por projetos sociais, desde os 3 anos de idade e os rumos que sua vida tomou. Chegou a entrar no tráfico por um tempo, porém depois pediu para sair e se converter a igreja³⁰. Após o fechamento da Unidade, em situação de entrevista, conversamos sobre o território, recursos, e a falta que a Unidade está fazendo ao migrar para outro território, deixando a população desassistida.

No CRAS, Caio participa das atividades com as crianças, auxiliando os profissionais técnicos no que for preciso. Em sua fala havia um reconhecimento da importância do seu trabalho na vida das crianças e adolescentes do território, no sentido de oferecer melhores oportunidades. A partir de Caio e da vivência compartilhada comigo, foi possível ter uma dimensão mais ampla da vida e da realidade dos moradores, crianças, adolescentes, dinâmica do bairro e recursos existentes.

³⁰ Segundo o Estatuto: Todos os integrantes devem ter a certeza absoluta que querem fazer parte do Comando, pois aquele que usufrui dos benefícios que o Comando conquistou e pedir pra sair pelo fato da sua liberdade estar próxima ou até mesmo aquele que sair para a rua e demonstrar desinteresse por nossa causa, serão avaliados e se constatado que o mesmo agiu de oportunismo o mesmo poderá ser visto como traidor, tendo atitude covarde e o preço da traição é a morte. Rocha (2017) aponta que a religião é uma porta para saída do crime (PCC), porém o convertido tem que apresentar uma conduta exemplar.

Celso conheci em uma das visitas ao projeto social, coordenado por Tati. Ele é da comunidade e vem participando e auxiliando nas atividades propostas pelo projeto, estando cada vez mais envolvido. Ao longo da etnografia entendo que a relação dele no projeto perpassa por um papel dado a ele pelo *movimento* naquele espaço.

Celso é um senhor de vestimentas simples, que tem conhecimento e crítica clara sobre situações políticas e econômicas. Em um dos encontros agendados conversamos sobre diversos assuntos, dentre eles o CJ e, também sobre as questões de sua vida pessoal. Ele me conta o tempo que passou preso, dos homicídios que já cometeu, de sua família, e a sua relação com a comunidade. Essa última questão é importante contextualizar aqui pois revelam seu cotidiano na periferia desde seu surgimento.

Celso foi um dos primeiros moradores do bairro e viu as crianças crescendo e se tornando do *movimento*. Em dado momento de sua vida o *movimento* fez o convite para que se tornasse um *irmão*. Ele relatou que apesar do medo, negou a proposta, dizendo que poderia contribuir de outras formas, como passando informações, observando o que acontece e aconselhando. Os irmãos aceitaram, por respeito a ele.

A partir daí ele começa a me contar sobre o funcionamento da comunidade e o *movimento*. Me relata, ao longo de quase quatro horas de conversa, sobre alguns casos cotidianos que acontecem como, por exemplo, quando chegam a eles situações de estupro de crianças, adolescentes e as medidas³¹ que o *movimento* toma diante disso. Nesse momento narra as fragilidades da rede de assistência à comunidade, nos casos que não conseguiram atendimento psicológico para essas meninas.

A todo momento em seu discurso havia uma fala de grande preocupação com a comunidade e com a população que é bastante vulnerável, com dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação e assistência social, como ele mesmo diz.

Em outro encontro ele me conta sobre o fechamento da Unidade e o quanto isso traria prejuízos à população. Nessa direção, afirma que alguns integrantes do *movimento* estão se reunindo para pensar nas estratégias diante dessa situação, uma vez que a população não poderia ficar desassistida, ainda que compreendessem a gravidade do que aconteceu. Além disso, *Celso* me diz que uma das soluções que visualiza para

³¹ Conforme abordado pela literatura a criação do movimento determina a interdição do estupro, uma vez que crimes dessa natureza recebem a pena de morte nos debates. Uma das premissas do movimento é a guerra contra os “coisa” — como são chamados policiais, facções rivais, estupradores e alcaguetas (FELTRAN, 2018).

amenizar os conflitos entre a Unidade e a população é a realização de assembleias na Unidade envolvendo toda a equipe e integrantes da comunidade.

Observa-se em seu discurso um conhecimento e apropriação sobre as ferramentas existentes em diferentes equipamentos da rede, como as assembleias que visam a participação dos usuários nas decisões da instituição e no cuidado, visando relações horizontalizadas e de cogestão.

Contando a ele sobre meu estudo, logo se prontifica a ajudar e diz que o território carece muito de uma assistência a população, que tem muitos casos de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental e que poderia me acompanhar nesse processo.

Débora foi minha primeira interlocutora e esteve presente em dois momentos específicos da etnografia. Meu primeiro contato com ela, conforme já apresentado, foi por meio de uma reunião de trabalho. Atuante no campo da saúde mental, Débora tem se dedicado as temáticas da atenção psicossocial, atenção primária a saúde, clínica ampliada e saúde mental comunitária em diferentes equipamentos da rede de cuidados.

Diante de todo cenário de recusas e desmotivação que estava vivenciando, foi Débora que me auxiliou na aproximação com a equipe e entrada no campo. Além disso, posteriormente, com o fechamento da Unidade, retomamos o contato e compartilhamos sobre as angústias, preocupações e possibilidades futuras tanto para ela continuar desenvolvendo suas ações, como a continuidade do meu estudo.

Tempos depois, com a Unidade fechada, ela me informa que migrou para outro território, com um perfil bastante diferente e uma população mais idosa. Me pergunta se eu também não gostaria de estar em outro espaço, de tentar na mesma Unidade que se inseriu. Refletindo sobre minha pesquisa e compreendendo que a etnografia não acabaria ali com o fechamento, agradei o convite explicando a ela que continuaria no mesmo território, acompanhando os desdobramentos.

Fernando, era um dos ACS da Unidade e desde minha primeira ida à Unidade de Saúde, ele me chamou a atenção, pois se destacava na equipe por meio de suas falas, posicionamentos e envolvimento nas discussões.

Fernando era ACS há quase 10 anos, tendo passado por duas equipes em territórios diferentes. Em uma das várias conversas que tivemos, me contou que anteriormente era guarda de banco e sofria muito naquela profissão, que havia muito risco e que inclusive já havia levado um tiro.

Devido ao estresse diário, Fernando resolveu ser ACS porém prestou o processo seletivo sem ter ideia do que seria o cargo. Confessa que ao assumir o cargo, se envolveu muito com o trabalho, com o papel desempenhado, principalmente ao reconhecer sua importância e vínculo que criava com as famílias.

Tanto em sua fala, como na relação construída com as famílias e posicionamento assumido nas reuniões, era evidente que Fernando tinha conhecimento sobre as políticas públicas, da ESF, do território e do cuidado oferecido. Em contrapartida, me relatou ser um trabalho tangenciado por certo sofrimento devido à vinculação que se cria com as famílias, de forma que muitas vezes acaba se envolvendo mais do que gostaria com as situações dos moradores.

Em um dado momento, conversando sobre o balcão da Unidade enquanto o ajudava em seu trabalho, ele me diz que pediu transferência para outra Unidade de Saúde há alguns anos atrás, devido a conflitos com a equipe, porém resolveu retornar. Além do acolhimento, havia o respeito pelas famílias e acreditava que isso se dê pelo fato da Unidade ser a única opção e concretização de um cuidado público que os usuários têm acesso.

Dentre os usuários que já acompanhou, Fernando conta sobre uma senhora de 100 anos que morava sozinha e que todos os dias ele passava em sua casa a fim de conferir a sua caixa de medicação e garantir seu uso. Sempre que necessário acionava médicos e enfermeiros para ir até sua residência, uma vez que esta não conseguia sozinha administrar a medicação, assim como, não tinha acesso ao posto devido as barreiras físicas do território.

Com o tempo fomos ficando mais próximos, passei a acompanhá-lo em visitas domiciliares e discutíamos os casos em reuniões de equipe. Algumas vezes, a depender do assunto da reunião, Fernando se exaltava e adotava uma postura de enfrentamento com outros profissionais, o que causava bastante conflito, sendo posteriormente reconhecido por ele mesmo, conforme ilustra-se no extrato do diário de campo apresentado a seguir:

Cheguei pouco antes das 14 horas para a reunião de equipe. Lá fora estava o agente comunitário fumando. Sentei para conversar com ele antes da reunião. relatei que uma pessoa que havia conversado naquela semana havia mencionado o nome dele quando disse sobre a minha pesquisa, dizendo que era um bom profissional. Ele ficou surpreso e começou a me

dizer que não tem relações boas com as equipes por onde passa. Continua dizendo que ele é muito crítico e nem sempre a gestão considera isso bom, ou uma qualidade. Ele diz que gosta muito e se preocupa com essa população em sofrimento e que infelizmente isso não é uma preocupação coletiva das Unidades.

Neusa, outra ACS, estava há pouco mais de dois anos inserida na Unidade. Diferente de Fernando, apresentava-se sempre tranquila e calma, até mesmo em seu caminhar, fala baixa e lentificada. Meu primeiro contato com ela foi certo dia quando me procurou dizendo que a dentista havia atendido uma criança de quatro anos que estava com machucados pela boca, por ficar se mordendo. Queria saber o que seria possível fazer, pois acreditava que este fato tinha relação com os conflitos entre os pais.

A partir desse momento fomos nos aproximando, passamos a fazer visitas domiciliares juntas, conversar sobre a vida na sala de reuniões enquanto aguardávamos as atividades e, também, pude ajudá-la a organizar sua rotina de atividades diárias, pois não conseguia se planejar para desempenhar todas as tarefas. Quando precisava de alguma ajuda, era a ela a quem eu recorria.

Sempre que a via, Neusa parecia estar com desconforto, era evidente em sua expressão. Em conversa com ela, me relatava uma dor de cabeça constante e grande preocupação sobre as possíveis causas.

Além disso, desabafava frequentemente sobre o desânimo e desmotivação com o trabalho, a forma como as relações são estabelecidas, a dificuldade com o território, chegando a dizer que muitas vezes ficava ociosa na maior parte do tempo, por sequer conseguir organizar sua rotina. Passei a me preocupar com sua saúde, diante de suas queixas e das dificuldades cotidianas relativas ao trabalho e considerei o quanto as demandas do trabalho estavam adoecendo-a, assim como os estudos têm evidenciado (RESENDE, 2009; CREMONESE et al., 2013).

Depois do fechamento da Unidade e migração para outro território, quando encontrei Neusa tudo isso foi intensificado. Ela dizia que agora que não tinha mais nada para fazer, já que recebeu ordens de não descer ao território e fazer visitas.

Edel foi outro interlocutor e fazia parte da equipe da Unidade, um jovem médico cubano que estava a oito meses no Brasil com sua esposa, também médica. Os dois se mudaram juntos, deixando a filha de dois anos em Cuba com os avós. Me conta que vieram ao Brasil com a expectativa de poder juntar dinheiro para comprar um carro

e dar uma vida melhor a sua família, uma vez que as condições eram muito difíceis no país de origem.

Edel já havia trabalhado também em outros países da América do Sul, se mantendo a maior parte do tempo afastado de sua filha e sua família. Apesar da saudade que dizia sentir, considerava a melhor oportunidade diante do cenário de Cuba.

Conversando sobre sua vida, enquanto aguardávamos a chegada das mães para puericultura, este me contava de seus planos, projetos futuros e oportunidades obtidas a partir do Programa Mais Médicos³².

Durante a etnografia, Edel era sempre bastante solícito, me permitindo acompanhá-lo em suas consultas de rotina, puericultura e pré-natais. Além disso, na recepção, interagia com as crianças, sendo receptivo com as famílias. Comportamento este que se destoava do restante da equipe. Em suas consultas, era atento, examinava os bebês e na maioria das vezes ouvia as queixas das famílias, exceto em alguns momentos quando não “aceitava” ou discordava de certas posturas e negligências das mães. Em sua fala após as consultas, parecia inconformado com a realidade do território.

Fora da Unidade de Saúde, no território, pude ter contato com a interlocutora *Tati*. Tati era uma terapeuta ocupacional, que teve sua trajetória profissional iniciada no campo da saúde mental e posteriormente no campo social, e coordenava um projeto que acontecia na praça e no CJ.

Estes foram os principais interlocutores que estiveram presentes em diferentes momentos da etnografia, alguns mais, outros menos e que agregaram importantes e significativas contribuições. Aponta-se que além desses interlocutores, outros atores estiveram presentes, porém com uma participação mais pontual no decorrer desse processo, a partir do cotidiano vivenciado no território.

Cabe ressaltar que os contatos e compartilhamentos realizados com os interlocutores, contribuíram para revelar novas dimensões e aprofundar a compreensão do objeto do presente estudo e, também, ao que se refere ao território, ao *movimento*, ao cuidado prestado às crianças e adolescentes em diferentes equipamentos da rede, entre outros.

³² O Programa Mais Médicos foi lançado em 2013 no Governo de Dilma Rousseff e tinha como objetivo fixar médicos brasileiros ou estrangeiros, na rede pública de saúde de municípios do interior e nas periferias. No início a prioridade era a alocação de médicos brasileiros, porém devido à dificuldade de garantir estes profissionais nas áreas mais remotas, foi firmado uma parceria com Cuba. Porém, em 2019, o governo Bolsonaro extinguiu o programa, sendo que os Cubanos tiveram que abandonar seus postos, e um novo edital para médicos brasileiros foi reaberto. Aponta-se que até o presente momento, com a saída dos cubanos, essas vagas não foram supridas, deixando um grande contingente da população novamente desassistida.

X- A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA: UMA HISTÓRIA DE VULNERABILIDADE SOCIAL

10.1 Da invisibilidade à constituição das políticas sociais

Pode-se dizer que em todo o mundo existiram crianças e adolescentes que por muito tempo permaneceram sem valor e proteção, considerados como órfãos, abandonados, negligenciados, maltratados e delinquentes. Nenhum setor se responsabilizava por prestar assistência aos mesmos, permanecendo sem voz e invisíveis tanto para família como para o Estado (RIZZINI; PILOTI, 2009; MACHADO, 2000).

A partir do século XVIII a infância e adolescência passam a ganhar notoriedade, sendo tratadas de diversas maneiras. Instituições foram erguidas para ampará-las, leis protecionistas foram formuladas, mecanismos de educação e reeducação desenvolvidos e atendimentos implantados visando superar o abandono e a criminalidade (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Em contrapartida, vistas como um “problema” gravíssimo associado à pobreza, a infância e adolescência nunca foram enfrentadas por meio de propostas políticas efetivas que abarcassem a distribuição de renda, educação e saúde (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Especificamente no contexto brasileiro, a historização da assistência à infância e adolescência no Brasil, perpassa desde o período de colonização até a redemocratização do país e a criação do ECA

Nas mãos dos jesuítas no início da colonização do Brasil, a assistência às crianças e adolescentes (ameríndios) ficava sob encargo de Portugal, mediada pela igreja católica. O objetivo dos jesuítas era tirá-los do paganismo e discipliná-los, utilizando normas e costumes cristãos, tornando-os assim súditos dóceis do Estado português. Com a expulsão dos jesuítas em 1759, pelo Marques de Pombal, outros atores passaram a controlar e explorar essa população, de forma que sob o comando dos colonos, tornaram-se mão de obra escrava proveniente da África (CHAMBORLEYRON, 2008; RIZZINI; PILOTI, 2009).

E assim, durante todo o período de colonização (1500-1800), a mortalidade infantil atingiu índices altíssimos e as crianças que sobreviviam eram tidas como um instrumento de subsistência para as famílias, permanecendo constantemente

submetidas ao trabalho e ao poder paterno, vivenciando precárias condições sanitárias e sociais que colaboravam com o processo de adoecimento. Quando não, eram abandonadas em casas de caridade ou hospitais (RIBEIRO, 2006).

Com o crescente número de crianças abandonadas seja pela extrema pobreza, nascimento de um filho sem um casamento, abandono de filhos de escravas, adoecimento ou morte dos pais, uma forma de assistência caritativa se instaura nas Santa Casa de Misericórdia. Nesta direção, é implantado no século XVIII, o sistema de Roda, para que a criança abandonada fosse colocada em um cilindro giratório para dentro do estabelecimento, sem que se identificasse a pessoa que a deixara. As crianças abandonadas nesses locais eram consideradas enjeitadas ou expostas (FALEIROS, 1995; CARVALHO, 2002; MARCÍLIO, 2006; RIZZINI; PILOTI, 2009).

A partir do século XIX, com a proclamação da república, a preocupação do Estado era a formação da identidade do país em meio a um contexto recente de abolição da escravidão, urbanização e crescimento demográfico. Neste cenário, as condições sociais as quais a população estava submetida resultaram em um enorme contingente de crianças abandonadas e, conseqüentemente, inúmeros asilos de órfãos passaram a ser criados (CARVALHO, 2002). Estes eram destinados às crianças e adolescentes que fugiam do controle das famílias, ameaçando a ordem pública. Essas instituições, agora sob controle e preocupação de autoridades públicas e privadas, além da igreja, visavam propiciar uma educação industrial aos meninos e educação doméstica as meninas, preparando-os para ocupar um lugar na sociedade (RIZZINI; PILOTI, 2009; ARAUJO et al., 2014).

Neste período, observa-se que começa a haver um deslocamento de poder e domínio da igreja, articulado a setores privados e públicos, para o domínio do Estado, que passaria a regulamentar e subsidiar as ações e causas da infância. Assim, a noção de infância e adolescência passa a adquirir um novo significado e sentido, tornando-se uma questão de cunho social (PEREZ; PASSONE, 2010).

Como resultado do primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à infância em 1922, é criado pouco tempo depois o primeiro Código de Menores, incorporando tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo, como a visão jurídica repressiva e moralista (FALEIROS, 1995). Nesta concepção a criança deveria ser protegida, cuidada, amparada e educada, preservando-as dos males e da morte prematura (RIBEIROS, 2006).

Já na Era Vargas (1930-1945), aprofunda-se a prática higienista e repressiva, que privilegiava o internamento dos menores como forma de contenção e atendimento de crianças sem status social (PEREZ; PASSONE, 2010).

Além disso, neste período, falava-se numa justiça mais humana apoiada pela reeducação em detrimento da punição e, assim, os menores envolvidos com a criminalidade eram enviados as casas de correções e colônias, visando reeducá-los através da formação profissional nas Escolas de Reforma. Essa prática desenvolveu-se associada a polícia, por meio das delegacias especiais que abrigavam menores, tendo como função a limpeza das ruas, retirando elementos considerados “indesejáveis” (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Para além das crianças abrigadas, havia um investimento na educação escolar e orientação familiar, sendo que no colégio a criança poderia ser moldada com os princípios higienistas, assim como, com a orientação familiar a mortalidade diminuiria (RIBEIRO, 2006). Segundo Zaniani e Boarini (2011), foi a preocupação com o futuro do país que justificou a utilização de aparatos sociais e institucionais como forma de controlar os entraves que surgiam no âmbito da infância e adolescência.

A partir da década de 40 as cidades passaram a ganhar um novo formato devido a migração da população rural para a área urbana com o processo de industrialização porém, sem infraestrutura para atender as necessidades básicas da população. Nesta direção, ainda em uma perspectiva higienista, considerava-se que para além de erradicar as doenças decorrentes desse processo, era preciso investir na formação de uma nova mentalidade, mais sadia e normatizada, sendo a reeducação das crianças e adolescentes fundamental, uma vez que poderiam ser mão de obra nas indústrias (SILVA, 2006; ZANIANI; BOARINI, 2011; BRASIL, 2011b).

Visando mão de obra nas indústrias, os menores passaram a ser recrutados nos asilos para cumprir carga horária semelhante aos adultos e, os que advinham de famílias pobres, passaram a trabalhar para complementar a renda familiar. Os donos das fábricas justificavam o trabalho infantil alegando que era uma forma de tirá-los das ruas por meio de uma ocupação (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Com o golpe militar em 1964, prevaleceu o sistema repressivo à infância e adolescência e, os anos seguintes foram acompanhados por uma série de denúncias sobre as iniquidades cometidas no atendimento infantojuvenil no Brasil (RIZZINI, 1995).

Neste contexto político a assistência ficou sob competência do governo militar, o qual adotava a visão do menor enquanto um problema de segurança nacional.

Diante disso, foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FEBEM) e a Política Nacional do Bem-Estar do Menor, caracterizada como um meio de controle autoritário e centralizado, resultando em internações em larga escala (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Após 20 anos nesse regime político, um novo panorama se evidenciou a partir da década de 80, uma vez que as estatísticas sociais retratavam dados alarmantes. Diante desse cenário e devido a participação popular, organizações e governantes, novos atores políticos entraram em cena desencadeando um processo de reivindicações e luta pelos direitos de cidadania das crianças e adolescentes num contexto global e local. Pela primeira vez os direitos dessa população foram firmados pela Constituição brasileira de 1988 e, em 1990, pelo ECA (RIZZINI; PILOTI, 2009; LOPES, 2013).

O artigo 227 da Constituição dispõe sobre os direitos das crianças e dos adolescentes como absoluta prioridade, abrindo caminho para a aprovação do ECA, a partir de um novo olhar sobre a infância ao romper com o modelo repressor e punitivista do Código de Menores que vigorava durante o regime militar:

“**Art. 227.** É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)”.

