

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Cristiane Kenes Nunes

**SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO
PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Porto Alegre
2019

Cristiane Kenes Nunes

**SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO
PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para Defesa de Tese de Doutorado como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração - Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa - Saúde Mental e Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Nunes, Cristiane Kenes
SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO
BÁSICA: UM PERCURSO PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL /
Cristiane Kenes Nunes. -- 2019.
202 f.
Orientadora: Agnes Olschowsky.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Saúde Mental. 2. Criança. 3. Adolescente. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermagem. I.
Olschowsky, Agnes, orient. II. Título.

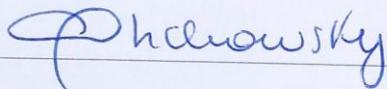
CRISTIANE KENES NUNES

**SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO
PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Agnes Olschowsky

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profª. Dra. Cristine Moraes Roos

Membro da banca

UFSC



Profª. Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

Membro da banca

UFRGS



Profª. Dra. Christine Wetzel

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Dedico esta tese

Ao meu pai (in memoriam), um agricultor de pouco estudo e um sonho, ver seus filhos doutores.

Aos trabalhadores de São Lourenço do Sul, participantes deste estudo, por me acolher, disponibilizarem seu tempo para me receber e compartilhar suas experiências, contribuindo para a construção do conhecimento em saúde mental infantojuvenil. Pessoas potentes que, apesar do cotidiano permeado por forças de ordens diversas, tecem redes vivas e encontros singulares.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos percorridos durante a construção dessa tese produziram muitos encontros. Encontros com múltiplos significados.

“Pois a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nos vínculos que constroem e que os constroem como potência de afetar e ser afetado”
(BRASIL, 2010a, p. 8).

Agradeço...

A **D**eus, pelo dom da vida e por este ciclo que se encerra.

À **C**ecília, pela possibilidade de vivenciar a maternidade e o devir-mãe. Filha, ser sua mãe sempre será o maior título que a vida poderia ter me dado.

Ao **D**ieison, meu amado companheiro de vida e rede dupla de apoio. Pela paciência com que conduziu sozinho, as tarefas domésticas e os cuidados com a nossa Cecília quando eu estava ausente na dedicação deste estudo. Sem você esse processo teria sido muito mais difícil.

A minha **F**amília querida, que mesmo longe geograficamente, estavam perto existencialmente. Vocês me ajudaram a persistir, com suas energias, incentivos e apoio.

A minha orientadora, professora **A**gnes, pela generosidade e acolhimento que, me recebeu desde o nosso primeiro encontro, quando me preparava para o processo seletivo deste Doutorado, pela confiança e cumplicidade que, aceitou embarcar comigo nessa ousada rizomática aventura metodológica, e, pela compreensão e tranquilidade que, recebeu a notícia de que junto com a gestação dessa tese, eu gestava uma criança. Você é inspiração, de ser humano, de profissional e filha.

Às Professoras que compõem esta Banca de Defesa de Doutorado, professora **C**hristine Wetzels, quem eu admiro por seus posicionamentos diante da vida; professora **R**osemarie Tschiedel quem me apresentou um novo mundo investigativo, o da Cartografia e a professora **C**ristine Roos, foi um prazer conhecê-la, grata pelas preciosas contribuições, e aposta no meu trabalho. Obrigada a todas vocês, pelas potentes discussões e apontamentos para a continuidade e finalização desse trabalho.

A minha amiga **E**litiele, pelo partilhar de um devir-pesquisadora, e por todos os outros momentos compartilhados, sejam de reflexões, caminhadas à praia, companhia nos cafés,

almoços e andanças pelas paisagens cartografáveis de São Lourenço do Sul. Eu e Cecília adoramos a tua companhia.

A minha amiga **Aline Basso**, pelos nossos encontros-conversas, encontros-cafés, sempre de muitas reflexões e tensionamentos, mas certamente de muita alegria e incentivos, os quais me ajudaram a não desistir quando eu pensava que não conseguiria.

A minha amiga **Mari Botega**, pela amizade construída no doutorado, pela disponibilidade e preciosa ajuda na leitura e revisão deste trabalho, tua ajuda nessa finaleira foi importantíssima.

Aos meus Amigos, companheiros de Doutorado, **Fabrcio Braga**, **Fabi Pavani**, **Adri Eslabão**, **Talita Cassola**, **Mari Botega**, **Aline Basso**, **Elitiele**, **Carla**, **Potiguara**, obrigada pela amizade, pelas palavras de incentivo, momentos de discussão e descontrações. Vocês tornaram essa caminhada mais leve.

À **Bárbara**, obrigada pelo auxílio na transcrição das entrevistas.

Um agradecimento especial a duas grandes mulheres e pesquisadoras, minhas queridas, professora **Luciane Kantorski** e professora **Valéria Coimbra**, vocês contribuíram com a minha formação, oportunizaram os primeiros passos da pesquisa, e, me ensinaram amar Saúde Mental.

A todos os membros do **Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM)** da UFRGS, obrigada pelo espaço de acolhimento e de aprendizado.

A todos **Trabalhadores de São Lourenço do Sul**, **Gestores do Município**, **CAPSi**, serviços da **Atenção Básica**, **Redução de Danos**, **NASF**, que eu tive o privilégio de conhecer e conviver, obrigada pela receptividade com que me acolheram e possibilitaram a realização dessa pesquisa.

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e à **Escola de Enfermagem da UFRGS** por toda a estrutura e contribuição para minha formação com o ensino de qualidade.

Aos **Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF)** da UFRGS pelos momentos de aprendizagem.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES)** pelo auxílio concedido durante todo o período do curso e realização desta pesquisa.

A todos que, por um lapso, me esqueci de mencionar, mas que colaboraram para que este momento fosse possível; por todos estes encontros, encerro essa etapa dividindo com vocês a alegria dessa experiência.

Para vocês, para nós, o desejo é aquecer esses tempos sombrios por meio de reverberações de labaredas de vida geradas a partir das dificuldades e do jogo entre instituinte e instituído que atravessa o trabalho vivo.