Com a revogação do Código de Menores, o Estatuto determina normas de proteção à criança e ao adolescente tendo em vista o desenvolvimento integral dos mesmos e responsabilizando a família, Estado e sociedade civil a promoverem condições adequadas de desenvolvimento dessa população, sem qualquer tipo de distinção ou discriminação (RIZZINI; BARKER; CASSANIGA, 1999). A responsabilidade pela questão da infância e adolescência foi descentralizada e transferida para a esfera social e para a sociedade, por exemplo, através da criação dos conselhos tutelares (PEREZ; PASONE, 2010).

Assim, o ECA demanda do Estado brasileiro e da sociedade política e civil investimentos e esforços na construção e continuidade de ações visando tanto a formulação e implementação, como monitoramento e controle social de políticas

constitucionais e estatutárias, que sejam mobilizadoras e suficientemente capazes de ressignificar a infância e adolescência (RIZZINI; NAIFF; BAPTISTA, 2006).

Dentre as disposições do Estatuto destaca-se:

- Art. 1º Proteção integral à criança e ao adolescente;

- Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência;

- Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

- Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.

Além disso, tendo como base os direitos sociais, foram instituídas as seguintes ordenações legais – Lei Orgânica da Saúde (LOS), Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (CONANDA), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei Orgânica de Segurança Alimentar, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Bolsa Família, Programa de Combate à Fome, entre outros (PEREZ; PASSONE, 2010). Todos esses aparatos legais deram condições para assegurar as diretrizes sociais básicas com capacidade para atender as necessidades primordiais da população, como os direitos e cidadania das crianças e dos adolescentes (PASSONE, 2007).

A partir desse panorama, Perez e Passone (2010) apontam que a história da infância e adolescência, assim como as políticas sociais de assistência a essa população, podem ser traduzidas em dois grandes momentos estruturais que envolveram o Estado brasileiro: antes e após a constituição de 1988 e do ECA, que veio a alterar o paradigma até então vigente.

Nesta direção, observa-se que até o processo de redemocratização do país, as políticas dirigidas à infância e adolescência se pautavam no controle da população pobre, vista como perigosa aos olhos da sociedade e, portanto, demandando o controle do Estado (RIZZINI; PILOTI, 2009).

Porém, em 2006, Rizzini apontava que mesmo diante das transformações políticas e sociais das últimas décadas, assegurar os direitos das crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, ainda era um desafio que deveria ser superado.

Autores discutiam que era necessário avançar e superar práticas assistencialistas, estigmatizadoras e segregadoras, que ainda se fazem presentes e continuam a se sustentar. Além disso, considerava-se importante ampliar o olhar para todas as crianças e adolescentes, em busca de melhores condições e oportunidades de vida, se apoiando em setores e instituições nacionais e internacionais, tendo em vista as desigualdades sociais e econômicas. Só assim seria possível sociedades mais justas e equitativas, ampliando oportunidades de desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo (RIZZINI; BARKER; CASSANIGA, 1999; RIZZINI, 2002).

Já em 2018, a Unicef aponta que embora o país tenha feito grandes progressos em relação à sua população mais jovem, os avanços não atingiram todas as crianças e adolescentes da mesma forma. O Brasil é ainda um dos países mais desiguais do mundo, sendo os mais afetados as crianças e adolescentes pobres, negros, indígenas e quilombolas, com deficiência e da periferia (UNICEF, 2018).

Além disso, ainda que o Brasil tenha uma das legislações mais avançadas no que diz respeito à proteção a essa população, os índices de crianças e adolescentes fora da escola; nascimento de bebês soropositivos e adolescentes assassinados são alarmantes (UNICEF, 2018).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015, apontam que no país existem 2.802.258 crianças e adolescentes, na faixa de 4 a 17 anos que se encontram fora da escola, sendo que destas, 53% vivem em domicílios com renda per capita de até meio salário mínimo (UNICEF, 2017). Quanto a violência, a taxa é em média de 31 crianças e adolescentes assassinados todos os dias, sendo que esta quadruplica entre negros (UNICEF; 2015).

Ou seja, considera-se que mesmo com conjuntura normativa e jurídica instituída, os direitos humanos e fundamentais de crianças e adolescentes continuam sendo violados. Assim, continua sendo um debate atual e necessário adotar políticas públicas capazes de combater e superar as desigualdades geográficas, sociais e étnicas, considerando toda a diversidade existente (UNICEF, 2018; FALEIROS JÚNIOR; BORGES, 2011).

Como se verá na próxima subseção, a desigualdade sempre esteve presente e afeta os que mais estão suscetíveis as questões sociais como, por exemplo, os

adolescentes negros que ocupam os espaços periféricos dos aglomerados urbanos, onde as políticas públicas pouco tem respaldo, de forma que as vias ilícitas e o trabalho informal imperam (GAZETA; NASCIMENTO; LIMA, 2018).

10.2 Iniquidades, violência e a invisibilidade das crianças e adolescentes da periferia na história brasileira

A partir da historização apresentada, compreende-se que a vida das crianças e adolescentes foram marcadas pelas mudanças nas esferas econômica, política e social, que as atingiram diretamente. Destaca-se aqui o próprio fenômeno da migração da população das áreas rurais para a urbana a partir da década de 40 no Brasil (RIZZINI, 2006).

Assim, considerando o contexto desse estudo, a periferia, e que esta surgiu da migração em decorrência das mudanças econômicas e sociais durante o processo de industrialização, darei seguimento neste item visando a contextualização específica da infância e adolescência nas periferias, refletindo e articulando com os resultados encontrados no Estudo II.

Adianta-se que, embora transformações nas políticas sociais tenham vigorado desde a década de 90 e que se passaram quase 30 anos da criação do ECA, as crianças e adolescentes das periferias continuam vivenciando diretamente processos de desigualdades sociais, gerando pobreza, exclusão social e violência, ferindo os direitos e a cidadania desses indivíduos.

Compreende-se que a migração dramática do meio rural para o urbano, associado a todo processo de desenvolvimento tecnológico e globalização, vem afetando ao longo das últimas décadas a população, com impacto maior na organização, estrutura familiar e na comunidade (RIZZINI, 2002; RECHIA, 2006; GRZYBOVSKI; TEDESCO, 2013). De acordo com Feltran (2011), os pilares da dinâmica social de ocupação desses territórios (periferias) vêm se deslocando no decorrer das décadas, de forma que duas gerações já nasceram e cresceram no mundo urbano, como é o caso da maior parte das crianças e adolescentes que hoje habitam a periferia.

As novas gerações, que já não são migrantes, também não sonham com a estabilidade do projeto de vida operário, como há duas ou três décadas atrás e, portanto,

não contam com a possibilidade de ascensão social de toda a família. Quase sempre a expectativa de melhorar de vida é, quando ela existe, individual (FELTRAN, 2011).

Com o mercado de trabalho mais exigente, demandando maiores qualificações e com remunerações cada vez menores, há a necessidade de se adaptar, para se manter no posto. Sob esta perspectiva, há um aumento do trabalho informal, onde o desemprego e precariedade do trabalho recaem sobre os jovens. Se por um lado é por meio do trabalho que se encontra o seu lugar social, por outro o acesso ao mercado tem estado cada vez mais restrito (ANTUNES, 2006; SILVA et al., 2016).

Nesta direção, tanto os arranjos familiares, quanto o percurso de vida e modos de inscrição produtiva são bastante heterogêneos de forma que a escolaridade, o acesso a infraestrutura urbana e a capacidade de consumo cresceram tanto quanto a desigualdade social. Os modos de vida da nova geração são conformados pelas crises e da inescapabilidade das mesmas (FELTRAN, 2011).

Conforme as crises se instalavam e com o aumento significativo da criminalidade violenta, surgiram alternativas de sobrevivência para as crianças e adolescentes (BASTOS et al., 2002; SCHERER; NUNES; SANTOS, 2017). Feltran (2011) enfatiza ao dizer que, para aqueles que a sorte não ajudou por meio do parcelamento da compra de objetos, carreira de modelo, músico, jogador de futebol ou artista de televisão e com a oportunidade de trabalhar mais distante, há a possibilidade de obtenção de renda com atividades criminais, como tráfico, roubo de carros, assaltos (FELTRAN, 2011). O tráfico de drogas surge neste cenário enquanto parte integrante do sistema econômico vigente, estruturado na lógica do capital e do trabalho (FEFFERMANN, 2006; PEREIRA; MALFITANO, 2014).

Segundo Malvazi (2012), desde a década de 80, o tráfico de drogas nas periferias é um dos principais fatores de risco e de vulnerabilidade a que os jovens brasileiros são expostos, sendo que esta população vivencia uma dinâmica social complexa de forma que, invisíveis ao espaço político que ocupam, se relacionam com diferentes modos de regulação da vida cotidiana.

Importa destacar que o envolvimento nessas atividades propicia de imediato renda e status que de outra forma seriam inatingíveis, se configurando também enquanto possibilidade de inclusão e ocupação (FELTRAN, 2011; PEREIRA, 2011). Para além de uma atividade que gera renda e status, no estudo de Pereira (2012), o autor identificou que o tráfico também promove sociabilidades, onde os jovens estabelecem relações com e por meio das drogas no território.

Assim, mesmo aqueles que não estiveram envolvidos com o mundo do crime, não conseguem escapar totalmente, tendo que lidar de alguma forma com esse universo, uma vez que o crime se aproxima de suas famílias e relações sociais.

Nas famílias onde os pais não estão no crime e o salário é insuficiente, eles se submetem a longas jornadas de trabalho, de forma que as crianças ficam expostas ao trabalho precoce, violência, escolarização deficitária, sendo muito comum os pais ao retornarem do trabalho não encontrarem as crianças protegidas em casa (FELTRAN, 2011).

Além disso, ainda enquanto crianças, muitas ficam encarregadas do trabalho doméstico e ainda ajudam no cuidado dos irmãos mais novos e preparo das refeições. Como se vê, para as crianças da periferia não cabe apenas o estudo e o lazer, conforme verifica-se em outras camadas sociais (BEGNAMI, 2009; COLONNA, 2018). Mesmo quando se trata do lazer, no estudo de Tschoke e Rechia (2012), os autores identificaram a partir de uma pesquisa nos espaços públicos de lazer na periferia de Curitiba, que existem poucas possibilidades para o lazer infantil, muitas vezes limitadas pela violência, vazio dos espaços, ausência de ações do Estado e dos pais no cotidiano infantil.

Quanto a violência e fazendo referência ao Índice de Homicídios na Adolescência (IHA), resultado de uma parceria entre a Unicef, o Ministério dos Direitos Humanos (MDH), o Observatório de Favelas e o Laboratório de Análise da Violência, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAV-Uerj), os assassinatos de adolescentes seguem crescendo no Brasil, sobretudo, nos Estados do Nordeste, atingindo, majoritariamente, meninos negros. A pesquisa analisou os homicídios de adolescentes de 12 a 18 anos em 300 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes. A partir da análise das informações de 2014, para cada mil adolescentes, 3,65 correm o risco de serem assassinados antes de completar o 19º aniversário (IHA, 2017).

Este cenário tende a se concretizar e parece não ter se modificado nos últimos anos, uma vez que em estudo realizado pela ONU em 2017, os resultados apontam que a principal causa de mortes entre adolescentes de 10 a 15 anos ainda continua sendo a violência, influenciando diretamente as perspectivas futuras dessa população (ONU, 2017).

Observa-se que diferentes estudos têm sido desenvolvidos visando compreender a realidade das crianças, adolescentes e jovens nas periferias brasileiras, sendo que a maioria tem como objeto de investigação o tráfico, a violência e a exclusão

social (ABRAMOVAY, 2002; BEGNAMI, 2008; LAMY FILHO, et al 2011; FELTRAN 2011 PEREIRA, 2012; TAVARES, 2014; MACHADO; KUHN, 2015).

Tendo como exemplo, em seu livro “Crianças do Tráfico” de Dowdney (2003), o autor identificou por meio de entrevistas com os jovens nas periferias do Rio de Janeiro, que todos acreditavam que seriam mortos antes dos 18 anos de idade. Nessa direção, no estudo de Pereira (2012) um aspecto relevante encontrado são as perspectivas futuras que os jovens projetam para si. Os resultados sinalizam as dificuldades, impedimentos, incertezas e ausência de perspectivas futuras em seus depoimentos.

Considera-se que as crianças e adolescentes das periferias de hoje, são aquelas que vivenciam a partir de um mundo capitalista, processos de desigualdade social, onde o Estado pouco tem garantido sua proteção integral por meio das políticas sociais. As chances e oportunidades são escassas, sendo que as mais disponíveis, quando não as únicas, são aquelas vinculadas ao mundo do crime, uma vez que sem alternativas não há oportunidades de escolhas.

Rizzini (2006) considera que os efeitos das desigualdades sociais podem ser percebidos a partir do estado de bem-estar das crianças, adolescentes e dos pais. De forma que o bem-estar depende de investimentos diretos na saúde e educação, concomitantemente com a melhoria da renda familiar e reconhecendo que não há correlação simples entre pobreza, sofrimento e adversidade (RIZZINI, 2002). Porém, é possível afirmar que as crianças e adolescentes que vivenciam situações de privação estão mais propícios a sofrerem, pois encontram-se em maior vulnerabilidade (DEMAZIO; LIMA; TEBET, 2018), ainda mais diante de tantos retrocessos iniciados no governo de Michel Temer em 2016, e que tem se agravado ainda mais na conjuntura atual.

Assim, nos contextos pelos quais transitei neste estudo, testemunhei muitas cenas e histórias de vida que expressam a vulnerabilidade e a realidade presente.

Hoje, ao entrar no bairro, havia dois adolescentes sentados na calçada e quando passei de carro, começaram a me sinalizar. Era a primeira vez que ia de carro e lembrei que um agente comunitário já havia me informado que ali era ponto de venda de drogas- “biqueira” e que os menores ficam em frente para vender, de forma que os carros param, descem o vidro e a droga é passada...

Soube durante uma das conversas com Caio, de uma menina que está abrigada e que frequenta o projeto social desenvolvido na quadra.

Ela foi retirada da família pois os pais são usuários de substância psicoativa e a mãe a levava para bares, para que se prostituísse e conseguisse drogas ou álcool em troca...

Certo dia, após uma visita domiciliar avisto uma movimentação intensa em frente a uma biqueira, camburões de polícia passavam rapidamente na curva em perseguição a um outro carro. Todos em alta velocidade pareciam não se importar com a quantidade de pessoas, crianças e cachorros na rua. Os carros passavam e as crianças corriam atrás, animadas, em tom de brincadeira, mas correndo risco. Mesmo com o fluxo de carros e motos policiais (passaram umas 10 viaturas), os pais, familiares ou vizinhos, não entraram nas casas, apenas observavam, conversavam e a rotina continuava. Ficamos perto de um muro esperando as coisas se acalmarem, conversando sobre a preocupação de atropelamento das crianças...

Durante o desenvolvimento da etnografia a violência sofrida pelas crianças e adolescentes as colocavam ainda mais em vulnerabilidade e se fazia presente no cotidiano da Unidade e nos diferentes espaços do território. Todos os dias as cenas se repetiam.

Assim, nas cenas apresentadas identifica-se que as crianças e adolescentes não só estavam expostos a diferentes tipos de violência, como também ao processo de naturalização da mesma. Uma naturalização que alcança toda a comunidade e que possivelmente as crianças e adolescentes são os mais atingidos.

Aponta-se que a violência contra crianças e adolescentes tem estado presente ao longo de diversos períodos da história, especialmente, a partir de duas formas de expressão - violência estrutural (oriunda do sistema social) e violência interpessoal (doméstica, trabalho, amigos) (COSTA et al., 2007).

Além disso, identifica-se nos resultados desse estudo que para além de uma classificação dos tipos de violência e, considerando as modificações no mundo moderno e as condições de desigualdade social ainda mais evidentes, novas formas de violência surgiram, de forma que muitas vezes as crianças e adolescentes estão sujeitas ao mesmo tempo a todas elas, conforme se observa nas cenas abaixo:

Certo dia pela manhã chegou uma mulher com seu filho de 3 anos na Unidade buscando por curativo. Ela relatou que ele foi atropelado no dia anterior e que foi à UPA, porém como não havia raio x, foi encaminhada para Santa Casa, mas ela não foi. Porém, a enfermeira identificou que o ferimento não era recente, conforme a mãe havia dito e que tudo indicava que a mesma não havia buscado por ajuda antes. Devido à gravidade, a enfermeira a alertou para ir à Santa Casa o quanto antes, pois o pé da criança já estava comprometido.

Em uma visita domiciliar na casa de uma adolescente de 16 anos, mãe aos 14, me deparei com uma criança de dois anos e meio, com importantes comprometimentos motores (sequer apresentava controle de tronco) e não se comunicava. Sentamos na calçada e a jovem mãe me relatou que a criança nasceu com “problema”, tem bronquite e está com dor de ouvido, pois sempre vaza.

De fato, a criança estava bastante incomodada, chorando e tentando aproximar as mãos do ouvido, apesar de sua espasticidade muscular evidente. Tentando entender a situação e até buscar por ajuda, perguntei se a criança estava assim pela manhã e a mãe relatou que não. Assim, questionei se no banho, que ela disse ter dado, não havia entrado água. Ela confirma essa hipótese, pois deixou a menina na banheira sozinha e a avó a socorreu quando estava se afogando, finalizando sua fala rindo. Em meio ao meu espanto, ainda que tentasse disfarçar, identifiquei a tamanha dificuldade desta jovem mãe na percepção da gravidade do seu relato, a compreensão das necessidades da criança, assim como dos riscos envolvidos.

Com intuito de identificar o contexto vivido por esta adolescente, a conversa continuou sobre assuntos variados, sendo identificado um cotidiano limitado em termos de atividades, falta de perspectiva na escola, expressa pelas faltas constantes, dificuldade nas relações sociais e dificuldades advindas da maternidade. Porém, quando entramos na questão da deficiência de sua filha, este não era um fator que se sobressaia, sendo apenas mais um problema e não o maior deles. Considera-se que neste cenário de tamanha vulnerabilidade, a deficiência e suas demandas entram em uma “fila”, que na ordem das urgências e necessidades, não é tida como uma prioridade.

Ainda que se evidencie a gravidade da cena quando esta jovem conta sobre sua filha com deficiência se afogando, é necessário ponderar e refletir sobre o significado

da deficiência em um contexto social que a todo instante produz invisibilidade e privação de direitos.

Ou seja, diante de toda a complexidade de situações como esta que se naturalizam cotidianamente nas periferias, como possibilitar a visibilidade e a garantia dos direitos dessa jovem mãe e seu filho, não só pelo viés da saúde, mas também a partir da articulação de diferentes atores e de uma rede de cuidado intersetorial que garanta a integralidade do cuidado?

Além disso, a jovem me relata sobre preocupações com sua saúde devido a problemas ginecológicos e alérgicos e, que os serviços de saúde pouco têm respondido as suas demandas. Observa-se que umas das dificuldades vivenciadas pelas crianças e adolescentes no que tange a assistência a essa população, é relativa ao acesso aos serviços básicos, como saúde, educação, assistência social e o cuidado ofertado, violando seus direitos. Nessa direção, outras cenas se evidenciavam no decorrer da etnografia, expondo também a violência presente nos equipamentos de cuidado.

Tomando como exemplo uma situação vivenciada e registra no diário de campo, me lembro que no final de uma manhã de pouco movimento, fiquei na porta da Unidade observando o projeto que acontecia na quadra, onde havia um homem que parecia ser um dos profissionais da equipe. Porém, esse profissional, grande, forte, mais disputava a bola e debochava das crianças do que treinava, ensinava ou brincava. Em seguida começaram alguns conflitos entre uma menina, que devia ter em torno de 11 anos e ele. Rindo, ele a derrubou, puxando-a pela perna, e depois apertando seu pescoço por trás a levantou e a guiava pela quadra. Era nítido que usava de muita força enquanto ela tentava sair, ao mesmo tempo que o xingava e chorava. Aquela cena era de enorme espanto e violência, ainda mais pela figura que ele representava nesse espaço, espaço tido como de cuidado. Olhei para a auxiliar de enfermagem, que imóvel, observava a mesma cena, encabulada com o que via, e ela me disse que ele é um dos contratados como controlador de acesso pelo CRAS, que sempre judiava das crianças devido a seus comportamentos violentos.

Além da ausência de reação da enfermeira, a situação parecia ser tão rotineira e naturalizada por todos, que minutos depois essa menina voltou e começou a brincar novamente com as crianças, enquanto as outras seguiram como se nada tivesse acontecido.

Diante do ocorrido, confesso que em um primeiro momento também fiquei paralisada pela descrença do que presenciara e, posteriormente, ainda que meu impulso

fosse de alguma forma interferir, indo até lá, não era possível por diferentes fatores, dentre eles, devido ao meu papel naquele espaço, a figura que ele representava, não só enquanto profissional do serviço, mas também por seu envolvimento com o crime e, portanto, o medo e receio diante de um homem com essa representatividade. Assim percebo que essa realidade de violências rebete na comunidade, e ambientes de trabalhos, como também no pesquisador, ficando no embate o diálogo entre o medo e a sensação de impotência com o dever ético que culminaria em uma denúncia.

É importante contextualizar que para entender o fenômeno da violência no âmbito da infância e adolescência, há que se apelar para a especificidade histórica e, para além, compreendê-la a partir da configuração e cruzamento da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e também do plano individual (MINAYO, 1994; MINAYO; SOUZA 1997; ASSIS et al., 2004; ASSIS, 2005; RICAS et al., 2006). Assim, a violência é resultado de um emaranhado de fatores que perpassam desde os socioeconômicos, políticos e culturais, de forma a se articularem, interagirem e se concretizarem nas condições de vida de grupos sociais e de áreas específicas (ASSIS et al., 2004).

O fenômeno da violência contra a criança e ao adolescente existe desde a antiguidade e perpassa pelo domínio de poder e controle social de diferentes atores sobre essa população. Seja pela família, sociedade ou Estado, a violência se fez presente sob a forma da negligência, do autoritarismo e abusos, omitindo a voz e direitos, tornando-os invisíveis. Como exemplo, por muito tempo havia uma percepção da violência como algo natural e um direito legitimamente exercido da família sobre a criança, por meio de uma aceitação cultural da ideia de propriedade dos pais, prevalecendo, ao longo da história, a compreensão do castigo físico como recurso pedagógico (RICAS et al., 2006, LIMA et al., 2006).

No Brasil, sobretudo nas duas últimas décadas, não se pode falar de crianças e adolescentes sem que o tema da violência aflore, indicando serem esses dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional. Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que as crianças são vítimas da violência desde o nascimento. Mas é principalmente na fase da adolescência que essa questão se torna ainda mais crucial (LIMA et al., 2006; GOMES et al., 2010; BENICIO et al., 2018).

Nessa perspectiva, no texto de Minayo (1994) sobre a violência e a saúde pública, a autora aborda as possibilidades de classificações da violência, num esforço de

trazer o tema para a reflexão científica de forma abrangente, se distanciando apenas do mundo da delinquência.

Assim, em uma das classificações proposta pela autora, e conforme já apontado anteriormente de forma mais geral, tem-se a violência estrutural, compreendida enquanto aquela ligada à violência do comportamento, se aplicando as estruturas organizadas e institucionalizadas da família, dos sistemas econômicos, culturais e políticos, de forma a gerar a opressão a grupos, classes, nações e indivíduos, negando seus direitos e conquistas da sociedade. São populações, como esta menina da cena apresentada anteriormente, que se tornam mais vulneráveis que outros ao sofrimento, de forma que, esse tipo de violência leva os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, assumindo um papel a eles imposto de forma naturalizada (MINAYO, 1994).

Segundo Minayo (2001) a violência estrutural é o tipo mais fácil de ser reconhecida no Brasil, devido as desigualdades sociais existentes. Esta incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, tornando-as mais vulneráveis. Sendo assim, a necessidade de intervenção se torna urgente, e o intuito é reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Já no âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social (LIMA et al., 2006).

A partir do reconhecimento da pluralidade da violência, considera-se necessário que as propostas de intervenção se deem a partir de diferentes frentes e atores envolvidos, sendo que somente o setor saúde seria impotente para responder a esta questão social. Assim, por exemplo, a ABS poderia atuar no reconhecimento dos diferentes tipos de violência no território, em estratégias de promoção da saúde, por meio de educação em saúde, mas também acionando, articulando e responsabilizando toda a rede de cuidado, seja o conselho tutelar, vara da infância, CRAS, CREAS, entre outros. No que tange as esferas da gestão pública e do governo, é fundamental que estes atores contribuam a partir de formulações e proposições políticas que respaldem as populações vítimas de violência, garantindo seus direitos e cidadania.

Ressalta-se também os processos de exclusão aos quais as crianças e adolescentes estavam submetidos tanto no território como nos serviços:

Em uma das visitas aos CJ, enquanto os adolescentes jogavam bola, converso com a interlocutora Tati visando compreender o motivo de ocuparem um espaço separado da estrutura física do CJ, em meio a grama

alta. Todos ao chegarem se direcionavam a um quiosque sem estrutura alguma, perto do campo e, ali em pé ao redor de uma mesa de concreto, iniciavam as atividades. Ela relata que foi o único espaço que havia disponível para realizar as atividades, uma vez que todas as outras salas estavam ocupadas por atividades ligadas a culinária, dança e oficinas profissionalizantes aos adultos e idosos. Pouco depois das 16 horas Tati começa a avisar os meninos que faltavam dez minutos. Não entendi o porquê disso, até mesmo pelo fato do CJ fechar somente as 17 horas. Ela me conta que a gestão atual não permite que fiquem mais que esse horário e mesmo os meninos não sendo do projeto precisam se retirar. Pela sua fala era nítido o quanto têm sido excluídos do espaço que ironicamente foi constituído e recebe recursos públicos em benefício a eles, e isso se torna evidente tanto pelo local que atualmente ocupam, como a impossibilidade de ações nos prédios e a saída ter que ser antes do horário normal de encerramento das atividades. Próximo das 16 horas, a responsável pela portaria vem nos informar que gestão está pedindo para que nos retirássemos.

Ainda sobre o processo de exclusão, em uma das conversas com o interlocutor Caio, este me disse que as pessoas que moram no bairro permanecem mais no território e pouco circulam pela cidade. Contou que quando era criança e adolescente tinha receio de ir até a cidade, pois tinha medo da polícia, de o confundirem com alguém. Só pelo fato de ser deste território, das roupas que vestia, se sentia ameaçado, pois havia muito preconceito, segundo seu relato.

Assim, identificou-se que nesse contexto, a realidade de violências e ausências tem-se reproduzido e intensificado no território a cada nova geração que nasce, cresce e permanece ali e assim as situações de vulnerabilidade se somam e multiplicam numa progressão onde nenhuma criança e adolescente sai ileso deste processo.

Muller e Nunes (2014) consideram que o espaço público da cidade seria responsável pela redução das distâncias sociais, pois possibilita o encontro de diferentes grupos, a partir da proximidade física entre eles.

Em contrapartida, os autores apontam que devido a heterogeneidade dos sujeitos, há mecanismos de seleção das interações sociais como, por exemplo, a depender do lugar ocupado no espaço social, há maiores ou menores possibilidades de se apropriar

do espaço urbano, inclusive pelas crianças (MULLER; NUNES, 2014). Nessa direção, Araújo (2014) também considera que ao abordarmos o espaço ocupado pela criança, alguns fatores não podem ser ignorados como a comunidade à qual sua família pertence, características da cidade e as diferenças de residir na zona rural ou urbana.

Assim, se o uso dos espaços urbanos, públicos se dá por meio das oportunidades que se tem de usufruir daquilo que a cidade oferece mediante diferentes interações (MULLER; NUNES, 2014), questionam-se as chances que as crianças e adolescentes desta periferia têm de estar, circular pelos diferentes espaços e até mesmo dentro do próprio contexto como o CJ, uma vez que não há possibilidades para que as interações ocorram, devido ao estigma e processos de exclusão que vivenciam, ao pertencerem a um território historicamente marcado pelo viés do tráfico, violência e marginalização.

Observa-se que se anteriormente no Brasil havia ações de higienização e controle do Estado nos espaços urbanos, retirando as crianças pobres das ruas. Hoje a realidade pouco se difere e essa população continua vivenciando processos de exclusão social, ainda que se tenha desde a década de 90, o direito a convivência comunitária garantido pelo ECA (DEL PRIORE, 2000), e os resultados aqui apresentados reforçam tal compreensão.

Nas cenas apresentadas neste capítulo se escancara uma infância e adolescência violada, mesmo em um cenário que sejam verificadas importantes iniciativas como os projetos sociais que lutam na contramão desse sistema. Assim, discute-se, a partir dos resultados relativos as diferentes formas de violência também observadas neste território, a exclusão a que esta população tem sido sujeita, a ausência de políticas sociais, o frágil papel e responsabilidade do Estado e da gestão na garantia do cuidado a esta população.

Não basta criar equipamentos e disponibilizar profissionais, ainda que isso seja de extrema relevância e a maioria dos territórios careçam de equipamentos de assistência de diferentes setores. É preciso conjuntamente investir em recursos humanos e infraestrutura, formação e valorização profissional, qualidade no cuidado ofertado e políticas sociais condizentes com a realidade dos contextos e da população, conforme Muler e Nunes (2014) apontam.

Nesta direção, para além do reducionismo que implica a necessidade de agrupar, categorizar ou normatizar, identifiquei a existência de quatro perspectivas que

agregam crianças e adolescentes com perfis variados, sem deixar de considerar a porosidade e o dinamismo, que possibilita a transição dos mesmos entre os grupos.

A primeira, composta por crianças e alguns adolescentes entre seus 12 e 16 anos é aquela que, apesar de toda vulnerabilidade e risco presente, estão na escola, brincam, frequentam projetos sociais, e vislumbram possibilidade e perspectivas futuras que se distanciam da realidade do território.

Ressalta-se para este grupo, a importância dos projetos sociais que incansavelmente buscam atrair essa população, ainda que não consigam tanta abrangência. Nesta direção, no estudo de Pereira (2012) há uma discussão sobre o alcance dos projetos sociais nos bairros periféricos. Segundo o autor, as ações empreendidas pelos projetos não são acessadas pelos jovens envolvidos intensamente no mundo do crime. Ou seja, os projetos têm atingidos apenas os jovens menos diretamente ligado ao tráfico. Em contrapartida, considera-se já ser de um enorme ganho, ainda que insuficiente, uma vez que pouco alcança os outros grupos que serão apresentados posteriormente.

Este grupo é composto, por exemplo, por crianças e adolescentes como Danilo:

Durante uma visita ao projeto, os meninos me convidaram para um jogo de tabuleiro que dariam início. Fui escolhida por Danilo, 16 anos, para compor sua dupla. No decorrer do jogo observo uma grande impaciência, ansiedade e euforia, de forma que ele atropelava as regras, passava a vez dos outros. Apesar das dificuldades, os meninos o respeitavam e pediam para ele dar uma “segurada”. Observo que ele apresentava muitas dificuldades que me geraram dúvidas quanto a uma possibilidade de deficiência intelectual. Mais tarde descubro que ele frequenta a escola, apesar das dificuldades, vai ao projeto semanalmente, interage, brinca com os colegas. Além disso, soube que perdeu seus pais e irmã por problemas de saúde e conflitos relacionados ao tráfico, porém, ele nunca esteve envolvido. Quase perto de terminar o jogo, ele se despede pois vai panfletar na rua, divulgando um novo estabelecimento de açai. A coordenadora relata que ele sempre faz bico em contraturno a escola, sendo bastante engajado nas atividades produtivas, além do acolhimento e respeito que tem, e que são advindos das relações estabelecidas com seus pares.

Na segunda perspectiva, a realidade é composta majoritariamente por jovens, que na trama da vida, se envolvem com o mundo do crime, se expondo ainda mais aos riscos, sem outras chances que não sejam o tráfico. Com essa população meu acesso foi limitado, porém suficiente para reconhecê-los, uma vez que não acessam a rede, a Unidade ou os projetos sociais. Apenas os via pelas biqueiras, circulando pelas ruas ou tinha conhecimento por meio de comentários dos moradores.

Certo dia enquanto conversava pela manhã com o interlocutor Caio, passou um garoto de 17 anos e nos cumprimenta. Eu nunca havia o visto por ali. Caio diz que anda preocupado com ele, pois tem aprontado muito no território e já estão de olho nele e que se continuar assim levará uma “*coça*”³³. Diz que ele já foi avisado e mesmo assim continua se envolvendo em confusões, brigando na rua com outros meninos, depredando a Unidade de Saúde (neste momento já fechada) e que na semana anterior chegou a cortar o cabelo de uma estudante que atua em um dos projetos sociais. O interlocutor diz que ele é uma figurinha conhecida no mundo o crime, que foge da polícia e está envolvido no tráfico.

Ainda, a terceira perspectiva, composta pela minoria, são aqueles que destoam de suas origens, território e alguns até os negam. São aqueles que muitas vezes preferem ficar em casa a ter que sair na rua, trabalham ou estudam em outros bairros, não mantêm relações sociais com os moradores a não ser a própria família ou que possuem projetos de vida bastante distintos do grupo anterior. Compondo esse grupo, conheci Helen, Priscila e Natália, todas mulheres.

Priscila, um pouco mais nova, amiga de Helen, finalizava o ensino fundamental. Certo dia pude acompanhá-la até sua casa, localizada em um conjunto habitacional na entrada no território, pois queria me mostrar suas medalhas obtidas em torneios de futebol. Ao entrar, os moradores sentados pelo pátio, não me cumprimentaram quando eu disse boa tarde e o cheiro de drogas era intenso.

Apesar do seu cotidiano marcado pelo tráfico (irmão foi preso aos 18 anos por ser pego vendendo drogas) e violência (irmã vem apresentando sofrimento psíquico devido a uma situação de violência sexual), me relata no trajeto de volta que pretende entrar no ensino médio e se esforçar pois sonha em cursar engenharia civil, assim como um conhecido.

³³ Segundo dicionário, *coça* é sinônimo de: surra, apanhar, ser agredido.

Já Natalia, com 17 anos, encontrei em um almoço próximo a seu trabalho no centro da cidade. Natalia era auxiliar de odontologia, a conheci por meio de Tati e combinamos de almoçar juntas quando ela tivesse uma folga. Ela é moradora do território, porém, estuda e trabalha em outros bairros distantes. Durante nossa conversa havia um discurso de não pertencimento ao território em que morava. Ao contar sua história, ainda que também tenha vivenciado situações de violência (mãe era agredida constantemente pelo pai) e envolvimento de sua família com o tráfico, não se reconhece e tenta se distanciar dessa realidade, de forma que relata não ter amizades no território e preferir estudar em outro bairro. Além disso, pretende terminar os estudos para ter melhores oportunidades de trabalho, renda e, assim, mudar-se de bairro.

A quarta e última perspectiva compreende aqueles que se tornaram ainda mais invisíveis diante de toda a complexidade existente, uma vez que os serviços pouco os alcançam com a justificativa de que os equipamentos do território não conseguem responder a essa demanda, e por isso, impõem uma cortina de fumaça sobre os mesmos. Neste grupo se encontram a adolescente irmã de Priscila violentada sexualmente na escola, a jovem que aos 14 anos engravidou e teve uma filha com deficiência e a menina que era prostituída pela própria família.

Ressalta-se a partir dos grupos apresentados que há uma diferença nítida no que se refere a vida que as meninas e os meninos levam na periferia. Para os meninos há uma possibilidade quase que natural e certa do envolvimento com as atividades criminosas, e para as meninas isso não seria a primeira alternativa, de forma que as chances e oportunidades tem se dado por outros caminhos, como pelos estudos e distanciamento do território. Porém, cabe apontar que, ainda assim, para muitas a vida tem sido mais perversa, diante da vulnerabilidade que estão expostas, como a exploração e violência sexual.

Narvaz e Koller (2006) sinalizam que nos discursos hegemônicos há uma imposição dos homens e das mulheres em polos opostos no que se refere à possibilidade de engajamento em atividades ilícitas, uma vez que há um reconhecimento social da mulher enquanto vítima, mas não como perpetradora de violência.

Porém, observa-se que o envolvimento da figura feminina no tráfico de drogas tem sido uma constante, devido ao desemprego, baixos salários quando comparados aos salários dos homens e aumento da responsabilidade financeira de suas famílias, de forma que as mulheres têm sido atraídas pelas atividades ilícitas, ainda que elas tenham assumido uma função menos visível no tráfico, se responsabilizando

majoritariamente com a divisão do trabalho com seus companheiros (MOKI, 2005; FRAGA; SILVA, 2017)

Considera-se que a partir do contato com os interlocutores e da minha inserção em diferentes espaços no decorrer da etnografia, me aproximei das crianças e adolescentes do território, que apesar dos planos, perspectivas e rumos que tomavam, com toda dificuldade e vulnerabilidade presente, compartilhavam de um mesmo espaço geográfico e dinâmica territorial que se repete nas *periferias*.

Identificou-se neste capítulo que todos os resultados obtidos expressam e traduzem a violência e invisibilidade que as crianças e adolescentes estão sujeitas nesse território de forma que estas se somam e, com o tempo, se ampliam e complexificam.

Importa destacar que mesmo com a constituição do ECA e tendo passado 30 anos desde sua proposição, o cenário da infância e adolescência tem se agravado, conforme identificado nos resultados do presente estudo. Observa-se que há muitas crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, convivendo com a violência em suas diferentes formas, com a desigualdade social, processos de exclusão e que, portanto, tem constantemente seus direitos violados, negados e quase sempre invisíveis ao Estado.

Desta forma, compreende-se que estas crianças e adolescentes estão sob constantes riscos que os colocam em vulnerabilidade, comprometendo seu desenvolvimento, saúde mental e chances de bem-estar na vida. Nesta direção, é necessário assumir um compromisso ético com estes sujeitos, no que tange as estratégias e possibilidade de intervenção (política-assistencial), fomentando e instrumentalizando tanto a gestão, como também os profissionais, familiares e toda a comunidade, assim como, responsabilizando o Estado pela garantia da cidadania e dos direitos presentes da constituição e no ECA (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O capítulo a seguir tem como objetivo abordar e discutir sob o enfoque da ABS, os desafios e as perspectivas das ações que têm sido propostas e desenvolvidas neste nível de atenção à saúde.

XI– O CUIDADO PRESTADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES E AS INTERLOCUÇÕES COM A SAÚDE MENTAL

11.1 Revelando as ações e os programas: desafios e perspectivas

A Unidade de Saúde focalizada neste estudo realiza ações de cuidado voltadas à infância que vão desde a entrega gratuita de leite até as consultas de rotina como o pré-natal e a puericultura. Já para os adolescentes, as ações identificadas são restritas e direcionadas para métodos contraceptivos.

A partir do meu olhar de pesquisadora e trabalhadora do campo da saúde mental, no decorrer da etnografia identifiquei que o cuidado à saúde mental infantojuvenil perpassou indiretamente por ações no âmbito da prevenção e promoção à saúde da criança e do adolescente, ainda que, com algumas limitações e fragilidades. Além disso, a inserção etnográfica permitiu que as especificidades do campo da saúde mental na ABS fossem identificadas nos momentos de discussão dos casos, reuniões de equipe, articulação com a rede e matriciamento, mesmo não sendo naquele momento reconhecidas pela equipe como de saúde mental infantojuvenil.

Compreende-se que mesmo as ações de vigilância do desenvolvimento se relacionam com a saúde mental. Porém, é preciso avançar muito, uma vez que esse reconhecimento não é compartilhado e, tampouco, explorado pelos profissionais da ABS. Ressalta-se que, ainda que tenhamos algumas iniciativas e ferramentas que evidenciam essa necessidade de aproximação e interlocução entre os campos como, por exemplo, na utilização da caderneta de saúde criança, a qual contempla diferentes aspectos relativos a criança, seu desenvolvimento e cuidado prestado, esta tem sido subutilizada pela ABS, uma vez que apenas os itens relativos ao peso e altura são abordados. Sendo assim, os itens que agregam importantes informações relativas ao sono, alimentação, desenvolvimento motor, social, acabam sendo anulados pelos profissionais.

Aponta-se que o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes poderia se efetivar por meio de muitas outras ferramentas de cuidado neste nível de atenção à saúde, principalmente por meio de estratégias de promoção. Porém, na Unidade deste estudo, as ações a esse público eram em sua maioria, seletivas e com enfoque biológico, conforme se verá neste capítulo.

Diariamente havia crianças acompanhadas de seus responsáveis em busca de atendimento. Pela manhã, as mães aguardavam por ordem de chegada as consultas médicas, principalmente devido a queixas de doenças sazonais e infecções. Já com a dentista, as consultas tinham sido agendadas previamente. Além disso, muitas vezes a Unidade acabava sendo referência para a população em qualquer situação, independentemente da necessidade de saúde ou gravidade.

Era comum no período da tarde chegarem crianças com febre muito alta, queixas de dores intensas e até gestante em trabalho de parto. Em algumas situações os profissionais tentavam acolher a demanda na própria Unidade e, em outras, encaminhavam para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Quando presenciava estas cenas, me questionava sobre o lugar que a Unidade ocupa na vida dos moradores deste território, e me recordei do primeiro dia, quando um dos agentes disse que a Unidade é o único recurso existente que a população acessa, ainda que fora do território se tenha minimamente uma rede de equipamentos intra e intersetoriais. Ao longo da etnografia esse “diagnóstico” do ACS foi confirmado por mim e se revelava nestas situações os processos de exclusão social a qual a população estava submetida e, portanto, os limites no acesso aos equipamentos da rede de cuidado, para além da Unidade.

Para além das consultas diárias com o médico e a dentista, havia ações programadas, como a entrega do leite, para as famílias cadastradas:

Apesar da pouca movimentação na Unidade, observei que muitas mães chegam com as crianças e apenas se dirigem a uma porta na lateral. Procurei saber do que se tratava e descobri que é o dia da entrega do leite, que ocorre todas as segundas-feiras pela manhã.

Desde a década de 40 no Estado de São Paulo, políticas públicas de distribuição de leite visando a redução dos índices de desnutrição infantil têm sido implantadas pelo governo, passando por transformações no decorrer dos anos (CAVALCANTI; RIBEIRO, 2003).

De forma clara e firmada, tem-se desde 1999, sob coordenação da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo, o decreto nº 44.569, denominado Projeto Estadual do Leite - Vivaleite. O objetivo do projeto é oferecer um complemento alimentar seguro e de alto valor nutritivo às crianças de baixa renda que

vivem em condição de risco nutricional. A distribuição é feita de forma gratuita, semanalmente, para crianças de até 24 meses, em locais determinados pelas prefeituras nos municípios (AUGUSTO; SOUZA, 2010; MANUAL DO ESTADO DE SP s/d).