(COUTINHO; VASCONCELOS; ANDRADE, 2019).

RESUMO

NUNES, C. K. **Sobre cartografar a articulação entre o centro de atenção psicossocial infantojuvenil e a atenção básica:** um percurso pelo cuidado em saúde mental. 2019. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

O redirecionamento das Políticas de Saúde para desenvolver ações integradas entre a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e a Atenção Básica faz emergir a necessidade de superar a fragmentação do cuidado, sendo necessário lançar um “novo olhar” sobre o lugar psicossocial dos sujeitos, e estendê-lo para aonde a vida deles acontece, ou seja, no seu território. Este estudo objetivou cartografar os movimentos e conexões, as linhas de forças e de fuga a partir da articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com abordagem cartográfica, apoiada nos conceitos da Filosofia da Diferença e Análise Institucional. Os locais da pesquisa foram um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, um Núcleo Ampliado de Saúde da Família, um serviço de Redução de Danos, duas Unidades Básicas de Saúde, 14 Estratégias da Saúde da Família de um município do interior do Rio Grande do Sul. Participaram desta pesquisa nove profissionais da saúde vinculados aos serviços de saúde mental, 28 profissionais da Atenção Básica e três profissionais ligados à gestão municipal da saúde. Para a produção dos dados e acompanhamento desse processo, as ferramentas utilizadas foram: o diário de campo, observação participante e entrevista semiestruturada, entre os meses de agosto a dezembro de 2017. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, via Plataforma Brasil, sob Parecer nº 2.350.300 e CAAE 76389817.7.0000.5347. Nesse percurso cartográfico, identificou-se um agenciamento coletivo em ação como estratégia de articulação, apostando na micropolítica do encontro como plano de produção do cuidado, e na multiplicidade das conexões existenciais, incluindo movimentos de desterritorialização e reterritorialização das práticas que limitam o cuidado a uma perspectiva de procedimentos clínicos e olhares biopatológicos, para um modo que considera o sujeito na sua singularidade. Há deslocamentos no processo de cuidado e reconhecimento da necessidade de quebrar fluxos burocráticos para fortalecer a articulação e criar novos agires instituintes de saúde psicossociais. Os profissionais reconhecem, no trabalho intersetorial, uma aposta na transversalidade de ações e uma prática necessária capaz de engendrar outras redes para atender as necessidades dos usuários, e criar novos arranjos instituintes de trabalho e produção de subjetividades, indicando a potência da construção de ações intersetoriais. Conclui-se que o cuidado à população infantojuvenil, quando articulado entre o Centro de

Atenção Psicossocial e os serviços de Atenção Básica, amplia as possibilidades de conexão entre os diferentes serviços e trabalhadores, cria espaços de encontros e discussões que favorecem ações integradas, possibilitando um cuidado em saúde mental compartilhado, resolutivo, acolhedor e integral.

Descritores: Saúde Mental, Criança, Adolescente, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

NUNES, C. K. **About mapping the connection between the center of children and teenagers psycho-social care and primary care: a path for care in mental health.** 2019. 202 f. Thesis (PhD in Nursing) – Nursing School, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

The redirection of Health Policies to develop integrated actions between Mental Health of Children and Teenagers and Primary Care arises the need to overcome the fragmentation of care, therefore it is necessary to have a “new look” on the psycho-social place of the subjects and expand it to where their lives take place, that is, their territory. This study aimed to map the movements and connections, the lines of force and of escape from the connection between the Center of Children and Teenagers Psycho-Social Care and Primary Care. It consists of a qualitative nature research, with a mapping approach, supported on the concepts of Philosophy of Difference and Institutional Analysis. The research locations were a Center of Children and Teenagers Psycho-Social Care, an Expanded Center of Family Health, a service of Harm Reduction, two Basic Health Units, 14 Family Health Strategies of a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. Nine healthcare professionals in mental health services, 28 Primary Care professionals and three professionals associated to the health city management participated in the research. In order to produce data and follow up this process, the tools used were the following: the field diary, participant observation and semi-structured interview, between the months of August and December 2017. The study was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Rio Grande do Sul, via Plataforma Brasil, under Opinion n. 2.350.300 and CAAE 76389817.7.0000.5347. In this cartographic path, a collective agencying in action as a connection strategy was identified, investing in the micro politics of this joint as care production plan, and in the multiplicity of existential connections, including movements of deterritorialization and reterritorialization of practices which limit the care to a perspective of clinical procedures and biopathological perspectives, for a method which considers the subject in his/her singularity. There are displacements in the care process and acknowledgement of the need to break bureaucratic flows to strengthen the connection and create new instituting actions of psycho-social health. The professionals acknowledge, in the intersectoral work, a stake in the cross-cutting of actions and a necessary practice able to engender other networks to meet the needs of users, and create new instituting arrangements of work and production of subjectivities, indicating the potential to build intersectoral actions. It can be concluded that the care for the children and teenagers population, when connected

between the Center of Psycho-Social Care and the Primary Care services increase the possibilities of connection between the different services and workers, creates meeting spaces and discussions that favor integrated actions, enabling a shared, remedial, welcoming and complete mental health care.

Descriptors: Mental Health, Child, Teenager, Health Primary Care, Nursing.

RESUMEN

NUNES, C. K. **Sobre el mapeo de la articulación entre el centro de atención psicosocial para niños y adolescentes y la atención primaria:** un camino a través de la atención de salud mental. 2019. 202 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escola de Enfermería, Universidad Federal del Rio Grande del Sur, Porto Alegre, 2019.