Estudos realizados visando avaliar a efetividade do programa apontam para os efeitos positivos, por meio do ganho de peso das crianças (PAULILO et al, 2009; AUGUSTO; SOUZA, 2010).

Assim, destaca-se a importância de programas dessa natureza, devido aos benefícios que trazem a população, como o combate à desnutrição infantil e, conseqüentemente, favorecendo a redução da mortalidade. Além disso, quando nos deparamos com a amplitude desse programa, compreendemos ainda mais sua relevância devido ao contingente de famílias que se encontram em situação de extrema pobreza, situação essa semelhante a que encontramos no território de inserção do presente estudo. A título de exemplo, em levantamento realizado pelo Governo do Estado de São Paulo, em 2018, identificou-se que atualmente o programa atende 322 mil crianças, das quais 105 mil são da região metropolitana e 217 mil no interior do Estado (BRASIL, 2018c).

Ressalta-se que a distribuição de alimentos para grupos populacionais vulneráveis tem sido efetivada por diferentes programas ministeriais que visam a melhoria das condições de vida e saúde da população nos países não desenvolvidos (AUGUSTO; SOUZA, 2010). Segundo Alves e Rodrigues (2010), a pobreza está fortemente relacionada com restrições ao acesso à alimentação adequada e a cuidados de saúde.

Diante da falta de recursos, de equipamentos, de acesso da população à rede e dos limites nas ações de cuidado ofertadas, neste estudo, o programa assume importante significado na vida desses sujeitos, para além dos já mencionados, como também enquanto uma das poucas ações de cuidado à infância que tem se efetivado no território, favorecendo a saúde das mesmas.

Este programa associado a outras ações de prevenção de doenças ou agravos e promoção à saúde desenvolvidas na Unidade como o pré-natal e puericultura, foram identificados como um conjunto de cuidados imprescindíveis, necessários e muito potentes às famílias e crianças, que minimamente viabilizam melhorias na qualidade de vida e perspectiva futura em um contexto de vulnerabilidade.

Tanto o pré-natal como a puericultura, pode acompanhar várias vezes com o médico e com a enfermeira. No primeiro pré-natal que estive presente, chegou uma mulher, jovem, aparentando ter em torno de seus 25 anos ou menos, toda manchada de

tinta vermelha, mãos, rosto, pescoço, vestindo um top de crochê e uma saia longa com fendas. Ao passar pela porta, ouvi a equipe dizer que ela causa problemas na Unidade. Solicitei a autorização da mesma para acompanhá-la na consulta, que autorizou, parecendo não se importar com meu pedido.

Na sala, o médico perguntou a ela qual a idade gestacional e se tinha alguma queixa. Ela disse que não sabe de quanto tempo e que “às vezes sente que lá embaixo está se abrindo, mas que isso é normal, pois é frequente”. O médico um tanto surpreso e com expressão de desaprovação pelo fato dela sequer saber com quanto tempo de gestação se encontra, diz que essa queixa não é normal, mas sim preocupante.

Em seguida ela se deitou sob a maca e foi examinada, o médico mediu a altura uterina, faz a escuta dos batimentos cardíacos do bebê. A pressão também foi aferida e os olhos examinados. Após a avaliação clínica, sentados ao redor da mesa, ele começou a dizer que as coisas não estavam bem devido às condições de vida que a jovem tem levado, a alertando que a altura uterina e peso estão abaixo do esperado, além dos perigos do uso de álcool e drogas na gestação e a necessidade de repouso e de se alimentar melhor.

Após as orientações e tendo em vista o nítido distanciamento entre a percepção do médico com a da usuária do serviço, ela me diz:

- Mesmo abusando da bebida e drogas, nunca tive um filho com “problema”, que todos os meus cinco são normais.

Halpern e Figueiras (2009), discorrem sobre a eficácia dos programas institucionais de intervenção precoce para a prevenção dos problemas de comportamento e/ou aprendizagem em crianças, de forma que os autores afirmam que o acesso à serviços sociais e comunitários devem iniciar no período pré-natal e se prolongar até os três primeiros anos de vida. Assim é fundamental investir em estratégias de prevenção conforme indicadas pela literatura, ainda mais em um território de extrema vulnerabilidade e complexidade, como deste estudo.

Entretanto, para além, considera-se que o cuidado deve transcender o sujeito, de forma que atinja as coletividades, o território e os contextos de vida das famílias, a partir de estratégias que abarquem a promoção da saúde, por meio de grupos, programas ministeriais, educação em saúde, acompanhamento domiciliar, articulação com a rede de cuidado intersetorial, entre outras.

Retomando a consulta que estava acompanhando, ao conferir o prontuário, o médico identificou que a gestante estava no sétimo mês da gestação e que não havia nenhum ultrassom ou exame solicitados. No final da consulta, novamente o médico faz pedidos para exames e diz que dali em diante a verá de 15 em 15 dia. Ela reclamou, dizendo que tem que ficar indo até lá sempre. Ao sair da sala, o médico me olha e diz que não sabe mais o que fazer, que sempre é assim, que ela não se cuida e que todos os dias que vem até a Unidade sente o cheiro de álcool exalando.

Segundo o Ministério da Saúde, todas as mulheres têm o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada desde a gravidez até o puerpério, assim como as crianças têm o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2018d)³⁴.

Observa-se a partir da cena apresentada, que apesar do investimento em políticas sociais voltadas a essa etapa da vida, é necessário refletir sobre o alcance e efetividade desses programas, uma vez que, mesmo dispondo desse recurso e, de forma gratuita, a gestante não tem feito o acompanhamento de forma regular e efetiva, colocando tanto a saúde dela como a do bebê que gere em risco. Ou seja, ainda que se considere a importância de ações desta natureza, estas têm sido insuficientes e até mesmo ineficazes em territórios tão vulneráveis como as periferias.

Discute-se como as condições de vulnerabilidade criam outras formas para o significado de risco, necessidade de saúde e possibilidade de vida. É fundamental refletir sobre as estratégias e respostas a estas demandas que implicam uma outra concepção de cuidado, que seja pautado nas reais necessidades de saúde, considerando assim os determinantes sociais. A título de exemplo, primeiramente, é preciso garantir o acesso à Unidade de Saúde, por meio do vínculo, acolhimento, busca ativa e reconhecer quais são os aspectos e realidade vivenciada por esta gestante que tem implicado em uma gestação de risco. É possível que esta gestante não tenha condições financeiras de garantir sua alimentação diária? Que ela não tenha uma rede de apoio e suporte social?

³⁴ Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, caracterizada como uma estratégia do governo federal visando garantir as mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e, também, proporcionar o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Observa-se que esta estratégia vem sendo implantada no território nacional gradativamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Dentre os componentes da Rede Cegonha, identificam-se as consultas de pré-natal as quais tiveram um aumento significativo no âmbito do SUS, entre 2003 e 2013, representando um crescimento de 93% em 10 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Compreende-se que estes programas e ações tendem a abarcar protocolos de cuidado essenciais para o acompanhamento da gestação, porém nem sempre aplicáveis aos contextos, ainda mais quando se trata de situações de extrema vulnerabilidade, como é o caso dessa jovem.

Assim, questiona-se quais as possibilidades existentes neste nível de atenção à saúde, de forma a melhorar o alcance desses programas, compartilhando com a população a apropriação deste espaço e corresponsabilização pelo cuidado? Talvez seja necessário ampliar a dimensão do cuidado ofertado para além do atendimento no consultório médico com hora marcada, para o território, no cotidiano desses sujeitos. E assim, se aproximar dessa jovem, de seus cinco filhos, de seu modo de vida e moradia, articulando diferentes equipamentos da rede (saúde, educação, assistência social) no cuidado e a responsabilização pelo mesmo.

Nos outros pré-natais que pude acompanhar, foram se repetindo em todas as consultas os protocolos clínicos e orientações. Diferentemente do primeiro pré-natal apresentado, pude reconhecer a potência e reafirmar a importância e significado desse programa para algumas famílias. Presenciei momentos em que as mães se emocionavam ao escutar os batimentos cardíacos do bebê, outros em que em meio a tantas dúvidas e incertezas, buscavam por orientação a respeito do crescimento, peso e desenvolvimento e eram sempre acolhidas pelo médico.

São essas esperançosas situações vivenciadas, que me mobilizam e me fazem acreditar que é possível transformar a dura realidade dessas famílias e das crianças que virão ao mundo por meio de maiores investimentos em diferentes esferas, assim como disponibilidade profissional. Mesmo que esta ação pareça pequena e apresente limitações na forma como tem sido realizada, muitas vezes é a única possibilidade que estas gestantes têm de acesso e cuidado.

Quanto à puericultura, esta é realizada tanto pelo médico como pela enfermeira. No decorrer da etnografia compreendi que logo que o bebê nasce, a equipe de saúde da família se dirige, na primeira semana, à casa da criança para fazer o cadastro e auxiliar a família quanto à amamentação, vacinação, primeiros cuidados e acompanhamento na Unidade de Saúde. Posteriormente as consultas são mensais e tendem a ir se espaçando até os dois anos de idade.

Quanto à forma como a puericultura é realizada pelos profissionais da Unidade de Saúde, a cena apresentada abaixo ilustra esses atendimentos.

Hoje no período da tarde ocorreu a puericultura. Entramos na sala com uma mãe jovem, simpática e sua bebê de 8 meses. Até então o acompanhamento tinha sido mensal. O médico questionou se estava tudo bem, se alguma coisa estava acontecendo e a mãe relatou sobre as fezes da criança terem mudado. O médico conversou, orientou sobre a alimentação e disse que caso não melhorasse era para voltar para atendimento. Em seguida já na maca, pediu que a mãe retirasse a roupa da criança. Ouviu os batimentos cardíacos, pulmão, mediu sua altura, perímetro encefálico, pesou, conferiu se tinha assaduras. Ao medir a criança, a mãe comemorou o aumento de tamanho, 2 cm a mais, e aí ela me contou que a criança era prematura, nascendo de 32 semanas. Após essa etapa, o médico perguntou à mãe se a criança tem tido tosse, secreção nasal, febre. Esta relatou que não. Enquanto o médico fazia anotações no prontuário me senti à vontade para conversar com ela, que relatou que a criança estava quase engatinhando. Antes de finalizar, o médico perguntou se ela dormia na mesma cama que o bebê. A mãe relatou que não, que ele ficava no berço e, então reforçou que isso é importante para que não ocorram acidentes. No atendimento seguinte de bebês gêmeos, os mesmos procedimentos foram realizados. Assim como na primeira consulta, o médico a esclareceu que tudo estava dentro do esperado e que eles têm se desenvolvido bem. Dúvidas foram tiradas a respeito de cólicas e leite materno uma vez que mãe estava preocupada em conseguir suprir as demandas nutricionais de dois bebês, ao mesmo tempo.

Havia na sala de espera uma criança de quase dois anos para passar pela puericultura com o médico. Na sala, após os mesmos procedimentos serem adotados e já para finalizar a consulta, a mãe trouxe a demanda de que a criança não aceitava comida e só bebia leite. O médico ouviu e diz que é um comportamento aprendido, pois a mãe deve oferecer leite em troca das refeições. Ainda que a mãe tentasse argumentar dizendo que não era isso que ocorria, o médico pouco acolheu e ainda, sutilmente, a culpabilizou. Preocupada e aflita, ela continua dizendo que não só ela, mas as pessoas com quem convive tem notado que a criança além de não se alimentar de maneira adequada, tem quedas constantes, como se estivesse perdendo os movimentos já adquiridos, porém o médico não fez a escuta ou deu

continuidade a conversa. Finalizada a consulta me senti no dever ético de conversar com o médico quanto a essa queixa da mãe, indo além da posição de pesquisadora. Comentei que não são comuns essas quedas relatadas pela mãe e, caso ele considerasse necessário, poderíamos pensar em como avaliar conjuntamente a criança. Ele ouviu, porém, relatou que não era necessário.

Atualmente³⁵, considera-se a puericultura enquanto uma área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, objetivando garantir o pleno desenvolvimento da criança, de modo que atinja a vida adulta sem prejuízos decorrentes de comprometimentos na infância (RICCO; DEL CIAMPO, 2005).

Observa-se que a prioridade da puericultura concentra-se na saúde e não sob enfoque da doença, sendo que para que seja desenvolvida em sua plenitude, o profissional deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com os contextos aos quais se desenvolve, tais como o econômico, histórico, político e cultural. Segundo os autores, considerar a criança nesta perspectiva ampliada é fundamental pois as ações médicas, tendem a refletir sobre o seu meio social a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações não serão efetivas (RICCO; DEL CIAMPO, 2005).

Porém, a partir dos resultados identificados no presente estudo e da literatura atual sobre o tema, identifica-se um distanciamento do que teoricamente se compreende por puericultura e como de fato esta tem sido realizada na prática, na medida em que, apesar do enfoque da prevenção e promoção da saúde, se restringe basicamente aos aspectos biológicos como peso, altura, presença ou ausência de doenças, não abarcando outras dimensões do desenvolvimento e dos contextos de inserção da criança, conforme apresentado nas cenas anteriores.

³⁵A literatura aponta que até meados do século retrasado, compreendia-se que a puericultura não era mais do que um conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, que era passado de mãe para filha ao longo dos tempos. Posteriormente, quando a pediatria assumiu este campo, foi sendo transformada gradativamente em uma ciência de fato, de forma ampliada tanto em relação as ações realizadas quanto a faixa etária (BROSCO, 2001).

Importa refletir sobre a necessidade de abranger, por exemplo, outras dimensões do desenvolvimento como aspectos motores e socioemocionais, uma vez que ao abordar esses aspectos seria possível identificar possíveis fatores de risco e atuar precocemente. Observa-se que na caderneta de saúde da criança há espaços para o registro do acompanhamento do desenvolvimento da criança que vão além do registro do crescimento, o que não foi possível identificar nas consultas acompanhadas na Unidade de Saúde, por exemplo.

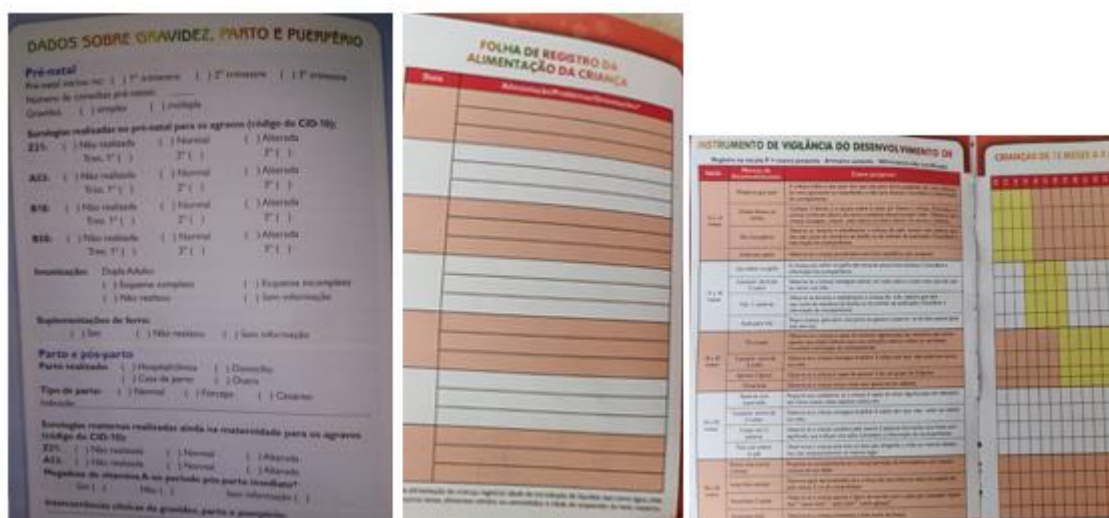
Apointa-se que esta mesma realidade de uso restrito tem sido presente nas Unidades de Saúde, muitas vezes justificadas pelo alto fluxo de atendimento e acompanhamento, formação deficitária do profissional e demandas relativas as atividades de gestão que o enfermeiro tem que assumir, o que acaba limitando a assistência ao público (AMORIM et al., 2018).

A título de exemplo, seguem duas ilustrações de cadernetas de saúde (menino e menina), preenchidas em Unidades de Saúde, onde evidencia-se que as seções são focalizadas e as lacunas existentes.

Figura 18: Seções preenchidas da Caderneta de Saúde da Criança: dados do recém-nascido, exame do pezinho e vacinação.



Figura 19: Seções não preenchidas da Caderneta de Saúde da Criança: dados sobre a gravidez, parto e puerpério; alimentação da criança e vigilância do desenvolvimento.



Em uma outra perspectiva, nas cenas apresentadas identificou-se que apesar das preocupações e demandas de uma mãe quanto a saúde e desenvolvimento de sua criança, ela pouco foi acolhida pelo profissional responsável. Assim, em situações como esta, me questionava como as famílias lidariam com a dificuldade apresentada, uma vez que o único lugar de acesso e de cuidado à saúde, onde a família se vincula, pouco acolheu ou respondeu suas demandas. Como seria conviver diariamente com a incerteza e medo de que poderia ter algo de errado com desenvolvimento do seu filho e não ter onde recorrer ou procurar por orientação?

Entende-se que são os profissionais que acompanham as crianças desde o nascimento e ao longo dos anos, que estão expostos aos estágios iniciais dos problemas de saúde. Assim, eles se encontram em uma posição privilegiada para fazer o acompanhamento e identificar a demanda conforme a criança cresce e se desenvolve (GOMES et al., 2015). Porém, no estudo de Gomes et al. (2015), que buscou compreender sentidos e significados sobre saúde mental infantil (SMI), ainda que tenha sido realizado apenas com médicos, os autores identificaram que o foco do atendimento dirigido as crianças e recém nascidos são os problemas de saúde, de forma que os relatos apontam que estes profissionais não fazem puericultura, deixando a cargo da enfermeira, e assumem apenas demandas relativas a doenças existentes.

No presente estudo evidenciou-se que apesar da puericultura ser realizada tanto pelo profissional da enfermagem como o médico, há fragilidades, uma vez que tendem a negligenciar alguns aspectos e demandas relativas ao desenvolvimento da criança, do contexto em questão e da saúde mental, que certamente podem vir a causar prejuízos ou comprometimentos futuros. Pode-se criar a hipótese que a forma como este

programa tem sido aplicado nas Unidades, enquanto um programa mínimo de assistência ao recém-nascido e da criança até os dois anos, é bastante limitada uma vez que os profissionais pouco abordam e consideram o contexto de vida da criança, apresentando desconhecimento sobre, por exemplo, sua condição de moradia, relações e vínculos familiares, assim como foi verificado também nas ações do pré-natal.

Além dos programas e estratégias específicas voltadas à infância e adolescência, no decorrer da etnografia pude me aproximar de outras ações na ABS como as visitas domiciliares, reunião de equipe, que de alguma forma perpassaram mais diretamente pelo campo da saúde mental e do sofrimento psíquico de crianças e adolescentes. Nessas, foram identificadas dificuldades relativas à não compreensão do campo pelos profissionais, falta de interesse dos mesmos em reconhecer as demandas do território e fragilidades na articulação da rede e no matriciamento. Para além das dificuldades, reconheceu-se também as potências no cuidado ofertado, principalmente quando se trata da figura dos ACS.

Sobre as ações existentes na Unidade de Saúde e voltadas aos adolescentes, foi identificado também um enfoque biomédico semelhante às ações dirigidas as crianças e, quando existentes, abarcam apenas os métodos contraceptivos.

Tal realidade é confirmada por Soares (2007) quando aponta que o campo tradicional da saúde compreende a adolescência a partir de uma perspectiva puramente biológica, sendo que as questões relativas à puberdade e transformações fisiológicas têm prevalecido como alvo das práticas.

Do mesmo modo, a lógica higienista adotada nos séculos XIX e XX, tende a justificar a centralidade das ações voltadas a essa população, uma vez que ainda hoje se faz presente, com o foco na gravidez na adolescência, controle da natalidade e proliferação de doenças como o HIV.

Cotidianamente eu presenciava adolescentes se aproximando do balcão com seus cartões e alguns diziam que era dia de “injeção”³⁶. Sozinhos ou acompanhados por algum responsável, prontamente a auxiliar de enfermagem os conduzia até a sala de vacinação e em seguida saiam pela porta da Unidade. Para além dessas situações, eu não os via na Unidade e as vezes sequer ouvia suas vozes.

³⁶ Método contraceptivo.

Nos raros momentos em que pude ter contato com essa população, foi possível verificar que o acolhimento das demandas é frágil, criando uma barreira para acesso à Unidade de Saúde, conforme identifica-se nesta cena:

Próxima do balcão uma adolescente relatou uma dor na lombar e com certa imaturidade solicitou uma medicação. A auxiliar de enfermagem, olha para garota com estranhamento a seu pedido, e sem acolhê-la, apenas diz que ela não podia prescrever, quem fazia isso era o médico. Além disso, não realiza uma escuta frente a demanda e, nem orientou sobre como deveria proceder nessa situação. A própria adolescente saiu em busca de um médico pelo corredor.