El redireccionamiento de las Políticas de Salud para desarrollar acciones integradas entre la Salud Mental de Niños y Adolescentes y la Atención Básica asoma a necesidad de superar a fragmentación del cuidado, siendo necesario promover una nueva mirada sobre o lugar psicosocial de los sujetos, lo extendiendo para dónde la vida de ellos ocurre, o sea, en su territorio. Este estudio objetivó mapear los movimientos y conexiones, las líneas de fuerzas y de fuga a partir de la articulación entre el Centro de Atención Psicosocial para Niños y Adolescentes y la Atención Básica. Tratase de una pesquisa de naturaliza cualitativa, con abordaje mapeada, basada em los conceptos de Filosofía de la Diferencia y Análisis Institucional. Los lugares de pesquisa eran un Centro de Atención Psicosocial para Niños y adolescentes, un Núcleo Ampliado de Salud de la Familia, un servicio de Reducción de Daños, dos Unidades Básica de Salud, 14 Estrategias de Salud de la Familia de un municipio del interior del Rio Grande del Sur. Participaran de esta pesquisa nueve profesionales de Salud vinculados a los servicios de salud mental, 28 profesionales de la Atención Básica y tres profesionales que tienen ligación a gestión municipal de Salud. Para la producción de los datos e acompañamiento de ese proceso, las herramientas utilizadas: el diario de campo, observación de participante y una entrevista semiestructurada, entre los meses de agosto a diciembre de 2017. El estudio obtuvo aprobación por el Comité de Ética en pesquisa de la Universidad Federal del Rio Grande del Sur, vía Plataforma Brasil, sobre el Parecer nº 2.350.300 y CAAE 76389817.7.0000.5347. En el proceso de mapeo, identificó un agenciamiento colectivo en acción cómo estrategia de articulación, apostando en la micropolítica de encontró como plan de producción de cuidado, e en la multiplicidad de conexiones existenciales, incluyendo movimientos de desterritorialización e reterritorialización de las prácticas que limitan el cuidado a una perspectiva de procedimientos clínicos y visiones biopatológicas, para un modo que considera el sujeto en su singularidad. Existe dislocamiento en el proceso de cuidado y reconocimiento de necesidad de quebrar flujos burocráticos para fortalecer la articulación y crear nuevas formas de proceder instituyentes de salud psicosociales. Los profesionales reconocen, en el trabajo intersectorial, una aposta em la transversalidad de acciones y una practica necesaria con capacidad de engendrar otras redes para atender las necesidades de los usuarios, crear nuevos arreglos

instituyentes de trabajo y producción de subjetividades, indicando la potencia de construcción de acciones intersectoriales. El cuidado a la población infantojuvenil, cuándo articulado entre el Centro de Atención Psicosocial y los servicios de Atención Básica, amplía las posibilidades de conexión entre los distintos servicios y trabajadores, ocasionando un espacio de encuentros e discusiones que favorecen acciones integradas, posibilitando un cuidado en salud mental compartido, resolutivo, acogedor e integral.

Descriptores: Salud Mental, Niño, Adolescente, Atención Primaria a Salud, Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Participantes da pesquisa.....	72
Quadro 2 – Agenciamentos de enunciação coletiva que emergiram a partir das entrevistas e observações.....	74
Quadro 3 – Distribuição das Unidades de Saúde.....	91
Quadro 4 – Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos do estudo.....	108
Figura 1– Imagens da cidade São Lourenço do Sul/RS.....	78
Figura 2 – Mapa da localização de São Lourenço do Sul no Rio Grande do Sul.....	80
Figura 3 – Mapa de São Lourenço do Sul com a distribuição territorial.....	80
Figura 4 – Imagem do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.....	87
Figura 5 – Imagens das Unidades de Saúde do Município de São Lourenço do Sul.....	93
Figura 6 – Folder do evento SAMU Mental	99
Figura 7 – Registro fotográfico do Seminário sobre cuidado compartilhado na Rede de Atenção à Saúde	101
Figura 8 – Folder XIII Mental Tchê	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Conselho Tutelar

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SMCA – Saúde Mental da Criança e adolescente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 OBJETIVO.....	26
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
3.1 Política de Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes: um pouco da história e marcos legais.....	27
3.2 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: um panorama nacional e internacional.....	35
3.3 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: articulações na Atenção Básica.....	42
4. TRAÇADOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS, INSTRUMENTOS E CAMINHOS TRILHADOS.....	51
4.1 Sobre cartografar, delineando os caminhos da pesquisa.....	51
4.2 Referencial analítico e os conceitos guias.....	54
4.3 Produção dos dados: compondo a caixa de ferramentas.....	59
4.4 Procedimentos para a produção de dados, restituição e análise.....	66
4.4.1. Adentrando nas paisagens do campo de pesquisa.....	66
4.4.2 Os participantes da pesquisa.....	71
4.4.3 Partilhando o pesquisar	72
4.5 A cidade de São Lourenço do Sul e o percurso por seus territórios e paisagens.....	78
4.5.1 Entrando em cena: abertura aos acontecimentos.....	78
4.5.2 Conhecendo a rede de Saúde Mental de São Lourenço do Sul.....	82
4.5.3 Sobre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi SACI.....	85
4.5.4 Conhecendo as equipes de Saúde da Família – eSFs.....	88
4.5.5 Encontros coletivos como territórios de conhecimento, produção de afeto e cuidado...97	
4.6 Considerações Bioéticas.....	105
4.7 Sobre a análise dos dados produzidos.....	106
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	108
6. ARTIGO 1 - Cartografia: contribuições teórico-metodológicas para o campo da Saúde Mental Infantojuvenil.....	109
7. ARTIGO 2 - Saúde Mental na Atenção Básica: uma rede rizomática para Infância e Adolescência.....	130
8. ARTIGO 3 - Práticas intersetoriais: cartografando seus efeitos na rede de atenção psicossocial Infantojuvenil.....	151
9. CARTOGRAFANDO ALGUMAS REFLEXÕES FINAIS.....	171

REFERÊNCIAS.....	176
APÊNDICES.....	190
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	191
APÊNDICE B - ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO.....	192
APÊNDICE C - ROTEIRO ENTREVISTA PROFISSIONAL ATENÇÃO BÁSICA.....	193
APÊNDICE D - ROTEIRO ENTREVISTA PROFISSIONAL CAPSi.....	194
ANEXOS.....	195
ANEXO I- AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	196
ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL.....	197
ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	198

1 INTRODUÇÃO

“A vida é maior do que qualquer instituição e isso vale também para os CAPS. A pulsação desejante que emana das relações que estabelecemos deve ter o palco e o cenário da vida vivida em liberdade, que é o melhor modo de começar o cuidado” (EMERICH; YASUI, 2016).