Ainda no que tange a adolescência, pude acompanhar alguns casos que chegavam à Unidade de Saúde. Uma das situações levadas para reunião de equipe, na qual alguns profissionais relataram as dificuldades vivenciadas na Unidade naquela semana devido ao comportamento inadequado de uma adolescente. Pelos relatos, a adolescente de 16 anos havia chegado pela manhã na Unidade querendo passar por consulta. Ela se debruçou no balcão e ali ficou por três horas. De acordo com os profissionais ela estava alterada, reclamando e ninguém entendia o motivo. Ela queria falar com a enfermeira, porém, a mesma não estava na Unidade e, mesmo a dentista se disponibilizando para uma conversa, ela se recusou e ali permaneceu até decidir ir embora.

Nesse momento outros profissionais começaram a narrar cenas semelhantes envolvendo a mesma adolescente e algumas hipóteses surgiram, dentre elas, a de que a garota tinha uma doença mental, conforme nomeado pela equipe.

Abri uma discussão com a equipe visando dimensionar e compreender melhor essa menina e seu contexto de vida. Porém, a equipe quase não tinha informações e não conheciam ao certo a família. Assim, o ACS responsável pela região se dispôs a uma visita e pediu que eu o acompanhasse já sinalizando que a conversa não seria fácil, pois ela era muito difícil. Novamente foi a figura do ACS que se envolveu no cuidado, se disponibilizando a fazer o acompanhamento.

Marcamos um dia e fomos até a casa da adolescente, que se localiza bem próxima à Unidade. Sentada em frente a um barzinho estava ela com sua filha em um

carrinho de empurrar. Me apresentei e começamos a conversar, a princípio sobre a bebê. Ela foi bastante receptiva.

A bebê tinha dois anos e muitos comprometimentos motores, problemas de dor no ouvido e bronquite. A jovem se queixava de que sempre a levava aos médicos, mas nunca descobriam o que tinha no ouvido.

Ela me disse que estava esperando o Uber para levá-la a fisioterapia. Perguntei sobre o acompanhamento da criança com pediatra e ela me informou que raramente ia e que é em outra Unidade.

Durante a conversa falamos sobre a escola, namoros, vida cotidiana de uma mãe tão jovem com uma criança pequena e com deficiência³⁷. A adolescente me contou sobre a falta de perspectiva na escola, falta de amigos. Além disso, me disse sobre suas preocupações com sua saúde, devido a problemas ginecológicos e alérgicos. Nesse momento, ela levanta parte da blusa e do short e seu corpo estava marcado por vergões e hematomas.

Questionei sobre os acompanhamentos que faz e ela me disse que apesar de ter procurado por ajuda inúmeras vezes, os médicos não conseguem resolver e que a medicação pouco melhora. Relata que foi uma alergia após uma ida a uma cachoeira há meses.

Além disso, me conta que a falta de assistência e problemas de saúde são recorrentes. Narra sobre um sangramento constante e um possível tumor no útero, que chegou a ser agendado a cirurgia, mas que os exames tinham sido trocados. A adolescente continua dizendo do medo e insegurança que passou no último ano, devido a esse problema, e que continua com sangramentos constantes. Tentei acolher suas demandas enquanto o ACS ouvia e acompanhava a conversa. Eram muitas dificuldades cotidianas vivenciadas, assim como, responsabilidades.

Ela estava à vontade na minha presença e muito diferente do que a equipe relatara, estava bastante disponível, bem-humorada. Agradei a conversa e me coloquei à disposição caso precisasse. A ideia era abordar, com o ACS, o caso para a equipe.

Em reunião de equipe o ACS relatou sobre a visita na casa da adolescente. Ele contou a história dessa adolescente, de forma a mostrar à equipe que a adolescente não tinha um problema de saúde mental, mas para que considerássemos seu contexto, seus problemas de saúde e o quanto era difícil para ela lidar com tudo isso apenas com 16

³⁷ A criança teve compleições no nascimento que resultaram a uma paralisia cerebral.

anos. Quase todos da equipe estavam bastante abertos e compreensíveis diante da realidade apresentada. Tentamos conduzir a apresentação do caso, esclarecendo e envolvendo outros profissionais na discussão e no planejamento da intervenção.

Foi importante esse diálogo e compartilhamento com a equipe, alguns profissionais se surpreenderam com a situação que era desconhecida pela equipe e passaram a se envolver, fazendo proposições e traçando possibilidades de acompanhamento dessa jovem. Juntos decidiram que a enfermeira seria a referência para esta menina, pois era quem tinha maior contato, e que semanalmente a traria para unidade para acompanhamento. Além disso, fariam o contato com o pediatra que acompanha a criança e o serviço especializado de fisioterapia. A consulta com a dermatologista também foi agendada no centro de especialidade médica.

Considera-se que a partir de uma disponibilidade interna e mobilização do ACS frente a essa situação, o envolvimento da equipe com o caso dessa adolescente e o movimento de mudança e transformação de um cuidado, que até então era inexistente, o processo etnográfico não só afetou a pesquisadora, assim como o contexto foi afetado por sua presença. A etnografia de certa forma, possibilitou que a pesquisadora contribuísse com o contexto em questão, ainda que indiretamente.

A fim de exemplificar as mudanças e transformações que ocorreram a partir da minha inserção etnográfica, onde o contexto também é afetado pela presença da pesquisadora, tem-se a construção coletiva do “cantinho da criança”.

A partir de uma solicitação da gestora à equipe em organizar um espaço na Unidade em que as crianças pudessem esperar brincando enquanto aguardavam os atendimentos, pude reforçar a importância de espaços como estes para o cuidado à essa população. Fomos em busca de arrecadar brinquedos e, após algumas semanas já tínhamos brinquedos suficientes para atender dos bebês até as crianças maiores. A partir da construção deste espaço, crianças passaram a brincar diariamente entre uma consulta e outra e, a cada dia chegava crianças do território apenas para brincar.

Retomando, a situação anterior relativa ao caso da adolescente, outra cena vivenciada nesta etnografia faz novamente soar o alarme sobre o distanciamento desse público e até aversão à Unidade de Saúde. Certo dia em conversa com uma adolescente no território, ao questioná-la sobre o acesso a Unidade de Saúde, ela me relata:

- Deus me livre precisar do posto! Eles não respeitam a gente, são mal-educados. Só se eu estiver morrendo mesmo e não tiver jeito vou até lá.

Teve um dia que precisava me informar sobre a pílula do dia seguinte, pois estava com receio de tomar, mas preferi falar com uma pessoa conhecida para me ajudar, do que ir o posto de saúde.

Estes dados também foram identificados no Estudo I, onde revelou-se que as ações destinadas aos adolescentes, se limitam em ações normativas, programáticas de prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

Com o tempo e o reconhecimento da minha figura de pesquisadora na Unidade de Saúde, enquanto alguém do campo da saúde mental infantojuvenil, alguns casos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico começaram a ser identificados no território e, aos poucos, a equipe foi se aproximando para o diálogo, resultando em ações e práticas de cuidado que aconteciam sob meu intermédio. A título de exemplo, a equipe passou a reconhecer algumas crianças e adolescentes que frequentavam a Unidade e que apresentavam sofrimento psíquico, de forma que a partir da identificação dessa população, começaram a propor um acompanhamento às famílias. Além disso, quando as demandas de saúde mental chegavam, estas passaram a ser acolhidas pela equipe, com uma escuta qualificada.

Ressalta-se que a realidade foi sendo minimamente transformada, de forma que as demandas de saúde mental infantojuvenil passaram a ocupar um outro lugar, de reconhecimento e possibilidades de cuidado, o que até então era inexistente.

Lembro-me do dia em que apresentei minha pesquisa à equipe, e que os profissionais já sinalizaram que não tinham conhecimento e nenhuma aproximação com a saúde mental infantojuvenil. Aos poucos fui notando que a minha presença na Unidade começou a mobilizar e direcionar o olhar de alguns profissionais à essa população e suas demandas, que até então eram desconhecidas. Para além da visibilidade dada às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, os profissionais passaram a se responsabilizar também pelo cuidado. A cena seguinte elucida o início desse processo.

Em um dado momento do dia chega uma mãe para passar em consulta de rotina e uma ACS timidamente se aproximou de mim com a seguinte pergunta:

- Criança agitada entra na sua pesquisa?

Eu entendi que ela queria saber se essa população, se essa característica fazia parte do campo da saúde mental infantojuvenil.

Sendo assim expliquei a ela o que compreendia o campo em termos de principais demandas, o sofrimento psíquico, prejuízos no cotidiano, ao mesmo tempo conversamos sobre como ela compreendia ou percebia essa agitação apresentada pela criança. Seguimos a conversa e avançamos para os procedimentos e possibilidades de cuidado.

Identifiquei que a ACS, ainda que não tivesse dimensão do campo da saúde mental infantojuvenil, tinha no mínimo disponibilidade e interesse em se aproximar.

Nesse momento pude ter certeza que cada vez mais alcançava o meu objeto de estudo e que aos poucos ele estava se revelando no cotidiano da Unidade para a equipe.

Pela primeira vez pude notar a infância, adolescência e o sofrimento psíquico sendo focado naquele espaço e o melhor, a partir da iniciativa do profissional, sem eu ter que fazer grandes esforços, apenas estando presente.

Nestas cenas, novamente observa-se a disponibilidade interna da equipe diante das demandas que emergiam, assim como proposição de ações e compartilhamento, que permitiram dialogar, qualificar e transformar a realidade existente.

Em uma tarde tranquila, a ACS Neusa se aproximou perguntando se poderíamos conversar. Prontamente me disponibilizei e ela começou a contar que a dentista estava acompanhando uma criança de 4 anos e que a acionou para saber mais sobre a família e a criança.

Continuou relatando que durante o atendimento odontológico foram encontradas feridas na boca da criança as quais, segundo a avó, surgem após a criança se morder. A avó da criança estava acompanhando o atendimento relatou que esses comportamentos se evidenciaram após a separação dos pais e que são intensificados com o retorno da criança da casa do pai aos finais de semana.

Durante a conversa com Neusa, perguntei se havia outros comportamentos lesivos como este e tentei me informar mais sobre o caso, composição familiar, e relações estabelecidas.

Neusa diz que a criança também se belisca e “cutuca” a pele e, em seguida passa a me questionar quais condutas a serem tomadas diante de uma situação como esta, que ela acredita ser um caso de sofrimento psíquico.

Perguntei a ela o quanto a equipe conhece a família, os contextos que a criança circula e como ele se relaciona com a família, amigos, sinalizando a ela sobre a importância de primeiramente conhecer melhor esses aspectos, para poder entender quem era esse menino e os comportamentos apresentados. Nesse instante Neusa aponta que sabe pouco sobre a criança, e que conhece mais a avó. Pergunto a ela o que acha de fazer uma visita domiciliar e ela concorda e se disponibiliza, assim como solicita que eu a acompanhasse. Agendamos a visita para o dia seguinte.

Já eram 10 horas quando a agente me chamou para irmos à casa da criança. A apenas um quarteirão da Unidade, no beco, chegamos em uma casa sem reboco, com quintal de terra, simples e pequena. Na casa moravam avó, mãe, tia com mais de 20 anos com deficiência cognitiva, padrasto e tio. Fomos muito bem recebidas e, sentadas em uma mesa, começamos a conversar com a avó sobre a criança e sua família. Apesar de um contexto vulnerável, a avó se mostrava cuidadosa e presente.

Durante a visita foi possível identificar que a criança era tranquila, estava sempre brincando e pouco falava sobre o que sente ou o que o incomodava. No entanto, vinha apresentado esses comportamentos de se mutilar (mordendo a boca e formando feridas intensas, arranhando o rosto e ferindo a pele). A avó não sabia relatar muito sobre isso e, brevemente, falou sobre o pai, que o menino sentia falta por vê-lo apenas nos finais de semana ou quinzenalmente. Aponta também que a criança é muito afetiva, carinhosa e que por isso deve sentir muito a ausência do pai. Além disso, diz que alguns conflitos vêm ocorrendo entre o pai e a mãe, porém que sobre isso era melhor conversa outro dia, quando a mãe pudesse estar presente.

Juntamente com a ACS e após os relatos da avó, fizemos algumas orientações pontuais como a importância do afeto e cuidado, de evitar conflitos na frente da criança, de obter informações na escola sobre como a criança tem estado, observar o sono e alimentação, se algo mudou nessas atividades. Na saída da casa combinamos que levaríamos o caso para discutir com a equipe.

A reunião de equipe no dia seguinte iniciou-se com as devolutivas da semana e a agente comunicou sobre a visita domiciliar. Ela relatou o motivo da visita e conforme ela narrava as informações coletadas, fui tentando contextualizar aspectos importantes como a questão do desenvolvimento, saúde mental, função da ABS e da especialidade e da articulação da rede. O intuito era oferecer ferramentas para a compreensão do caso e estratégias de cuidado, assim como auxiliá-los a identificar outras demandas no território e pensar em estratégias de intervenção.

Naquele momento discutimos com a equipe e definimos algumas ações, como ir novamente à residência compreender aspectos que não estavam claros, mas desta vez com a mãe da criança; ir até a escola e acionar a equipe de matriciamento caso houvesse necessidade. Além disso, consideramos importante falar com a dentista (não estava presente na reunião), uma vez que ela recebeu a criança e tinha uma compreensão melhor não só das questões da saúde bucal, como de seu entorno.

Assim, a agente entrou em contato com a escola, conversou com a professora da criança, a qual descreveu uma criança calma, que brinca, se relaciona com outras crianças, aprende e é afetivo. Quanto a dentista, esta narrou o acompanhamento que faz com a criança, identificando que os comportamentos auto lesivos são antigos e que a criança já precisou fazer um procedimento no centro de especialidades odontológicas devido a esse problema. Além disso, relata que é uma família (mãe e avó) presente e envolvida com o cuidado.

Feita essa articulação com diferentes atores, marcamos um encontro com a mãe da criança. Esta jovem, preocupada com a criança, relatou todas as dificuldades vivenciadas com o pai da criança após a separação. Teve momentos em que se emocionava ao falar da criança, um choro de preocupação e afeto.

A agente acolheu-a durante a conversa, de forma respeitosa, atenta e ao mesmo tempo orientando-a quanto as necessidades de saúde da criança. Feito as orientações e encaminhamentos, acordou-se de acompanhar a família nos próximos meses para apoio.

Foi um momento muito interessante, pois era a terceira vez que eu e a agente estávamos juntas para abordar o caso e ela tem tido autonomia para conduzir a situação, assumindo a centralidade, com posturas e ações pertinentes, de forma a oferecer um cuidado acolhedor com escuta qualificada e orientação à família. Finalizada a conversa, sentamo-nos para pensarmos nas estratégias e depois falamos com a dentista e a enfermeira sobre o encontro e os encaminhamentos.

Observa-se a potência no cuidado ofertado e no papel assumido pela ACS, que mesmo sem formação no campo, pode conduzir a situação e realizar o acompanhamento dessa família a partir das ferramentas de cuidado da própria ABS. Além disso no decorrer desse processo, evidenciou-se o empoderamento dessa profissional ao assumir o caso, se envolvendo com a família, articulando-se com a rede e se corresponsabilizando pelo cuidado. A partir desse acompanhamento, foi possível aproximar a equipe do campo da saúde mental e outras situações foram emergindo.

Além dos casos acompanhados, outros momentos com ações importantes junto aos ACS ocorreram. Em uma das idas à Unidade de Saúde, como não havia maiores demandas eles me chamaram para conversar e tirarem dúvidas.

Fizemos uma roda de conversa e entramos na discussão sobre políticas públicas da ABS e saúde mental. Percebi que a maior parte deles não tinha acesso ou conhecimento sobre isso. Nesse momento pude abordar com eles, não só as políticas, mas também a história da assistência a essa população e as possibilidades de cuidado em diferentes equipamentos.

Foi um momento importante para trocarmos conhecimentos que tinham interesse, refletir sobre o campo da saúde mental infantojuvenil, assim como foi uma forma de oferecer ferramentas que auxiliassem no cuidado a essa população neste nível de atenção à saúde.

Considera-se que este momento foi uma das grandes potências da etnografia, uma vez que possibilitou aprofundar, aproximar e instrumentalizar minimamente os ACS, ao campo da saúde mental infantojuvenil. Emerge a hipótese de que muitas das dificuldades e limites vivenciados no campo, no que tange ao cuidado prestado a essa população, é devido ao distanciamento dos profissionais com o campo, o que inclui a falta de informação e matriciamento. Assim, torna-se fundamental investir na formação e qualificação dos profissionais da ABS, de forma que possam responder as demandas do território, dentre elas a do sofrimento psíquico.

Neste estudo identificou-se uma disponibilidade da equipe, principalmente dos ACS, de forma que a partir daí foi possível aproximar os mesmos do campo da saúde mental infantojuvenil e das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o que considera-se ser um fator importante para o profissional começar a ter uma afinidade com o campo.

Aponta-se que este processo narrado por meio do Estudo II é uma confirmação das hipóteses levantadas a partir dos resultados obtidos no Estudo I. Ou seja,

para que o campo da saúde mental infantojuvenil tenha visibilidade e espaço dentro da Unidade de Saúde, por meio de proposição e ações dirigidas a esse público, é fundamental que os profissionais tenham um mínimo de afinidade com o campo, sendo que esta pode se dar a partir da formação profissional, matriciamento, aproximação com os casos, disponibilidade interna, entre outras.

Ainda que vivenciasse momentos como este, de disponibilidade e interesse, havia aqueles profissionais que se mantinham distantes e pouco se envolviam. Além disso, a não participação nas discussões, ou mesmo os que se faziam presentes com discursos endurecidos evidenciavam a falta de interesse quando se tratava deste campo.

Após uma visita domiciliar na casa de uma criança que apresentava sofrimento psíquico, realizada pelo ACS e por mim, fomos dar a devolutiva à equipe sobre como havia sido a visita e, apesar de alguns ouvirem, não foi o mesmo posicionamento de todos. Tentei trazer a equipe para a responsabilização do caso, principalmente o médico que já conhecia a criança, porém este não se pronunciou, permanecendo no celular.

Nesta direção, profissionais também apresentavam condutas inadequadas e muitas vezes violentas na própria Unidade de Saúde, assim como outras cenas já foram identificadas e apresentadas nos capítulos anteriores, em diferentes contextos de cuidado.

Enquanto aguardava o final do dia, chegaram quatro crianças que estavam na quadra para brincar no cantinho das crianças na recepção. Eu os observava e refletia sobre a potência que este espaço tem assumido para aquelas crianças, que diariamente tem frequentado, porém elas foram interrompidas brutalmente pela auxiliar de limpeza, que culpava e acusava uma delas pelo roubo de uma boneca no dia anterior. Uma discussão entre a auxiliar e a criança se iniciou em meio a defesas e acusações. A abordagem foi feita de forma muito desrespeitosa e agressiva, expondo a criança para a equipe, famílias que aguardavam e para outras crianças. A menina saiu de lá brava e negando a acusação. Os profissionais continuaram sua rotina como se nada estivesse acontecendo.

Como já apontado em capítulos anteriores as crianças e adolescentes vivenciam constantemente situações de violência, desigualdades e exclusão social, mesmo em espaços ditos como de cuidado. Era comum cenas como esta apresentada, de forma que a invisibilidade se sobressaía, evidenciando a violência estrutural vivenciada por essa população. Sempre me questionava qual o lugar dessa população no território? A invisibilidade se fazia presente em todos os lugares e as poucas oportunidades e potências eram quase sempre tragadas pela naturalização da violência, sob todas suas formas.

Para além das ações desenvolvidas na Unidade, quando se trata do cuidado às crianças e adolescentes, em rede intra e intersetorial e o matriciamento das equipes, essas dificuldades e fragilidades também se evidenciavam.

Muitas vezes durante as reuniões de equipe as situações abordadas demandavam uma articulação com a rede do município. Porém, se esbarravam em questões estruturais e relacionais que limitavam suas ações. Como exemplo, certo dia os ACS trouxeram um caso em que eles fizeram busca ativa e identificaram a necessidade de articular com o CAPSad, pois se tratava de uma família onde havia um casal de usuários de drogas que acabavam por negligenciar o cuidado dos filhos. Porém, ao tentar essa articulação, o profissional de referência no CAPSad solicitou o encaminhamento da família, ainda que o ACS argumentasse que apenas o encaminhamento não garantiria o acesso ao CAPSad, uma vez que a família sequer consegue chegar na Unidade de Saúde que se localiza a três quadras da residência. E assim, as articulações com os serviços se encerravam nessas barreiras que para além das físicas, envolviam a compreensão da complexidade e realidade do território e condições sociais, econômicas e de saúde, como também a disponibilidade da equipe.

Nesta direção, identificou-se também dificuldade no matriciamento realizado na Unidade de Saúde pelas equipes do CAPSij e CAPSad.

Chegaram dois profissionais, um do CAPSij e outro do CAPSad. Eles disseram que vieram para o matriciamento, porém a equipe não estava sabendo. Não houve interesse e presença da equipe para esta atividade, de forma que apenas um agente comunitário e a dentista se juntaram a eles. A profissional do CAPSij trouxe o caso de um adolescente do território e queria entender melhor como ele estava, pois havia chegado no CAPSij e de acordo com a equipe deste equipamento não deveria estar

lá. O agente falou brevemente sobre o garoto e começou a questionar sobre o matriciamento, função, objetivos, relatando que não gosta, pois não há efetividade. Relatou que o território e todos os problemas que enfrentam são devido ao uso de drogas. Nesse momento ele foi interrompido e corrigido pelo matriciador que na verdade não era a droga e sim um problema de vulnerabilidade social. A discussão se prolongou e parecia mais um conflito pessoal entre ambos e de relações do que um matriciamento ou estratégia de ação. A profissional do CAPSij interrompeu a conversa e disse que estava ali para ajudar a equipe a resolver os casos e dificuldades e que nesse momento só precisava saber desse menino, para dar satisfação à justiça e continuou dizendo que eles trabalhavam com a saúde e não com questões sociais. Enfim, passada pouco mais de meia hora a profissional colheu as informações e terminou o matriciamento, permanecendo no limbo as discussões e demandas colocadas pelo agente.