A presente Tese de doutorado consiste em um estudo sobre cartografar a articulação entre o centro de atenção psicossocial infantojuvenil e a atenção básica: um percurso pelo cuidado em saúde mental. A escolha dessa temática se apoia na necessidade de pensar sobre a Atenção Básica¹ (AB), componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como um dos pontos de atenção estratégico para o cuidado em Saúde Mental da Criança e Adolescente (SMCA), dado que opera em determinado território, com interações sociais e vínculos estreitados, possibilitando um cuidado ampliado para além dos serviços de saúde mental especializados.

Para a construção desta Tese, tomei como ponto de partida minha trajetória acadêmica e o meu interesse pela área de saúde mental. Durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas – UFPel (2008-2012), me aproximei, no segundo semestre, do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva. Nesse grupo, tive a oportunidade de conviver e trabalhar com pessoas que acreditavam em novas formas de cuidar em saúde mental, sustentadas no modo psicossocial, com ações centradas não mais na doença, mas no indivíduo, suas potencialidades, nos direitos humanos e de cidadania dessas pessoas.

Ainda nesse mesmo período, fui bolsista de Iniciação Científica pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), em uma pesquisa intitulada “O processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da integralidade” (COIMBRA, 2008), subprojeto da pesquisa de Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil (CAPSUL), com financiamento do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Ministério da Saúde (KANTORSKI, 2005).

No período como bolsista percebi que o processo de trabalho na atenção psicossocial se constitui em novas práticas integrais de cuidado em saúde e de fazeres singulares. Tais

¹ O termo adotado neste estudo será “Atenção Básica”, tal qual utilizado pelo Ministério da Saúde, para se referir ao que tem sido mundialmente nomeado “Atenção Primária à Saúde” (APS). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) adota os termos “atenção básica” e APS, em suas concepções, como equivalentes.

considerações me levaram a compreender que para isso há a necessidade de um trabalho coletivo, que cabe ao CAPS buscar integração com as equipes da rede básica, e a partir da construção de ações conjuntas, criar novas estratégias e viabilizar a articulação de redes de cuidado.

A vivência nos estágios curriculares e extracurriculares na área de saúde mental me propiciou, na condição de acadêmica, desenvolver habilidades e competências importantes para a minha formação, e apreender que muito além de desempenhar as atividades práticas era imprescindível aliá-las às necessidades de cada indivíduo, promovendo um cuidado humanizado e singular. O ato de articular o conhecimento teórico com o vivenciado nos estágios gerou indagações quanto a pensar a prática do serviço de maneira resolutiva e de qualidade, e, mais uma vez, entendendo que o saber-fazer, base no cuidado em saúde mental, deve fundamentar-se no modo de funcionamento articulado com os demais serviços da rede presente no território dos sujeitos.

Também destaco minha participação nas pesquisas do REDESUL – “Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial”, o qual avaliou as experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial na região Sul do Brasil (KANTORSKI, 2011), e a pesquisa CAPSUL II – “Avaliação dos CAPS da região Sul do Brasil”, avaliando os CAPS da região Sul do Brasil, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, (KANTORSKI, 2013). Nessas pesquisas, tive a oportunidade de conhecer e vivenciar a realidade de diferentes serviços que contavam com uma rede estruturada, com profissionais engajados, voltados a um cuidado implicado e corresponsável, o que permitia que a equipe dos CAPS atuasse nas diversas situações de saúde mental no contexto territorial. Essas experiências reafirmaram-me a importância de a produção do cuidado em saúde mental acontecer articulado, no território dos sujeitos, composto não só por gestores de saúde e profissionais, mas também pela família.

Meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “*As contribuições da família no cuidado para a consolidação da atenção psicossocial*”, evidenciou que, para a consolidação do modelo de atenção psicossocial, a inclusão dos familiares enquanto objeto do cuidado, é essencial no apoio ao sujeito em sofrimento psíquico, seja dentro ou fora do serviço, protagonizando lutas por melhores condições e qualidades de cuidado (NUNES, 2012).

No Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPel, em 2013, instigava-me a conhecer e a compreender a população infantojuvenil, acompanhar com maior aprofundamento a SMCA. Foi então que comecei a

questionar-me: a rede de atenção à saúde mental às crianças e aos adolescentes estava organizada para além do sistema de saúde? E utilizava outros serviços e recursos da comunidade para atender essa população?

Em minha dissertação, intitulada: “*Atenção psicossocial infantojuvenil – interfaces entre a rede intersetorial*”, discuti acerca das ações e parcerias intersetoriais enquanto necessidade de enfrentamento aos problemas em saúde mental à criança e ao adolescente, inserindo, entre seu escopo, a cooperação e o diálogo da rede de atenção psicossocial com os setores: Saúde, Educação, Assistência Social e Justiça (NUNES, 2014).

Refletindo sobre os resultados daquela pesquisa, constato que o CAPSi integra a rede de saúde do município, interage com os demais setores, porém há uma demanda crescente de usuários, em sua maioria encaminhados pela escola, o que reforça a importância da articulação dos serviços especializados com a atenção básica, pois é nesse território de vida que as ações de cuidado podem ser fortalecidas e facilitadas.

O estudo apontou que, para consolidar a atenção psicossocial infantojuvenil, a condição necessária passa pelo ato de compartilhar saberes e reconhecer a necessidade de novas ações nos locais onde os sujeitos vivem e circulam, utilizando a potencialidade de outros serviços e recursos da comunidade, além dos serviços especializados de saúde mental; que o CAPS Infantojuvenil (CAPSi) não dispõe de muitos recursos terapêuticos para os adolescentes, indicando a necessidade da atuação em conjunto com outros recursos da comunidade para uma ação fundamentada em parceria para a promoção de saúde (NUNES, 2014).

Nesse sentido, visualizo que o CAPSi é um serviço que tem respondido as demandas de atenção psicossocial para dentro, ou seja, há grupos, atendimento individual e de família entre outras atividades. Porém, identifico, como nó crítico, que ainda se deve “perseguir” a relação com ações para fora e junto do território, com outros setores, além da saúde e a necessidade de fortalecer a rede de atenção psicossocial.

A partir desse estudo, meu olhar ampliou-se, novas inquietações foram geradas, e me questionava sobre as possibilidades de ampliar o campo da Atenção Psicossocial adiante da intercessão das ações entre CAPSi e a AB. Permeava meus pensamentos, a articulação entre esses serviços, especialmente a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) para a efetivação das ações no território. Nesse ínterim, abri caminho para novas interrogações: Quais conexões se tecem entre o CAPSi e a AB? Quais os percursos e movimentos envolvem o cuidado e as forças que movem as pessoas na execução deste cuidado à população infantojuvenil? Que ações e práticas de cuidado em saúde mental para as crianças e

adolescentes têm sido produzidas/ofertadas no âmbito da articulação entre CAPSi e Atenção Básica? Como e em quais situações essas ações e práticas estão sendo desenvolvidas? Como os profissionais da Atenção Básica estão organizados para atender a criança e o adolescente?

As políticas de saúde mental atuais, em um esforço para pensar sobre o cuidado à criança e ao adolescente na lógica integrada dos dispositivos de atenção, propõem uma rede de cuidados a partir da articulação dos serviços envolvidos nesse cuidado, e a AB inclui-se dentre esses componentes, destacando o espaço do território para a dinâmica do cuidado. Esses serviços de base territorial podem oferecer um cuidado a partir do modelo de atenção psicossocial, em prol da promoção e cidadania desses sujeitos.

Dessa forma, problematizar as ações no campo da saúde mental para a infância e a adolescência, a partir da articulação com os serviços da rede básica de saúde, para além das estruturas do CAPSi, integrando os recursos do território e assegurando um cuidado contínuo é imprescindível. Assim, para potencializar a articulação do CAPSi com a AB visualizo aspectos fundamentais para que isso possa acontecer, de fato, quais sejam: compartilhamento de ações, cuidado ampliado no território, qualificação da rede, ampliação do acesso, ações longitudinais, contínuas e intersetoriais.

O CAPS é um dos locais de atenção em saúde mental e um de seus desafios consiste em conseguir sair da instituição e promover uma articulação social e intersetorial. Suas ações e espaços precisam sempre ser ampliados e estruturados de forma a ocupar outros territórios e as equipes da rede básica para trabalharem ações em conjunto, compartilhando responsabilidade e garantindo maior resolutividade no manejo das situações que envolvam sofrimento psíquico (DELFINI et al, 2009; DELFINI, 2012). Tal fato reforça a necessidade de fortalecer o lugar do CAPS como um ponto de atenção transitório que funciona, preferencialmente, na interface com a comunidade, potencializando os recursos de suporte social existentes nos mais diferentes espaços de convívio (DIMENSTEIN et al, 2005).

Nessa perspectiva, a AB constitui-se em uma ferramenta importante na produção do cuidado pela sua proximidade com a população, por ser a porta de entrada do sistema de saúde, por apresentar um caráter menos estigmatizante para pessoas em sofrimento psíquico, suas famílias, e pela possibilidade de acolhimento, identificação precoce de casos mais graves ou complexos (GOMES; CINTRA; RICAS et al, 2015).

Por sua vez, Souza (2015) considera a AB uma estratégia potente para a corresponsabilização do cuidado em saúde mental, pois ela é a saída ou o ponto de chegada de uma atenção compartilhada, de uma formação ampliada e de possibilidades concretas de rupturas e avanços para uma clínica da Atenção Psicossocial.

Para Lancetti e Amarante (2012), a AB é o ponto estratégico da rede de cuidados e da reestruturação do sistema, pois, devido a sua forma de organização, há a troca e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários dos serviços, em que os profissionais se aproximam e se vinculam às famílias, de forma a conhecer, cada dia mais, suas histórias de vida, território existencial e geográfico.

Nessa perspectiva, estudos nessa direção se justificam pela necessidade de investir em dispositivos que extrapolem o cuidado especializado, de conhecer as possibilidades, dificuldades e os desafios da articulação entre o CAPSi e a Atenção Básica, visando a implantação de práticas e estratégias pautadas no paradigma da atenção psicossocial.

A atenção psicossocial aposta na mudança de paradigma no campo da prática, deslocando-se da centralização nos aspectos sintomatológicos e patológicos para a promoção da saúde, dos fatores biopsicossociais, políticos e culturais. Mais que uma mudança paradigmática na assistência, trata-se de uma mudança na atuação do fazer, que não nega a visão clínica e orgânica dos problemas psíquicos, mas exige um cenário criativo e articulado de diferentes saberes e ações interdisciplinar e intersetoriais.

O modo psicossocial na infância e adolescência deve promover um trabalho que inclua os diversos segmentos: saúde, educação, assistência social e de direitos, a subjetividade dos trabalhadores, criar relações sólidas com a comunidade, e com os diversos pontos de atenção da rede assistencial de saúde no território. Isto porque o modo de atenção psicossocial se faz através da composição de rede, de cuidados de si e de cuidados para e com o outro. Esse modelo se faz através de uma construção que é incessante e diversa, precisando sempre ser realimentada e ressignificada no coletivo (BASTOS et al, 2014).

Assim, ressalta-se que as ações com enfoque psicossocial ao serem incorporadas na prática cotidiana da Atenção Básica conferem e consolidam a parceria com serviços de saúde mental, sendo desmistificado o conceito de que a atenção à saúde mental é unicamente uma área especializada.

Cabe destacar, no cenário político atual, em relação às políticas de saúde, o campo da saúde mental e atenção psicossocial à população em sofrimento psíquico, o progressivo desmonte aos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica e a tentativa de desconstrução e sucateamento do SUS.