Segundo Campos (2018), o SUS vem se ordenando a partir de uma lógica de trabalho compartilhado, em equipe, com apoio matricial e em redes de cuidado. Contudo, evidenciou-se neste Estudo que, mesmo quando o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes tenha em algum momento visibilidade, chegando a acionar componentes da rede, ainda assim não há lugar para eles. O que se tinha era um abandono dessas vidas e não da compreensão, de forma que os raros momentos e possibilidades de compartilhar e se corresponsabilizar pelo cuidado foram perdidos diante de posicionamentos limitados, pautados nos problemas de saúde, nas dificuldades de relação entre as equipes e da complexidade nos casos acompanhados no território.

No entanto, apesar das fragilidades identificaram-se algumas potências e estas se relacionam principalmente com as ações realizadas pelos ACS, conforme já apontado anteriormente. Assim, identificou-se que são estes profissionais que têm mais abertura, interesse e se envolvem diretamente com o cuidado no campo da saúde mental infantojuvenil.

Apesar da equipe estar fragilizada e ser constantemente afetada pela realidade vivenciada naquele território, seja pelas recorrentes situações de violência, carência de recursos, valorização profissional e até mesmo sentimento de “abandono”, há disponibilidade e investimento nas ações mencionadas.

Resultado semelhante foi encontrado no Estudo I, o que implica não só no reconhecimento dos ACS, mas também na relevância de maiores investimentos junto a estes profissionais, conforme se observa na cena abaixo.

Em uma das devolutivas repassadas em reunião sobre o caso de uma criança em sofrimento psíquico, observei que a ACS estava bastante envolvida com o caso, compreendendo a complexidade e conseguindo tocar a equipe positivamente, uma vez que pode dimensionar os aspectos contextuais, familiares, que estavam envolvidos com o sofrimento apresentado pela criança, com muita sensibilidade. Os agentes têm se envolvido com as situações, inclusive com colocações e percepções bastante importantes durante as reuniões e ações territoriais que tenho acompanhado com eles.

Assim, ressalta-se que de certa forma as ações que envolveram diretamente o cuidado à saúde mental infantojuvenil contaram com a presença e interesse majoritariamente dos ACS.

Cabe uma discussão neste momento referente ao território em questão e os problemas sociais enfrentados, seja pela população ou pelos profissionais, e a relação com os processos de cuidado, de saúde e saúde mental e toda a violência estrutural a que essa população está sujeita.

Assim, é preciso salientar os aspectos macropolíticos envolvidos. Segundo Frutoso et al (2015), no debate contemporâneo em torno dos problemas sociais manifestados nas cidades, apresentam-se novos e velhos temas: a globalização financeira, a urbanização e a metropolização crescentes, a existência de segmentos da população afastados do mundo do capitalismo globalizado, a segregação, a desigualdade, a exclusão e a pobreza.

As condições de vulnerabilidade configuram-se em obstáculos ao desenvolvimento humano, de forma que a globalização acabou criando um ciclo vicioso com aumento da desigualdade que leva à pobreza e à exclusão social e, conseqüentemente, impactam nas condições de vida e saúde dos sujeitos (COTA et al, 2007).

No que se refere à micropolítica do cuidado em saúde, compreende-se que o caminho seja a transferência do olhar do sujeito adoecido para o território, visando

promover uma assistência à saúde complexa e longitudinal, conforme proposto pela clínica ampliada, buscando extrapolar para além da dimensão individual, abrangendo também aspectos coletivos e contextuais (MOTA; VINCENTIN, 2017).

Apesar dos avanços no desenvolvimento de arranjos e dispositivos de gestão e atenção que potencializam a articulação entre equipes de saúde e usuários, é indispensável reconhecer a importância de aprimorarmos tecnologias sociais e de cuidado que fortaleçam a dimensão criativa do trabalho em saúde (SOUZA, 2018). Tal dimensão precisa ser suficientemente plástica para vincular-se às dinâmicas próprias de cada território, incluindo movimentos de proteção às violências e associação aos movimentos vivos e inventivos da comunidade. Essa dimensão não precisa partir, necessariamente, de modelos estruturados pela gestão.

Para tanto, é necessário que as Unidades de Saúde possam compreender o cuidado territorial a partir das necessidades de saúde da população, a qual certamente abrigará os determinantes sociais, como condições de moradia, desemprego e pobreza, ampliando o cuidado em uma perspectiva de promoção da saúde e não somente voltada aos problemas de saúde, conforme já sinalizado no Estudo I. Tendo em vista essa transformação, haveria um deslocamento das ações puramente clínicas, biomédicas, medicalizantes e seletivas, conforme têm sido enfocadas nos principais programas ministeriais e adotadas como objeto de intervenção na Unidade de Saúde.

A noção de vulnerabilidade vem sendo adotada no Brasil pelo Ministério da Saúde como um dos objetos de intervenção fundamentais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), produzindo mudanças profundas no modo de definir, identificar, intervir e priorizar a população a ser atendida, provocando efeitos diversos nas práticas dos trabalhadores e dos usuários de serviços de Saúde Pública no país (MOTA; VINCENTIN, 2017). Considera-se que a saúde é produzida nos espaços da vida e, portanto, deve-se priorizar aspectos políticos desse território, contextos afetivos e de significação no cotidiano, reconstruindo práticas de saúde (FRUTUOSO et al, 2015).

Assim, a PNPS propõe que os campos da saúde pública tornem visíveis os aspectos envolvidos no processo de saúde-adoecimento, levando em consideração as condições de vulnerabilidades, de forma a mobilizar, corresponsabilizar e articular diferentes setores, visando a construção de políticas públicas específicas às demandas sociais, como as daqueles invisibilizados e excluídos (MOTA; VINCENTIN, 2017).

Compreende-se, especificamente no campo da saúde mental, que o reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos é extremamente importante, na

medida em que pode e deve ser integrado na formulação de políticas numa perspectiva de Saúde Pública, contribuindo deste modo para melhorar a saúde mental das populações (ALVES; RODRIGUES, 2010). Ao identificar e reconhecer a importância e a influência desses determinantes sociais, espera-se que as ações de cuidado sejam transformadas e ressignificadas, efetivando o que é proposto pelas políticas públicas, mas principalmente tendo alcance e resolutividade nas condições de saúde da população.

A partir do meu olhar de pesquisadora e trabalhadora do campo da saúde mental infantojuvenil no decorrer da etnografia, o cuidado à saúde mental infantojuvenil perpassou indiretamente por ações no âmbito da prevenção e promoção à saúde da criança, ainda que com algumas limitações e fragilidades. Além disso, foi possível aproximar as especificidades do campo da saúde mental da ABS nos momentos de discussão dos casos, reuniões de equipe, articulação com a rede e matriciamento.

Compreende-se que mesmo as ações de vigilância do desenvolvimento identificadas no presente estudo, rebatem na saúde mental. Porém, é preciso avançar muito, uma vez que esse reconhecimento não é compartilhado pelos profissionais da ABS, assim como tem tido pouco alcance da literatura.

XII CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou identificar as concepções de saúde mental infantojuvenil adotadas pelos profissionais, assim como compreender de forma aprofundada a realidade da saúde mental na ABS e revelar os desafios, perspectivas e potências neste nível de atenção à saúde.

Desta forma, adotou-se como delineamento a Triangulação de Métodos, sendo realizados dois estudos complementares de modo a serem alcançados os objetivos.

O primeiro, *Estudo I - Mapeando o cuidado em Saúde Mental infantojuvenil em municípios do Estado de SP*, contou com a participação de 53 gestores de Unidade de Saúde de sete municípios do Estado de São Paulo.

Os resultados advindos do Estudo I permitiram identificar que apesar dos participantes apresentarem uma concepção ampliada de saúde mental infantojuvenil, o cuidado pouco tem se efetivado na prática, por diferentes motivos, dentre eles a formação profissional, falta de proximidade com o campo e, conseqüentemente, falta de afinidade, carência de recursos humanos e estruturais, entre outros. Nesta direção, os resultados evidenciaram que o reconhecimento e identificação de crianças e adolescentes com demandas de saúde mental ocorrem prioritariamente pela rede de cuidados como escola e equipamentos sociais especializados, apesar da dificuldade em efetivar o trabalho em rede e intersetorial.

No âmbito do cuidado à saúde mental infantojuvenil, os participantes do Estudo I não reconhecem as ações e estratégias existentes nas Unidades de Saúde como importantes para o cuidado a essa população, como por exemplo, a puericultura e os diferentes grupos, e na maioria das vezes apontam para fragilidades estruturais e de recursos humanos que limitam o cuidado prestado nestes equipamentos. Assim, pautam o cuidado a partir dos problemas de saúde, das especialidades e dos encaminhamentos aos CAPSi.

A partir dos resultados do Estudo I sugere-se um maior investimento em pesquisas nesse campo que se debrucem a compreender o cenário das Unidades de Saúde, no que se refere ao cuidado que tem sido ofertado as crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, assim como os possíveis fatores que tem sido limitantes para o desenvolvimento e proposição de ações na ABS.

Já o segundo, *Estudo II – Um olhar sobre a realidade, desafios e potências implicadas no cuidado em saúde mental infantojuvenil no território*, caracterizado como

uma etnografia, buscou aprofundar os dados obtidos no primeiro estudo a partir da realidade de uma Unidade de Saúde. Uma vez que foi possível ter um maior dimensionamento do quanto os determinantes sociais e aspectos contextuais estão implicados no cuidado que tem sido proposto nas Unidades de Saúde em territórios de extrema vulnerabilidade.

O estudo foi realizado em um dos municípios participantes da primeira etapa e consideraram-se como participantes e colaboradores os profissionais da equipe e membros da comunidade em que a pesquisadora esteve envolvida.

Apesar dos objetivos do Estudo II não envolverem a implementação de ações e estratégias de cuidado voltadas à infância e adolescência ou à saúde mental infantojuvenil, o acompanhamento e desenvolvimento das mesmas permitiu dar visibilidade a este campo para a equipe que, anteriormente, não o acessava. Por meio das pequenas mediações nos casos que chegavam, assim como nas reflexões em rodas de conversa e diálogos levantados foi possível concretizar com a equipe ações que perpassam o campo da saúde mental infantojuvenil. Espera-se que apesar de pontuais, essas mediações, possam ser significativas o suficiente para que eles consigam não só identificar as demandas, como também ter um olhar ampliado e sensível a essa população e, quando necessário, saber intervir e traçar estratégias de cuidado.

A saúde mental infantojuvenil já estava fortemente presente de diferentes formas no território adscrito à Unidade de Saúde e, aos poucos, foi sendo explicitada no decorrer dos encontros e relações estabelecidas, uma vez que as situações abordadas em reunião, as histórias compartilhadas, e todos os outros dados etnográficos traçavam um contexto de intensa vulnerabilidade, violência, exclusão, desigualdade e possivelmente seria diante dessa realidade que a saúde mental infantojuvenil naturalmente emergiria.

Cabe ressaltar que muito da especificidade e do campo da saúde mental infantojuvenil, enquanto área e eixo específico para cuidado na ABS foi sendo redimensionado no decorrer da etnografia, assim como o papel da ABS, enquanto equipamento territorial, fundamental no processo de desinstitucionalização, foi sendo ressignificado.

Assim, buscou-se enfrentar o desafio de compreender a saúde mental, antes de tudo enquanto uma necessidade de saúde e, portanto, que a ABS responderia a esse cuidado enquanto uma política de atenção integral, territorial e não só da especificidade do campo.

Ademais, a partir dos resultados advindos de ambos estudos para além da dimensão da saúde, tensionou-se uma reflexão ampliada a partir também de uma dimensão histórico-social de como tem se constituído a infância e adolescência, a saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, o cuidado territorial principalmente em situações e contextos de tamanha vulnerabilidade social.

Por meio da pesquisa etnográfica, elementos fundamentais que perpassam o campo da saúde mental infantojuvenil na ABS, não só voltados ao campo da especialidade ou da saúde, foram valorizados e reconhecidos.

Considera-se que os resultados evidenciaram inúmeras fragilidades, como também potências, mas principalmente, a necessidade de maiores investimentos, para que se efetive e concretize o cuidado à saúde mental infantojuvenil, conforme apontam as diretrizes políticas de cuidado a essa população.

Nesta direção, identificaram-se potências e possibilidades que reforçam a importância de se continuar a investir neste campo, tanto no âmbito teórico, como político e assistencial. A título de exemplo, ressalta-se a PNPS (2014) e as possibilidades de contextualizá-la para o campo da saúde mental, assim como o fomento de estratégias de cuidado desta natureza, a formação e qualificação dos profissionais da ABS, o suporte e valorização da equipe, a sustentação do apoio matricial e a construção e articulação da rede intersetorial, entre outras.

Ainda que vivenciando um período histórico de ataques constantes aos direitos e políticas sociais, não basta a crítica ao governo e as suas propostas. É necessário avançar e, ao mesmo tempo em que se apontam os problemas do SUS e das cidades, sugerir estratégias de enfrentamento dessa realidade (CAMPOS, 2018).

A necessidade de se discutir os direitos e a democracia nos dias atuais tem sido urgente e se coloca para todos os profissionais engajados na luta pela democratização da saúde, uma vez que esta tem sido diariamente ameaçada em seus aspectos econômicos, políticos e culturais (FLEURY, 2018).

Apesar dos limites da pesquisa, em se tratando da amostra por conveniência no Estudo I (apesar dos critérios adotados) e do fechamento da Unidade de Saúde no Estudo II, entende-se que a forma como a pesquisa foi desenvolvida e os resultados encontrados resultou em importantes contribuições para o campo da saúde mental infantojuvenil, uma vez que poucos estudos têm abordado o cuidado neste nível de atenção à saúde e, em sua maioria, têm tido com enfoque apenas na atenção especializada.

Assim, o Estudo I por ser mais amplo pôde dar um dimensionamento mais geral, podendo evidenciar a realidade específica do estado de SP . Já o Estudo II pôde aprofundar os elementos advindos do primeiro, como também dimensionar aspectos específicos relativos ao território, contexto e implicações para o cuidado.

Nesta direção, recomenda-se para futuros estudos a possibilidade de investimentos neste campo, no sentido de dimensionar e refletir sobre toda a complexidade que é a atenção psicossocial para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em diferentes equipamentos da rede de atenção. Sugere-se o investimento em pesquisas que continuem debatendo e refletindo sobre o papel da ABS, no cuidado a essa população, assim como possam favorecer o cuidado nesse campo, principalmente em territórios de extrema vulnerabilidade, onde a violência, tráfico de drogas e escassez de recursos se fazem presentes, de forma a potencializar as ações de promoção da saúde, a partir do enfoque nas necessidades de saúde.

REFERENCIAS

ABRASCO. Contra a reformulação da PNAB: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>>. Acesso em 21 de dezembro de 2017.

ALCANTARA, M.A; ASSUNCAO, A.A. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 41, e2, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100202&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 set. 2018. Epub 22-Ago-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.

ALMEIDA, P. F. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Atención primaria de salud en Suramérica**. Rio de Janeiro: Isags-Unasur, 2015. p.155-194.

ALMEIDA, P.F.; FAUSTOII, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v.29, n.2, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, v.43, p.100-125, 1999.

ALVES, A.A.M.; RODRIGUES, N.F.R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010 .

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

ABRAMOVAY, M. **Escola e violência**. Brasília: UNESCO, UCB, 2002.

AMORIM et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciênc. saúde colet**, v.23, n.2, 2018

AMSTALDEN, A. L. F. et al. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.

ANTUNES, R. (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2006

ARAÚJO et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, n.67, v.6, p.1000-7, 2014.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2006.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

AUGUSTO, R.A.; SOUZA, J.M.P de. Efetividade de programa de suplementação alimentar no ganho ponderal de crianças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 5, p. 793-801, Oct. 2010 .

AVILA, C.F.D. O Brasil diante da dinâmica migratória intra-regional vigente na América Latina e Caribe: tendências, perspectivas e oportunidades em uma nova era. **Rev. bras. polít. int.**, Brasília , v. 50, n. 2, p. 118-128, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292007000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-73292007000200008>.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez., 2006.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M, organizadores. **Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 23: 117-38, 2003.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS G.J.; SALETTI FIÇHO, H.C.; FRANÇA JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S et al. organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 375-417.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1997.

_____. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008

_____. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M.M.A.; CHAGAS, M.I.O.; DIAS, M.S.A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, França e no Brasil. **Política & trabalho Rev. de Ciênc. Soc**, n.4, p.391-404, 2014.

BARBOSA et al. A Percepção de Pacientes sobre a Comunicação não Verbal na Assistência Médica. **Revista brasileira de educação médica**, n. 34, v.3, p. 363–370; 2010

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo**. Editora Vozes, 2014.

BEDRIKOW, R.; CAMPOS, G.W.S. **História da clínica e a atenção básica**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2015.

BEGNAMI, P.S. **Pelos olhos das crianças**: uma etnografia da favela do Gonzaga (dissertação). São Carlos: Programa de Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos; 2008.

BENICIO, L.F.S et al. Necropolítica e Pesquisa-Intervenção sobre Homicídios de Adolescentes e Jovens em Fortaleza, CE. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. spe2, p. 192-207, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600192&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212908>.

BEZERRA, I.C et al. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100061&lng=en&nrm=iso>. access on 26 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>.

BIONDI, K. **Junto e misturado**: uma etnografia do PCC. São Paulo: Terceiro nome; 2018.

BONFIM, I.G. et al. Matrix support in mental health in primary health care: a review of scientific papers and official documents. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.287-300, abr./jun. 2013.

BOVITO, A. B, **A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família**: a Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campos dos Goytacazes, RJ. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS. 2015.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Câmara dos Deputados**. Centro de Documentação e Informação, 1990a

_____. **Lei Nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde, 1996.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro, 2006b.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Ministério da Saúde** Gabinete do Ministro, 2008.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

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

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011B. 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde)

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Documento Base GT-PNVS (Portaria SVS nº 14, de 22/08/2013). 2013a

_____. Rede humaniza SUS. **Você conhece os cadernos de atenção básica?** Disponível em: <http://redehumanizasus.net/66051-voce-conhece-os-cadernos-de-atencao-basica/>, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015a. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Senado Federal. **Proposta de Emenda à Constituição nº 55, de 2016** - PEC do teto dos gastos públicos, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42176-saude-mental-veta-ampliacao-de-leitos-psiquiatricos-em-hospitais-especializados-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em 20 de dezembro de 2017a

_____. Portal da Saúde. **Quais as mudanças na atualização da PNAB?** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2433>. Acesso em 20 de dezembro de 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017c.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.595**, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, 2018.a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança** : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b. 180 p. : il.

BRASIL. VIVALEITE: programa une assistência social e segurança alimentar. Iniciativa promovida pelo Governo do Estado de São Paulo desde 1999 permite o atendimento a mais de 420 mil famílias, 2018C

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2019a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf>. 2019b.

BRASIL. VIVALEITE: manual de orientação para os responsáveis pelo projeto vivaleite no interior do estado de São Paulo, s/d.

BRAND, C.I et al. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 15, n. 1, mar. 2010. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17143>>. Acesso em: 03 jun. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i1.17143>.

BIONDI, K. **Junto e Misturado**: uma etnografia do PCC. Editora: Terceiro nome, 2010.

BIONDI, K. **Proibido roubas na quebrada**: território, hierarquia e lei no PCC. Editora: Terceiro nome, 2018.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200016>.

BRAGA, L.C et al. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, June 2010

BROSCO, J.P. Weight charts and well-child care: how the pediatrician became the expert in child health. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v.155, p.1385-9, 2001

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis (Rio J.), v.17, p.77-93, 2007.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. p. 177-201, 2005.

CAMPOS, C.E.A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n° 6, jul / set 2006.

CAMPOS, C.M.S; SOARES, C.B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200022&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200022>.

CAMPOS, G.W.S et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Pauli: Hucitec, 2008.

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**; n.34, v.3, 2018.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 115, p. 1177-1186, Dec. 2017.

CARVALHO, A. Crianças institucionalizadas e desenvolvimento: possibilidades e desafios. In: Lordelo, E., Carvalho, A. & Koller, S.H. (Eds.), **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**, vol. I, pp.19-44. São Paulo: Casa do psicólogo, 2002.

CARVALHO, L. de F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C da.; SECCO, F. V. L. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. saúde**

coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 829-840, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300829&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013>.

CASTRO, A.L.B.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA et al (orgs), **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

CAVALCANTI, N.F.; RIBEIRO, H. Condições socioeconômicas, programas de complementação alimentar e mortalidade infantil no Estado de SP. **Ver. Saúde e sociedade**, v.12, n.1, 2003.

CECCIM, B.R.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CECCONELLO, A. M; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003 .