A partir da Portaria 3.588/2017 a Política de Saúde Mental alterou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da ampliação de recursos, do fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, da criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais. Essas propostas têm sido avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no

país, pois, além de possibilitar o retorno do modelo manicomial, secundariza o investimento nos serviços de base territorial e comunitária. O documento também aponta mudanças no arcabouço infantojuvenil, dando ênfase à internação de crianças e adolescentes e métodos biológicos e patologizantes de tratamento (BRASIL, 2017; 2019).

Diante dessa conjuntura que se apresenta bastante sombria, somos convocados à construção de um esforço coletivo – usuários, familiares, trabalhadores e gestores agenciando em nós o devir militante para a mudança ou para a resistência.

Diante desses apontamentos, defende-se a tese de que **“a atenção em saúde mental articulada entre o CAPSi e os serviços de AB potencializa o cuidado em saúde mental à criança e ao adolescente, pois pode apresentar maior possibilidade de resolutividade, promovendo um cuidado compartilhado, acolhedor e integral”**.

Nessa perspectiva, buscou-se responder **a seguinte questão norteadora:** Como a articulação entre o CAPSi e a Atenção Básica tem agenciado suas potências para promover a atenção psicossocial às crianças e adolescentes? De que maneira ocorrem essas conexões? Há produção de cuidado compartilhado?

A relevância da pesquisa relaciona-se à possibilidade de contribuir com práticas reflexivas, inventivas, baseadas nas necessidades dos sujeitos, levando a sensibilização dos profissionais para um olhar de atenção à saúde ampliada, para além dos serviços substitutivos, passando a integrá-las nos serviços centrados na comunidade do sujeito.

Para responder as questões e alcançar os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido por meio da cartografia, orientada, teoricamente, pelas proposições de Eduardo Passos; Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia (2015) – Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade; Eduardo Passos; Virginia Kastrup; Silvia Tedesco (2016) – Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum; dentre outros autores que participaram desse processo cartográfico: Gilles Deleuze, Félix Guattari, René Lourau, Sueli Rolnik, Gregório Barenblitt, Roberta Romagnoli.

A cartografia, segundo Passos, Kastrup, Escóssia (2015), enquanto método de pesquisa intervenção, surge no sentido de acompanhar percursos, como um mapa aberto que vai se delineando a partir das conexões que o campo de pesquisa possibilita cartografar, misturadas às implicações do pesquisador/cartógrafo com a pesquisa; com o campo de intervenção, campo de análise; com os participantes do estudo e com o ato de pesquisar em si. Cartografar é investigar o que dá expressão e o que transforma os modos de produção de cuidado, escutar os seus “ruídos”, seus incômodos, fazer aparecer aquilo que está ali, mas não

tem visibilidade, dando voz ao que era sentido, mas ainda não enunciado (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

A cartografia possibilita uma investigação mais subjetiva do objeto estudado, exigindo do pesquisador-cartógrafo habitar/experimentar diferentes territórios, mergulhar no plano das intensidades, dos afetos e dos estranhamentos que vão tomando forma no percurso. A partir dessa proposta metodológica que buscou acompanhar os movimentos, as conexões, os arranjos e desmanches das diferentes paisagens presentes no território da articulação entre o CAPSi e a AB, acompanhando os movimentos, as linhas de força e de fuga que foram se constituindo entre os serviços pelos encontros com as pessoas no cuidado à criança e ao adolescente.

Para aprofundar a compreensão sobre o método da cartografia, além de realizar as disciplinas obrigatórias do doutorado do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, cursei disciplinas no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e o Curso de Esquizoanálise - ferramentas-conceitos na potencialização das práticas sociais e institucionais, no Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichón-Rivière².

² Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichon-Rivière – Rua João Guimarães 31, salas 405 e 504. Bairro: Santa Cecília – Porto Alegre - RS

2. OBJETIVO

O objetivo desta pesquisa consiste em **cartografar os movimentos e conexões, as linhas de força e de fuga a partir da articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e a Atenção Básica.**

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Acreditar no mundo é o que mais nos falta [...]. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. [...] É em nível de cada tentativa que se avalia a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se, ao mesmo tempo, de criação e povo” (DELEUZE, 1992, p.218).

Na contemporaneidade, diante da discussão acerca da saúde mental de crianças e adolescentes e da necessidade de ampliar o cuidado, é fundamental pesquisar sobre essa temática, entendendo que esta carrega consigo discussões carregadas pela desassistência, institucionalização e modelos restritos de cuidado. E é pensando sobre a possibilidade de construir e ampliar ações em prol dessa população é que proponho a presente Tese de Doutorado.

Para uma melhor organização didática, este capítulo foi dividido em três subitens: Política de Atenção Psicossocial de Crianças e Adolescentes: um pouco da história e marcos legais; Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: um panorama nacional e internacional e Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: articulações com a Atenção Básica.

3.1 Política de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes: um pouco da história e marcos legais

A preocupação com a saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas ainda é recente. Nas últimas décadas, tem-se notado um significativo interesse por essa temática, e para compreender esse processo tardio e pensar sobre como as questões de atenção psicossocial voltada à criança e ao adolescente se inseriram na atual política brasileira faz-se necessário contextualizar e entender melhor como estas se constituíram em nosso país.

Ao discorrer sobre a infância e a adolescência como etapas da vida que requerem uma reflexão sobre o ser criança ou adolescente, enquanto sujeitos “menores”, ou seja, que ainda se encontram em processo de formação, enfatiza-se a necessidade de um novo modo de cuidado, para além da compreensão de suas especificidades sociais, históricas e culturais, e que as crianças e adolescentes estejam inseridas em diversos contextos, com seus direitos respeitados e garantidos.

A política de saúde mental atual busca superar a prática institucionalizante e histórica que marcou durante anos o atendimento em saúde mental no Brasil e no mundo: constituída em uma lógica higienista que fortalecia o quadro de abandono e exclusão social. Nessa lógica, as crianças e adolescentes eram isoladas da sociedade, postos em abrigos (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010).

Entende-se que parte dessa dificuldade teve suas causas decorrentes dos processos históricos, nas formas iguais de tratamento dado à população adulta e às crianças e à falta de consideração aos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil.