CID, M.F.B.; **Saúde mental de escolares**: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção. 2011. Doutorado (Doutorado em Educação Especial)- Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. **Mundo Saúde**. v. 34, n. 1, p 73-81. 2010.

CID, M. F.; MATSUKURA, T. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 9 set. 2014

CHAMBORLEYRON, R. Jesuitas e as crianças quinhentistas no brasil. In: DEL PRIORI, M . **história das crianças no brasil** . 6 edição, São Paulo: Contextos Editora, 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Suplemento 1, p. 7-27, 2008.

CORBISIER, C. A reforma psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

COSTA, M.C.O et al . O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 5, p. 1129-1141, Oct. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232007000500010&lng=en&nrm=iso>. access

on 30 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500010>.

COLONNA, E. O meu trabalho do dia a dia: o cotidiano das crianças na periferia de Maputo. **Educação** (Porto Alegre), v. 41, n. 2, p. 189-201, maio-ago. 2018.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

COSTA, S.M et al . Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2147-2156, July 2013.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial- rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In P. Amarante (coord.), **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, p. 13-44, 2003.

COTTA, R.M.M. et al. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 278-286, 2007.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.4, p. 390-8, 2008.

COUTO, M.C.V; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 17-40, July 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652015000100017&lng=en&nrm=iso>. access on 31 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.

CREMONESE, G.R. et al. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 abr. 2019.

CRUZ, M.C.C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. 153f. Dissertação- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2009.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*, Washington, v.94, n.11, p.1864-1874, nov 2004.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. access on 03 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

DOWDNEY, L. **Crianças no tráfico: um estudo de caso de crianças em violência armada, organizada no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2003.

DEL PRIORE. M. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

DELAMARQUE, E.V. **Junta Central de Higiene Pública: vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates)**. 2011. 187 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011

DELFINI, P.S.S et al. Parceria entre Caps e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1483-1492, 2009.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 357-366, Feb. 2012 .

DELGADO, G.; JACCOUD, L.; NOGUEIRA, R.P. **seguridade social: redefinindo o alcance da cidadania**. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4347>, 2009.

DEMARZO, M.D.; LIMA, D.; TEBET, G.G.C. Um golpe contra a infância: direitos das crianças e cidadania em risco no Brasil contemporâneo. **Etr**, v. 2, n. 1, 2018.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIAS, C.C.N. **PCC. Hegemonia nas Prisões e Monopólio da Violência - Coleção Saberes Monográficos**. Editora Saraiva, 2012.

DIAS, F.W.; PASSOS, I.C.F. Transformações históricas da política de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil e em Minas Gerais. In: PASSOS, I.C.F.; PENIDO, C.M.F. **Atenção psicossocial para crianças e adolescentes**. Editora Zagodini, 2017.

DIMENSTEIN, M et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental. (online)**, v.3, n.5, p.23- 41, 2005.

DIMENSTEIN, M et al . O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 63-74, Mar. 2009.

ENGSTROM, E. M.; MOTTA, J.I.; VENANCIO, S. A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1461-1470, May 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501461&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00632016>.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FALAVINA, O.P.; CERQUEIRA, M.B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Rev Espaço Saúde**, v.10, n.1, p. 34-46, 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v10n1/Artigo%205%20-%20referente%20ao%2070-2008.pdf>.

FALEIROS, V.P.F. **História das políticas para a infância e adolescência no Brasil**. In: MINISTÉRIO DA AÇÃO SOCIAL; CENTRO DE EDUCAÇÃO ABERTA, CONTINUADA A DISTÂNCIA – CEAD-UNB. Fundação Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência. Brasília: 1995. 82 p.

FALEIROS JÚNIOR, R. G. ; BORGES, P. C. C. . A macrobioética e os direitos humanos: um caminho para o humanismo dialético. **Revista de Bioética y Derecho** , v. 26, p. 24-32, 2012.

FALKENBERG, M. B et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FATORI, D. et al. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p.3013-3020, 2018.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.(organizadoras). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.

FEFFEMANN, M. **Vidas arriscadas: um estudo sobre jovens inscritos no tráfico de drogas**. São Paulo: Vozes, 2006.

FELTRAN, G.S. Movimentos Sociais na Periferia de São Paulo: Narrativas da Política em Tempos de Neoliberalismo. **Coletânea de Artigos apresentados no Seminário de Pesquisas em andamento da APG-IFCH, CAMPINAS - SP – BRASIL**, v.1, n.1, p.63-81, 2002.

_____. “Vinte anos depois: a construção democrática brasileira, vista da periferia de São Paulo”. **Lua Nova - revista de cultura e política**, São Paulo: Cedec, nº 72, pp. 83-114, 2007.

_____. **Fronteiras de tensão: um estudo sobre política e violência nas periferias de São Paulo**. Tese de doutorado em Ciências Sociais. Campinas: IFCH/Unicamp, 2008.

_____. Crime e castigo nas periferias da cidade: repertórios da justiça e a questão do homicídio nas periferias de São Paulo”. **Cadernos CRH**, Salvador: UFBA, 2010.

_____. **Irmãos: uma história do PCC**. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.

_____. **Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo.** São Paulo: Editora Unesp; 2011.

FELIX, L.B. **O cuidado à saúde mental na infância: Entre Práticas e Representações Sociais.** 2014. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

FERNANDES, A.D.S.A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas.** Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós Graduação em Terapia ocupacional da UFSCar, São Carlos, 2014.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 977-990, set. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-11>.

FERNANDES, A.D.S.A.; MATSUKURA, T.S. Adolescentes no CAPSi: relações sociais e contextos de inserção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 216-224, sep. 2015. ISSN 2238-6149. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/89320>>. Acesso em: 23 July 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p216-224>.

FERNANDES, A.D.S.A; MATSUKURA, T.S; LOURENÇO, M.G. **Práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro.** Aceito para publicação em 2018.

FERNANDES, A.D.S.A; SANTOS, J. F; MORATO, G.G. A criança com transtorno do espectro autista (TEA). **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 187-194, 31 dez. 2018.

FERNANDES, A. D. S. A.; TEIXEIRA, A.B. Terapia ocupacional e autismo: contextos de vida e abordagem centrada na família. In: III Seminário nacional de pesquisa em terapia ocupacional, 2014, João Pessoa. **Cad. Bras. de Ter Ocup da UFSCar**, v. 22, 2014.

FERRARI, R.A.P et al. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, June 2008.

FERREIRA, I do R. C et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>.

FERREIRA, V.S.C et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, Apr. 2009. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400021>.

FLEURY, S. **30 anos do SUS: Desafios e caminhos para o Direito à Saúde**. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sus-30-anos-fiocruz-debate-retrocessos-e-caminhos-possiveis>, 2018.

FLICK, U. **Introdução a pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

_____. **Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes**. Porto Alegre: Penso, 2013.

_____. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRAGA, P.C.P; SILVA, J.K.N. A participação feminina em mercados ilícitos de drogas no Vale do São Francisco, no Nordeste brasileiro. **Tempo soc.**, São Paulo , v. 29, n. 2, p. 135-158, May 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702017000200135&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2017.128528>.

FONTANELLA, et al. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional, na ótica de pacientes da Atenção Básica. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, p. 507-525, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200006>.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre , v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 maio 2018. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>

FRIAS et al. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2257-2266, 2008.

FROSI, R.V.; TESSER, C.D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003151&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>.

FRUTUOSO, M.F.P et al. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200337&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002003>.

FURTADO, J. P. et al. A concepção de território na saúde mental. **Cad. de Saúd. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016.

GALHARDI, C.C.; MATSUKURA, T.S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00150816, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305002&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. Epub Mar 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150816>.

GARNELO, L. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1115-1117, May 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500025&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500025>.

GAZETA, B.A.; NASCIMENTO, D.C.; LIMA, M.J.O. o cenário da infância e adolescência pós-estatuto da criança e do adolescente. **Revista de serviço social**. Vol. 1, N.2, 2018.

GIL, C.R.R. **Práticas profissionais em Saúde da Família**: expressões de um cotidiano em construção. 2006. [Tese de Doutorado]Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Cassia Baldini Soares; Célia Maria Sivalli Campos. (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. 1ed.Barueri - SP: Manole, 2013.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GOMES, F.M.A et al . Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 244-258, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100244&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>.

GOMES et al. A criança vítima de violência doméstica: limites e desafios para a prática de enfermagem. **Rev Pesqui Cuid Fundam** (Online) [online], v. 2, n. 2, p.902-12, 2010.

GONCALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 586-592, Dec. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400005>.

GONDIN, G.M.M.; MONKEN, M. O uso do território na atenção primária à saúde. In: Mendonça et al (orgs), **Atenção primaria à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A.A.M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015 .

GRZYBOVSKI, D.; TEDESCO, J.C. Dinâmica migratória dos senegaleses no norte do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 317-324, jan./ jun, 2013.

GUATTARI, F. **A restauração da cidade subjetiva in Caosmose**: um novo paradigma estético. Ed. 34: Rio de Janeiro, 1992. p.169- 178.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In GUERRA, A. M. C.; Lima, L. (Orgs.), **Clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**, Belo Horizonte: Autêntica, pp. 171-189, 2003.

GULJOR et al. **Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019** - “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Nota-tecnica-Saude-Mental.pdf>, 2019.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C. M. Environmental influences on child mental health. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 80, n. 2, supl. p. 104-110, Apr. 2004

. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 12 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013>.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A de M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11342013>.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, V.24, N.), 633-42, 2008.

IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil** / IBGE, Departamento da População e Indicadores Sociais, - Rio de Janeiro : IBGE, 1999. 45 p.

IMBRIZI, J.M et al . Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 153-169, jun. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172012000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 nov. 2018.

ÍNDICE DE HOMICÍDIOS NA ADOLESCÊNCIA: **IHA 2014**. organizadores: Doriam Luis Borges de Melo, Ignácio Cano - Rio de Janeiro. Observatório de Favelas, 2017.

JONAS, L.T et al. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**, v.14, n.1, jan.-mar. 2011.

KAISER, D.E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) set;29(3):362-6, 2008.

KATSURAYAMA, M. et al . Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400009>.

KODA, M.Y; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1455-1461, June 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600020&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.

KOWARICK, L. **A espoliação Urbana**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1993, 204p.

AMY FILHO, F et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4181-4187, Oct. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100023>.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LEITE, S.A.S. A escola e a formação da cidadania ou para além de uma concepção reprodutivista. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 17-19, 1989. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931989000300007>

LIMA, C.A et al. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

LOPES, C.S et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 1, 14s, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200308&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. Epub Feb 23, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/s01518-8787.2016050006690>.

LOPES et al. Juventude Pobre, Violência e Cidadania | Poor Youth, Violence and Citizenship. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.63-76, 2008.

LOPES, R.E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.12, n.1/3, p.23-33, 2001.

LOPES, S.B.; MOREIRA, M.C.N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciênci Saúde Coletiva** [Internet], 2013.

LOURENÇO, M.S.G. **Saúde mental infantojuvenil**: identificando realidades de municípios que não contam com CAPS infantojuvenil, a partir da Atenção Básica em Saúde. 2017. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

LUCHESE, R. et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, Sept. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900017&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900017>.

MACHADO, C.M et al . Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Psicol. teor.prat.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 53-62, ago. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 mar. 2018.

MACHADO, F.R.S.; FONSECA, A.F.; BORGES, C.F. O sistema único de saúde e as políticas de saúde no brasil. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; SILVA, P.R.F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para pratica profissional**. Fiocruz, 2014.

MACHADO, D.B.; SANTOS, D. N dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 64, n. 1, p. 45-54, Mar. 2015 .

MACHADO, M.M.; KUHN, C.M. **A inserção de crianças e jovens no tráfico de drogas: reflexões a partir da psicologia social e a importância da mídia comunitária como instrumento de garantias**. 3º Congresso Internacional de direito e contemporaneidade - Santa Maria / RS UFSM - Universidade Federal de Santa Maria. 2015.

MALIK, A.M. Oferta em serviços de saúde. **REVISTA USP**, São Paulo, n.51, p. 146-157, setembro/novembro 2001.

MALFITANO, A.P.S. **Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o programa de saúde da família**. Holambra: Editora setembro, 2007.

MALTA, D.C et al . Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190030, 2019 .

MALVASI, P.A. **Interfaces da vida loka: Um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo**. Universidade de São Paulo- Faculdade de Saúde Pública. 2012.

MANSO, B.P.; DIAS, C.N. **A ascensão do PCC e o mundo do crime no brasil**. Editora Todavia; 2018.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: eduel, 2003.

MARICATO, E. **Política Habitacional no Regime Militar**. Do milagre brasileiro à crise econômica. VOZES. Petrópolis. 1987.

_____. Urbanismo na periferia do mundo globalizado: metrópoles brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, v.14, v.4, p. 21-33, 2000.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M.I, Reflexões sobre a Etnografia Crítica e suas Implicações para a Pesquisa em Educação. **Educação & Realidade** [en linea] 2011.

MARCÍLIO, M.L. **História Social da Criança Abandonada**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MARQUES, J.F.; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 65-72, Sept. 2012.

MARQUI et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 44(4), 2010.

MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MARTINS, E.F.; MARTINS, C.J. O uniforme enquanto objeto signico na área da saúde. **Verso e Reverso**, v. 25, n. 59, 2011.

MARTUSCELLI, D. E. O PT e o impeachment de Collor. **Opinião Pública**, v. 16, n. 2, p. 542-568, 27 out. 2015.

MARTURANO, E.M. Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 15, n. 2, p. 135-142, Aug. 1999. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37721999000200006&lng=en&nrm=iso. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37721999000200006>

MATSUKURA, T.; FERNANDES, A.; CID, M. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, 1 ago. 2012.

MEDEIROS, M.H.R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. Edufscar, 2010.

MELO, D.T. **A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde**. Tese (doutorado em Sociologia e Política) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Política, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

MELO, et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**, v.31, n.2, p. 258-64, 2016.

MELO, E.; MIRANDA, L. Apoio matricial na atenção básica e os núcleos de apoio à saúde da família. In: Mendonça et al (orgs), **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MENDES, E. V. et al (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1993.

MENDES EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, june 2004. ISSN 1518-8345. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1880>>. Acesso em: 24 July 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300001>.

MENDONCA, M.H.M de. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. p. S113-S120, 2002.

MINATEL, M.M.; MATSUKURA, T.S. Famílias de crianças e adolescentes com autismo: cotidiano e realidade de cuidados em diferentes etapas do desenvolvimento. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, p. 126-134, 2014.

MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa Social: Teoria Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 1, n. 2, p. 91-102, Aug. 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292001000200002>.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, V.9, N.3, P.239-262, 1993

MINAYO, M.C.; SOUZA, E.R. de. Violência para todos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 65-78, Mar. 1993 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000100007>.

MINOZZO, F et al . Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 323-340, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>.

MELO, B. T.; GOMES, A. R.; CRUZ, J. F. Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, 2, 53-71, 1997.

MOKI, M. P. **Representações sociais do trabalho carcerário feminino**. São Carlos, dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos.2005.

MOLINER, J de.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1072-1083, Dec. 2013.

MORATO, G. G et al. Experiência de estágio profissional em terapia ocupacional e saúde mental: possibilidades de formação para a RAPS. In: XV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional e IV Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional, 2016, Vitória. **Cad. Bras. Ter Ocup da UFSCar**, suplemento especial, v.24, 2016.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F. Configurações do trabalho dos Agentes Comunitários na atenção primária à saúde: entre normas e práticas. In: MENDONÇA et al (org), **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de janeiro: Fiocruz, 2018.

MOTTA, M. A.; PANTALEÃO, M. C. C. Reflexões e considerações sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - 10 anos. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v.11, n.2, 2001.

MULLER, F.; NUNES, B.F. Infância e cidade: um campo de estudo em desenvolvimento. **Educ. Soc.**, Campinas , v. 35, n. 128, p. 659-674, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302014000300659&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/ES0101-7330201435128129342>.

MUNOZ SANCHEZ.; A.B.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 319-324, Apr. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.

NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Famílias e patriarcado: da pres- crição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, 2006.

NERY, A.A. **Necessidades de Saúde na Estratégia Saúde da Família, no município de Jequié – BA**: em busca de uma tradução. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OCKE-REIS, C.O. **O desafio de ser único**. Rio de Janeiro:Ed. Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 95-101, jun. 2003.

OLIVEIRA, T.T.S.S.; LEME, F.R.G.; GODOY, K.R.G. O cuidado começa na escuta:: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena , v. 7, n. 12, p. 119-138, jun. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2018.

OLIVEIRA, C.C. et al. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 3, p. 412-420, Sept. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes**, 2018.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z.; AIMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.

PAIM, J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Interface Comun Saúde Educ**, V.5, P.143-6, 2001.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018.

PAIM, J et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

PALLONE, S. Diferenciando subúrbio de periferia. **Cienc. Cult.**, São Paulo , v. 57, n. 2, p. 11, June 2005 . Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252005000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019

PASSONE, E. F. **Políticas sociais de atendimento à infância e juventude: o caso da Fundação Abrinq**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007.

PAULA, M. L. de et al . Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 19, n. 2, p. 223-233, June 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222025006>.

PAULILLO et al. Eficácia e coesão social do projeto viva leite: uma avaliação da rede de segurança alimentar na região da Grande São Paulo. **Rev. de Economia Agrícola**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 61-76, jul./dez. 2009.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, v.29, n.1, p.88-93, 2005.

PEREIRA, N. N. **Novas políticas na área de saúde mental da infância e adolescência: Práticas e concepções teóricas na reinserção psicossocial**. 2003. Dissertação [Mestrado

em Saúde Pública], Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

PEREIRA, P.E.; MALFITANO, A.P.S. Atrás da Cortina de Fumaça: Jovens da Periferia e a Temática das Drogas. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 27-35, 2014.

PEREZ, J.R.R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico, E.M (organizadora) **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo : Editora Cortez : Instituto de Estudos Especiais, 2001.

PEREZ, J.R.R.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 140, p. 649-673, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742010000200017>.

PINI, J.S.; WAIDMAN, M.A.P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 372-379, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200015>.

PINTO, A.C.S et al. Risk factors associated with mental health issues in adolescents: a integrative review. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300022>.

POLANCZYK, G.V.; LAMBERTE, M.T.M.R. **Psiquiatria da Infância e Adolescência**. Editora: Manole, 2012.

QUEIROZ, M.V.O et al. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev RENE**, v.12, p.1036-44, 2011.

QUINDERE, P.H.D et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, July 2013.

RAMIRES, V.R.R et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-14, ago. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 set. 2018.

RECHIA. O jogo do espaço e o espaço do jogo em escolas da cidade de Curitiba. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 91-104, jan. 2006.

REIS et al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. IN: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, p. 186-210, 2010.

RESENDE, M.C.. Saúde mental e ansiedade em Agentes Comunitários que atuam em Saúde da Família em Uberlândia-MG. **Cien Saude Colet [periódico na internet]**(2009/Fev). [Citado em 29/04/2019]. **Está disponível em:**<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saude-mental-e-ansiedade-em-agentes-comunitarios-que-atuam-em-saude-da-familia-em-uberlandiamg/3268?id=3268>

RICCO, R.G.; ALMEIDA, C.A.N.; DEL CIAMPO, L.A. **Puericultura**: temas de pediatria 80. São Paulo: Nestlé; 2005.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol Estud [Internet]**. 2006 [acesso em 22 fevereiro de 2012];11(1):29- 38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>

RIBEIRO, J.M. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 9, p. 2821-2834, Sept. 2018 .

RIZZINI, I. **A arte de governar crianças**: A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora, 1995

RIZZINI, I. Crianças, adolescentes e famílias: tendências e preocupações globais. **Interação em Psicologia**, Curitiba, jun. 2002. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3192>>. Acesso em: 10 jun. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v6i1.3192>.

RIZZINI et al. **Acolhendo crianças e adolescentes**: experiências de promoção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; 2006.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Cortez, 2009.

RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil. Percurso histórico e desafios presentes**. 2ª edição. São Paulo: Editora Loyola, 2004.

RIZZINI, I.; NAIFF, L. A. M.; BAPTISTA R. (Coord.). **Acolhendo crianças e adolescentes**: experiências de promoção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. São Paulo: Cortez; Brasília: Unicef; Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2006.

RIZZINI, I.; BARKER, G.; CASSANIGA, N. Políticas sociais em transformação: crianças e adolescentes na era dos direitos. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 15, p. , Dec. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

40601999000100011&lng=en&nrm=iso>. access
on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.196>.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90:** um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Ciências médicas). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ROCHA, F.L.S. **Vinganças, guerras e retaliações:** um estudo sobre o conteúdo moral dos homicídios de caráter retaliatório nas periferias de Belo Horizonte. Tese de Doutorado Sociologia UFMG, 2017

ROSENSTOCK, V.; NEVES, M.J , Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem** [en linea, V.63, 2010.

ROSA, F. D. ; MATSUKURA, T. S. **Considerações de familiares de pessoas com autismo sobre o período escolar durante a infância e adolescência.** In: V CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, São Caetano do Sul. Journal of human growth and development, 2013. v. esp.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Orgs.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17-59.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, organizadores. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec; 2001.

RUFINO, M.B.C. Transformação da periferia e novas formas de desigualdades nas metrópoles brasileiras: um olhar sobre as mudanças na produção habitacional. **Cad. Metrop**, v. 18, n.35, p.217-236, 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia da pesquisa.** 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANCHEZ, R.M.S; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.3, 2012.