O planejamento da política nacional para a infância até a primeira metade do século XIX não tinha nada sistematizado em termos de intervenção e cuidado. E, conforme aponta Pinheiro (2004), as concepções que se tinha sobre o “ser” criança e adolescente eram de objetos, objetos de proteção social, de controle, disciplinamento e de repressão social realizados pelos setores privados e em instituições filantrópicas.

O Estado ao falhar no seu papel de produzir uma infância saudável, gerando a desassistência, fez eclodir no ideário de proteção e intervenção a necessidade de legitimar políticas que atendessem as demandas dessa população, daí o início de um movimento de mudança.

No cenário mundial, dois eventos estão inseridos como marcos na construção social e política de uma nova concepção do ser criança e adolescente. O primeiro, a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, da Organização das Nações Unidas (ONU), e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, ocorrida em 1989, na qual o Brasil foi integrante, sintetizando um novo paradigma para interpretar a situação da infância na sociedade ao afirmar a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos (ONU, 1989; COUTO; DELGADO, 2015; DELFINI, 2015).

Esse processo de reconhecimento se intensificou em meados das décadas de 1970 e 1980, período decisivo para o estabelecimento de novos rumos à atenção à criança e ao adolescente. Dentre as propostas, a Carta Constitucional de 1988, regulamentada pelas Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8.080 de 1990 e Lei nº 8.142 de 1990), deu visibilidade e ampliou as condições de possibilidade para que essas questões estruturais pudessem ser alteradas e superadas.

A promulgação da Constituição de 1988, conhecida como um marco na democracia e dos direitos, defendeu a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes 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, conforme descrito no artigo 227 da Carta Magna.

Tal conjuntura possibilitou que as transformações na atenção à saúde mental tivessem importante repercussão nas formulações políticas da época e que fossem asseguradas tanto na publicação da Constituição de 1988 quanto na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Nesse ínterim, outro processo afirmou a condição de sujeitos de direitos à criança e ao adolescente: a promulgação de Lei n.º 8.069, 1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, o (ECA). Nessa lei, as crianças e adolescentes são consideradas em sua condição de pessoa em desenvolvimento e devem ter suas necessidades atendidas com prioridade absoluta (ECA, 1990). Ou seja, não se trata de assegurar apenas alguns direitos e sim, que a infância passou a ser legalmente constituída com atenção especial, devendo ser tratada como prioridade absoluta em todas as políticas públicas.

Em relação à saúde mental, a mudança da lógica do cuidado reconhecida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve influência do movimento italiano. O processo de desinstitucionalização, que rompeu com a psiquiatria vigente, conhecida por negligenciar e excluir os sujeitos, reestruturou novos modos de pensar o cuidado, revelando ser possível tratar sem excluir as pessoas. A partir desses movimentos contrários à forma de tratamento vigente até então, e da participação popular, o país ganhou força dando início à luta para transformar as práticas assistenciais na Saúde Mental.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi considerada outro marco para a democratização no setor saúde. Esse evento contou com a participação de diversos segmentos sociais e políticos, representando um importante evento político-sanitário e contribuindo para fazer emergir uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional, conferindo a ampliação do conceito de saúde, gerando princípios do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), um desdobramento da 8ª CNS, realizada no ano seguinte, também reforçou a discussão e debateu a reorganização da assistência, a legislação sobre a saúde mental da população, recomendou, ainda, a necessidade de envolver a sociedade nesse processo e, principalmente, a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares. Ambos os acontecimentos impulsionaram a implantação de um novo modelo inclusivo e humanizado de atenção em saúde mental no país, o SUS (BRASIL, 1987).

Essa conferência ficou marcada pelo compromisso de uma nova visão da doença mental, da forma de tratamento, e dos direitos de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. No entanto, em relação à criança e ao adolescente, a discussão restringiu-se à ausência de legislação específica e à necessidade de redefinir a atribuição dada aos menores sem lar, “meninos de rua”, como possíveis “delinquentes ou psicopatas” no futuro, e ainda foi proposta a limitação da internação psiquiátrica de adolescentes e do uso de psicofármacos (BRASIL, 1988; DELFINI, 2015).

Nessa mesma direção, no ano de 1989, um Projeto de Lei nº 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado, deu entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Esse projeto tramitou durante 12 anos, sendo aprovado com modificações apenas em 2001, na forma da Lei 10.216 (DELFINI, 2015; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Concomitante a esses eventos, outro acontecimento de grande importância deve ser lembrado, a “Declaração de Caracas”. Essa Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, assinada por países latino-americanos, inclusive o Brasil, reforçou a necessidade de reverter o modelo de assistência, rever o papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico, garantir os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico e promover a inserção social (OMS/OPAS, 1990; HIRDES, 2009; DELFINI, 2015).

No ano de 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), com ampla participação nacional, a qual abordou a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, mas, semelhante à primeira, não se deteve na questão da atenção à saúde mental infantil, restringindo-se à reversão do modelo assistencial (BRASIL, 1992; 2001, COUTO, DELGADO, 2015).

Ao fim dessa década foram alcançados avanços, e, em 2001, com a promulgação da Lei 10.216, a política de saúde mental ganhou contornos mais definidos. A Reforma Psiquiátrica brasileira passou a ter peso legal e a proposta de rompimento com as práticas asilares, tanto no que diz respeito ao tratamento quanto às concepções/visão de loucura para a sociedade se tornou meta governamental (BRASIL, 2001; CUNHA; BOARINI, 2011).

Entretanto, uma política específica à saúde mental para crianças e adolescentes ainda era incipiente, pois permanecia centrada na população adulta. Contudo, na III CNSM, realizada também no ano de 2001, o campo da saúde mental viu confirmado o anseio pela necessidade de inclusão do cuidado psicossocial às crianças e aos adolescentes e a necessidade de levar em conta as peculiaridades dessa faixa etária (COUTO, 2004; COUTO; DELGADO, 2015).