SANTOS, M. **O país distorcido:** o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolha, 2002.

SANTOS, K.T. dos et al . Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1023-1028, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035&lng=en&nrm=iso>. access
on 25 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700035>.

SANTOS, P.T dos.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. Health necessities in primary attention: the perception of professionals acting in permanent education. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 23, n. 6, p. 788-795, 2010 .

SANTOS, L.C dos; MARTURANO, E.M. Crianças com dificuldade de aprendizagem: um estudo de seguimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 12, n. 2, p. 377-394, 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721999000200009>.

SANTOS, G. A.; NUNES, M.O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho?. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 105-125, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100105&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000100007>

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs.). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-47.

SCHECHTMAN, A.; ALVES, D.S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M.C.A; SILVA, P.R.F: **Políticas e cuidado em saúde mental**. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2014.

SCHERER et al. **Violência estrutural e seletividade homicida das juventudes brasileiras na atual crise do capital**. 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social Tema: “Restauração conservadora e novas resistências” Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, (Suplemento), p. 203-211, 2002.

SILVA, M.A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: GAÍVA, M.A.M, **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as)**. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 2006. p. 9-28. 11.

SILVA, H. R. S. A situação etnográfica: andar e ver. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 15, n. 32, p. 171-188, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832009000200008>.

SILVA, N.S et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 1142-1151, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072013000400033&lng=en&nrm=iso>. access
on 04 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400033>.

SILVA, A.T.C.; MENEZES, P.R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.

SILVA et al. **A informalidade do trabalho da juventude no brasil**: o que pensam os integrantes do subcomitê da agenda nacional de trabalho decente para a juventude. IPEA, 2016.

SILVA, J.F.; CID, M.F.B.; MATSUKURA, T.S. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 329-343, 2018

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 139-148, Feb. 2009.

SIMÕES, A.L.; FREITAS, C.M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 109, p. 47-58, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200047&lng=en&nrm=iso>. access
on 03 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610904>.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis , v. 12, n. 2, p. 61-72, dez. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2018.

SOALHEIROS, N.; MARTINS, D. Atenção psicossocial e a (des) institucionalização como eixo do cuidado. In: SOALHEIRO, N. **Saúde mental para atenção básica**. Ed: Fiocruz, 2017.

SOARES, A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 53, 39, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100234&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2019. Epub May 06, 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000796>.

SOUZA, M. M et al. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem** [en linea], n. 60, 2007.

SOUZA, E.C.F et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso>. access
on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

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

SOUZA, L.D.M et al . Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 4, p. 286-292, 2010

SOUZA, T.P. **Estado e sujeito**: a saúde entre a macro e a micropolítica de drogas. São Paulo: Hucitec; 2018.

SOUZA, A.C.; RIVERA, F.J. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus Actas Saude Colet**, v.4, n.1, p. 105-14, 2010.

STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 477-486, Apr. 2009 .

TAÑO, B.; MATSUKURA, T. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 208-216, 19 dez. 2014.

TAÑO, B.L. **A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico**. 2017. Tese (Doutorado em Educação Especial)-Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e os desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, 23, n.2, 2015.

TAVARES, M.T.G. Infância(s) em periferias urbanas: o direito à cidade e a formação das professoras da infância numa escola de educação infantil. **RevistAleph - ISSN 1807-6211** Dezembro, 2014.

TEIXEIRA, et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 7, n. 2, p. 7-28, jun. 1998 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002>.

TEIXEIRA, M.R.; COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1933-1942, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601933&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.06892016>.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, abr. 2002 .

THIENGO, D.L; CAVALCANTE, M.T; LOVISI, G.M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 4, p. 360-372, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. access on 25 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TORRES, H. G.; OLIVEIRA, M. A. Quatro imagens da periferia paulistana. **Revista Espaço e Debates**. São Paulo, Neru, v. XVII, n. 42, 2001.

TSCHOKE, A.; RECHIA, S. O lazer das crianças no bairro Uberaba em Curitiba: a dialética entre os espaços de lazer e a problemática urbana na periferia. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 263-280, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32892012000200002>.

UNICEF. **Infância e adolescência no Brasil**. In: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>, 2018.

UNICEF. **Estatuto da criança e do adolescente-Avanços e desafios para a infância e adolescência no Brasil – Disponível em** <https://www.unicef.org/brazil/pt/ECA25anosUNICEF.pdf>. 2015.

UNICEF. **Cenário da exclusão escolar no Brasil**. In: <https://www.unicef.org/brazil/media/481/file/Cen%C3%A1rio%20da%20exclus%C3%A3o%20escolar%20no%20Brasil.pdf>. 2017.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 183–193, 2009.

VICENTIN, M. C. G.; MOTA, S. T. Visibilidade, estigmatização e territorialização: percepções acerca da vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde. **Revista distúrbios da comunicação** , v. 29, p. 158-171, 2017.

VIEIRA, Roberta R.P structure of an enabler to participation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 2, p. 309-316, Apr. 2014 .

VIEIRA, P.M.; MATSUKURA, T.S. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 69, p. 453-474, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782017000200453&lng=en&nrm=iso>. access on 23 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-24782017226923>.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo?. **Horiz. Antropol**, v.15, n.32, p.157-170, 2009.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese. (Doutorado em ciências da saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. **A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”**. Textos de apoio do Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

YASUI, S.; LUZIO, C.A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis e Psique**, v.8, n.1, p.173 – 190, 2018.

ZANIANI, E.J.M.; LUZIO, C.A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte , v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2018. <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p56>.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- Formulário de identificação
e caracterização das Unidades de Saúde**

1. Serviço Participante: _____

2. Tempo de Funcionamento: _____

3. Composição da equipe (profissão e quantidade em cada categoria):

4. Total de usuários atendidos na unidade (mesmo que não saiba o número exato, dizer um número aproximado): _____

5. Total de crianças e adolescentes atendidas na unidade (mesmo que não saiba o número exato, dizer um número aproximado): _____

APÊNDICE B- Formulário de caracterização dos participantes

1. Informe as iniciais do seu nome:

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Idade:

Entre 20 a 30 anos

Entre 31 a 40 anos

Entre 41 a 50 anos

Entre 51 a 60 anos 61 anos ou mais

4. Formação:

Enfermeiro

Médico

Dentista

Outro:

5. Há quanto tempo atua nessa profissão:

Menos de 5 anos

De 5 a 10 anos

- De 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

6. Há quanto tempo esta inserida nesse serviço:

- Menos de 5 anos
- De 5 a 10 anos
- De 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

7. Tempo de experiência na atenção básica:

- Menos de 5 anos
- De 5 a 10 anos
- De 10 a 20 anos
- Mais de 20 anos

8. Você tem pós graduação?

- Sim
- Não

9. Se possui pós graduação informe qual: _____

10. Recebeu algum tipo de apoio para sua formação:

- Sim
- Não

11. Se recebeu apoio de onde o mesmo veio: _____

12. Quais serviços já trabalhou anteriormente:

- Atenção Básica
- Atenção especializada
- Outro:

13. Qual a área/campo da saúde que possui mais afinidade: _____**14. E qual sua afinidade com a saúde mental: _____****15. Descreva as ações que desenvolve no serviço ao qual esta vinculada: _____**

15. Você tem ou teve experiência em saúde mental com crianças e adolescentes?

- Sim
- Não

17. Se teve experiência em saúde mental com crianças e adolescentes informe onde:

- Atenção Básica
- CAPS
- Ambulatórios
- Hospitais
- Outro:

APÊNDICE C- Questionário

1. Quais os motivos que você considera que leva as crianças e adolescentes a unidade de saúde? Liste pelo menos 3:

2. Neste serviço, existe alguma ação que você considera de promoção, prevenção e/ou tratamento à saúde, destinada a crianças e adolescentes?

() Sim

() Não

3. Se a resposta foi sim. Fale sobre elas:

4. Quais os principais tipos de atendimentos/estratégias de cuidado oferecido às crianças e adolescentes nesta unidade de saúde?

5. Há matriciamento no seu serviço? De que tipo? Fale sobre isso:

6. O que você entende por saúde mental infantojuvenil? Fale sobre isso:

7. Você atua junto a população de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental?

() Sim

() Não

8. O que você acha sobre o atendimento a saúde mental infantojuvenil na atenção básica? Fale sobre isso:

9. Em relação às necessidades de saúde dos usuários desta unidade, qual a proporção aproximadamente que você julga ser relativa à saúde mental de crianças e adolescentes?

10. Como as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental chegam até a unidade?

11. Quais você acha que são os principais problemas de saúde mental de crianças e adolescentes que a unidade recebe?

12. Como vocês identificam as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental?

13. Como é feito o acolhimento, e o que é feito com as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental que chegam a unidade?

14. Há oferta de atendimento/estratégia de cuidado para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental na unidade?

() Sim

() Não

15. Se a resposta acima foi sim. Fale sobre eles:

16. Cite um caso de uma criança ou adolescente com problema de saúde mental que chegou a unidade...como ela chegou? O que foi feito com ela?

17. Há envolvimento das famílias no cuidado as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental? De que tipo? Fale sobre isso:

18. Na sua opinião, o que poderia ser oferecido as famílias destas crianças e adolescentes neste serviço?

19. Há profissionais da equipe que respondem ou que são referência no acolhimento de crianças e adolescentes que têm problemas de saúde mental? Fale sobre isso:

20. Caso nesta unidade tenha agente comunitário de saúde, como você vê a participação deles no cuidado a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental? Fale sobre isso:

21. Considerando que esta é uma unidade de saúde, vinculada a atenção básica, são esperadas ações relativas à promoção, prevenção e cuidados em saúde. Se pensarmos nas crianças e adolescentes do campo da saúde mental que chegam aqui, o que você acha que poderia ser oferecido como ações de cuidado no próprio serviço?

22. Você acha que a unidade responde as políticas públicas para infância e saúde mental infanto-juvenil? Fale sobre isso:

23. Quais são os equipamentos/serviços/projetos que você considera importantes para o cuidado a saúde mental infantojuvenil?

24. A unidade consegue articular o cuidado oferecido a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental com outros equipamentos/serviços/projetos (saúde, educação, sociais, justiça)? Fale sobre isso:

25. Pensando nas crianças e adolescentes com problemas de saúde mental quais as maiores dificuldades para implementar ações entre os equipamentos?

26. Essa unidade realiza parcerias com as escolas no que se refere ao cuidado a saúde mental infantojuvenil ? De que tipo? Fale sobre elas:

27. Quais as potencialidades que você considera que este serviço tem para atender crianças e adolescentes com problemas de saúde mental?

28. O que você considera que são as principais dificuldades no trabalho com crianças e adolescentes com problemas de saúde mental?

29. Tem mais algum aspecto que queria falar em relação a essa temática?

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –ESTUDO 1

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica”. O objetivo da pesquisa é compreender sobre as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvidas na Atenção Básica, sob a ótica de diferentes profissionais.

Sua participação consistirá em responder na primeira Etapa da pesquisa um Formulário de identificação dos participantes e um questionário sobre as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvidas no equipamento ao qual trabalha. Caso seu município faça parte da segunda Etapa da pesquisa e seu gestor te indicar, ou caso seja terapeuta ocupacional, responderá uma entrevista semiestruturada sobre as potencias e desafios no que tange o cuidado oferecido à saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica; e se for terapeuta ocupacional também responderá sobre a inserção dessa categoria profissional na atenção básica, especificidade do papel profissional, ações interdisciplinares, desafios e reflexões colocadas em relação às práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na atenção básica.

Você foi selecionado para participar pois é membro da equipe de um equipamento da atenção básica do município participante.

Observa-se que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar, podendo ser retirado seu consentimento, além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o equipamento de saúde ao qual pertence.

O desenvolvimento de pesquisa deste tipo é muito importante, pois pode fornecer informações que os próprios equipamentos de saúde, profissionais e políticas públicas não possuem, contribuindo na construção de estratégias e intervenções voltadas a saúde mental infantojuvenil.

No entanto falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável e causar incomodo, sendo assim, deverá falar imediatamente para a pesquisadora, e se desejar a pesquisa será interrompida a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo.

As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação ou a do equipamento de saúde. A participação na pesquisa não acarretará em despesas para o participante, assim como não haverá nenhuma forma de remuneração. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos- São Carlos-SP.

Caso haja dúvida em qualquer fase da pesquisa, a pesquisadora estará disposta a dar esclarecimentos. Você receberá uma copia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Amanda Dourado S. A. Fernandes Rua: Miguel Petroni, 482, apt 24. Tel: (16) 99636-3606

Eu _____ RG _____,

declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Endereço:

Telefone:

Data:

Assinatura do participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ESTUDO 2

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Revelando as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil no território: um estudo etnográfico em uma Unidade de Saúde”. O objetivo da pesquisa é identificar e problematizar as concepções e práticas de saúde mental infantojuvenil formais e informais em um território, a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista sobre o cuidado que a criança/adolescente ao qual é responsável recebe nos serviços/equipamentos do território, como também sobre as dificuldades e potencialidades vivenciadas no dia a dia de sua família no que se refere ao cuidado à esta criança/adolescente. Em alguns momentos você e sua criança/adolescente poderão ser acompanhados pela pesquisadora nas atividades do dia a dia que realiza (desde que se sinta confortável e que seja autorizado por você), como por exemplo ir até um serviço que a criança é acompanhada, ir até a sua casa. Você foi selecionado para participar pois a Unidade de Saúde que frequenta o indicou por ser o responsável por uma criança/adolescente que apresenta dificuldades em saúde mental.

Observa-se que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar, podendo ser retirado seu consentimento, além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o equipamento de saúde ao qual esta vinculada.

O desenvolvimento de pesquisa deste tipo é muito importante, pois pode fornecer informações que os próprios equipamentos de saúde, profissionais e políticas públicas não possuem, contribuindo na construção de estratégias e intervenções voltadas a saúde mental infantojuvenil.

No entanto falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável e causar incomodo, sendo assim, deverá falar imediatamente para a pesquisadora, e se desejar a pesquisa será interrompida a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo. As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos sigilo sobre a sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. A participação na pesquisa não acarretará em despesas para o participante, assim como não haverá nenhuma forma de remuneração.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos- São Carlos-SP.

Caso haja dúvida em qualquer fase da pesquisa, a pesquisadora estará disposta a dar esclarecimentos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Amanda Dourado S. A. Fernandes Email: amanda.d.fernandes@hotmail.com Tel: (16) 99636-3606

Eu _____ RG _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Endereço:

Telefone:

Data:

Assinatura do participante

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- ESTUDO 2

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Revelando as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil no território: um estudo etnográfico em uma Unidade de Saúde”. O objetivo da pesquisa é identificar e problematizar as concepções e práticas de saúde mental infantojuvenil formais e informais em um território, a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sua participação consistirá em responder uma entrevista semiestruturada sobre as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvidas no equipamento ao qual trabalha e em alguns momentos poderá ser acompanhada pela pesquisadora nas atividades que realiza (desde que se sinta confortável e que seja acordado e autorizado por você e de forma que não interfira ou cause prejuízo na dinâmica do seu trabalho).

Você foi selecionado para participar pois é membro da equipe da Unidade de Saúde participante da pesquisa. Observa-se que a sua participação não é obrigatória. A qualquer momento poderá desistir de participar, podendo ser retirado seu consentimento, além disso, sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o equipamento de saúde ao qual pertence.

O desenvolvimento de pesquisa deste tipo é muito importante, pois pode fornecer informações que os próprios equipamentos de saúde, profissionais e políticas públicas não possuem,

contribuindo na construção de estratégias e intervenções voltadas a saúde mental infantojuvenil. No entanto falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável e causar incomodo, sendo assim, deverá falar imediatamente para a pesquisadora, e se desejar a pesquisa será interrompida a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo. As informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais e asseguramos sigilo sobre a sua participação.

Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação ou a do equipamento de saúde. A participação na pesquisa não acarretará em despesas para o participante, assim como não haverá nenhuma forma de remuneração.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos- São Carlos-SP. Caso haja dúvida em qualquer fase da pesquisa, a pesquisadora estará disposta a dar esclarecimentos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Amanda Dourado S. A. Fernandes Email: amanda.d.fernandes@hotmail.com Tel: (16) 99636-3606

Eu _____ RG _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351- 8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Endereço:

Telefone:

Data:

Assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DO CEP- ESTUDO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Revelando as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil no território

Pesquisador: Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74760317.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.320.459

Apresentação do Projeto:

Estudo etnográfico que fará uso da observação participante, com as seguintes estratégias para a coleta de dados: fotografias para compor o mapa territorial; Formulário de identificação e caracterização da Unidade; Formulário de identificação dos participantes; Entrevista semiestrutura a ser aplicada com os familiares e com os profissionais das Unidades; diário de campo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral proposto é de identificar e problematizar as concepções e práticas de saúde mental infantojuvenil formais e informais em um território, a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF). E, como específicos (1) identificar quais são os recursos e estratégias de cuidado em saúde mental infantojuvenil no território a partir da ESF;(2) identificar as potências e desafios no que tange o cuidado oferecido à saúde mental infantojuvenil a partir da ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ao considerar o profissional, apontam como risco que o falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável e causar incômodo, recomendando que isto seja verbalizado, garantindo que no desejo a pesquisa será interrompida a qualquer momento, sem causar nenhum tipo de prejuízo. Asseguram anonimato, sigilo e confidencialidade das informações.

Em relação às famílias, identificam que falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.320.459

e causar incomodo, quando recomenda que o participante comunique prontamente a pesquisadora, e se desejar a pesquisa será interrompida. Garante anonimato, sigilo e confidencialidade.

Para ambos prospecta como benefícios as contribuições para o adensamento de conhecimento e informações na construção de estratégias e intervenções voltadas a saúde mental infantojuvenil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os participantes intencionados são todos os profissionais de uma Unidade de Saúde da Família de São Carlos e algumas famílias que pertencem ao território desta unidade e que possuem crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. Recomento aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomento aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_977105.pdf	18/08/2017 09:47:22		Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopdf.pdf	18/08/2017 09:46:45	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Outros	ENTREVISTAPROFISSIONAL.pdf	11/08/2017 09:00:03	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Outros	ENTREVISTAFAMILIA.pdf	11/08/2017 08:59:42	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Outros	FORMULARIOFAMILIA.pdf	11/08/2017 08:59:19	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Outros	FORMULARIOP.pdf	11/08/2017 08:59:01	Amanda Dourado Souza Akahosi	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.320.459

Outros	FORMULARIOP.pdf	11/08/2017 08:59:01	Fernandes	Acelto
Outros	FORMULARIO.pdf	11/08/2017 08:58:30	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRÓJETO.pdf	11/08/2017 08:52:39	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SECRETARIA.pdf	11/08/2017 08:52:04	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEP.pdf	11/08/2017 08:51:23	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEF.pdf	11/08/2017 08:51:11	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 07 de Outubro de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO B: PARECER DO CEP- ESTUDO 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil na Atenção Básica

Pesquisador: Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53385116.2.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.184.787

Apresentação do Projeto:

Diferentemente do apresentado na versão 2 junto a esse Comitê, assume-se nesta versão que o estudo será desenvolvido em UMA etapa e não em DUAS. O objetivo é de identificar, mapear e caracterizar as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvidas na Atenção Básica. Para tanto, os participantes intencionados são técnicos e os agentes comunitários de saúde das equipes da Atenção Básica de SETE cidades paulistas. Para a coleta de dados farão uso de formulários e questionários. A análise estará pautada na estatística descritiva.

Objetivo da Pesquisa:

Neste item também existiu alterações em relação ao apresentado na versão 2, a qual foi aprovada. Agora o objetivo é de "identificar, mapear e caracterizar as práticas de cuidado em saúde mental infantojuvenil desenvolvidas nestes equipamentos" (transcrição).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos apresentados são relativos ao desconforto e receio de expor dificuldades do cotidiano de trabalho, assim como inquietações relativas a própria pauta temática, ou seja, saúde mental infantojuvenil. Diante disto comprometem-se com o sigilo e anonimato, além de interrupção do

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351.9583

Email: cepehumano@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.184.787

estudo na solicitação de. Adiciona-se que na identificação de desconforto vinculado à temática, assumem acolhimento.

Como benefícios apontam as contribuições para o campo, com possibilidades de sensibilizar esferas governamentais para temática.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O apresentado nesta versão está contido na versão 2, exceto pelo número de municípios agora mencionados. Ainda, nesta versão reduz a abrangência do objetivos e as etapas de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequadamente apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas. Recomendo aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Pesquisa apresenta detalhamento e informações que permitem sinalizar que o proposto atende as recomendações éticas legais para pesquisas com seres humanos. Indico aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_948768 E2.pdf	22/06/2017 09:22:33		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	saocarlos.docx	11/05/2016 11:40:45	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ribeirao.pdf	11/05/2016 11:40:16	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	campinas.pdf	11/05/2016 11:39:58	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aprovacaosorocaba.pdf	11/05/2016 11:27:43	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Acelto

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.184.787

Folha de Rosto	folhaderostoprojeto.pdf	22/01/2016 15:35:16	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaobaunu.jpg	21/01/2016 14:20:12	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacaosjcampos.pdf	21/01/2016 14:19:01	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	21/01/2016 14:18:04	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/01/2016 14:11:55	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/01/2016 14:11:33	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 24 de Julho de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br