Contrariando as duas conferências anteriores, essa CNSM deu destaque ao tema da Saúde Mental da Criança e Adolescente (SMCA), reconhecendo a inexistência de uma rede efetiva no país, e a necessidade de apoiar a criação e a discussão de uma política de atenção específica à saúde mental para crianças e adolescentes, mediante a implantação de CAPSis e de outros serviços de atenção (BRASIL, 1990; BRASIL, 2001; TEIXEIRA, 2015).

Ano seguinte à III Conferência, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 336/02 regulamentou os CAPS e instituiu suas modalidades como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS álcool e Drogas (AD) e CAPSi (Infantojuvenil), definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPSi caracterizam-se como a principal instituição de cuidado às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico, com transtornos mentais severos: psicose infantil, autismo, deficiência mental com comorbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves (BRASIL, 2002; 2003).

Além da missão terapêutica e social, esses serviços, compostos por equipes multiprofissionais, cumprem a lógica da atenção diária e do trabalho em rede, destinados ao cuidado no território. São reconhecidos como a primeira resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado de crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental, e uma estratégia para superar a lacuna assistencial em SMCA (COUTO, 2012; TEIXEIRA; JUCÁ, 2014; COUTO; DELGADO, 2015).

Por outro lado, o Ministério da Saúde não tem uma proposta específica para a saúde mental das crianças e adolescentes, exceto para transtornos mentais severos e persistentes, através da implantação dos CAPSi (BRASIL, 2005a). Ou seja, apesar de reconhecido como um serviço estratégico, destinado ao público infantil, este não deve ser o único tipo de serviço a oferecer cuidado em saúde mental, o qual pode ser feito dentro de uma rede de cuidados, na qual está o da AB.

Além dos marcos históricos mencionados, os quais corroboraram as modificações no campo da Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA), houve ainda a criação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes, através da Portaria GM n. 1.608 de 2004. Esse fórum teve a função de reunir agentes dos variados campos de atenção à infância e à adolescência para a discussão e articulação de estratégias de cuidado.

Há também o documento denominado “Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil”, o qual imprimiu, em sua publicação, alguns princípios fundamentais referentes ao reconhecimento dessa população, citando-a como sujeitos de direitos; a garantia de seu acolhimento universal, encaminhamento implicado e corresponsável, construção

permanente da rede e da intersetorialidade, realização do trabalho no território, avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades em saúde mental (BRASIL, 2005a; COUTO; DELGADO, 2015).

Nesse mesmo âmbito, os avanços continuaram, e nos dez anos seguintes à Lei 10.216 e, à III CNSM, cederam à IV CNSM um valor especial, que, diferentemente das anteriores, foi contundente para o tema SMCA, determinando que não fossem postergadas as ações político-assistenciais; que fossem ampliadas significativamente as questões-chave para o efetivo desenvolvimento da rede de atenção, com especial destaque aos desafios advindos do trabalho intersetorial à população infantojuvenil (BRASIL, 2001; 2010; COUTO; DELGADO, 2015).

De base Intersetorial, a IV CNSM, realizada em 2010, reconheceu os esforços do SUS para superar a defasagem assistencial, legitimou a necessidade de garantir, em todo o país, o acesso e tratamento para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, por meio da construção de uma rede ampliada de atenção em saúde mental, comunitária e de fundamento intersetorial. Essa conferência também reafirmou o papel do CAPSi enquanto dispositivo estratégico na construção das redes e na atenção psicossocial de crianças e adolescentes, especialmente no que diz respeito ao seu mandato ordenador da demanda em saúde mental infantil e juvenil (BRASIL, 2010b).

A Política Nacional de Saúde Mental — visando consolidar um modelo de atenção aberto, de base comunitária, para garantir a livre circulação das pessoas em sofrimento psíquico ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, pelos serviços, pela comunidade e pela cidade — instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria nº 3.088 de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013.

A RAPS prevê a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde, e dentre seus principais objetivos incluem-se a ampliação e a promoção do acesso; a garantia de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território por meio de ações qualificadas voltadas para o acolhimento; o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências (BRASIL, 2011; 2013).

Em termos organizativos, a RAPS possui, dentre os seus componentes:

I) Atenção Básica em Saúde, e como pontos de atenção: (Unidade Básica de Saúde; Núcleo ampliado de saúde da família; Consultório na rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de convivência e cultura);

II) Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS nas modalidades adulto, álcool e drogas e infantojuvenil);

III) Atenção de Urgência e Emergência (SAMU; Sala de estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde);

IV) Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de acolhimento; Serviço de atenção em regime residencial);

V) Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Leitos de Saúde mental no hospital geral);

VI) Estratégia de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, Programa de Volta para Casa - PVC);

VII) Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho/Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativos Sociais) (BRASIL, 2011; 2013).

Além de fortalecer o cuidado, a RAPS cria outras possibilidades de acolhimento e proteção para a demanda infantojuvenil e a demanda de uso abusivo de álcool e outras drogas. Tem ainda a atribuição de ampliar o acesso à atenção psicossocial, garantir a articulação e a integração aos demais pontos de atenção no território, e reafirmar o papel desempenhado pelos CAPS no sentido da garantia do acesso e qualificação do cuidado (BRASIL, 2004; 2011; TAÑO; MATSUKURA, 2014).

No caso da infância e adolescência, destacam-se como pontos de atenção, conforme a RAPS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Unidade Básica de Saúde (UBS), as equipes de Consultório na Rua, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), o Centro de Convivência e Cultura (CECCO), o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), os serviços de urgência e emergência, além dos hospitalares (BRASIL, 2014).

Esses serviços devem operar dentro da lógica de rede, de base territorial, comunitária e não institucionalizante, de maneira compartilhada e corresponsável, cujo principal objetivo é a inclusão social de seus usuários. A família e a comunidade em que as crianças se encontram devem ser consideradas nos cuidados, visando a ampliação de sua sociabilidade e possibilidades de vida adotando os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e do ECA (DELFINI, 2015).

Ao se somarem aos CAPS, outros pontos de atenção ganham relevância para a constituição de uma rede efetiva de cuidados. E a articulação desses pontos da rede pode promover fluxos assistenciais menos fragmentados, qualificando a linha de cuidado de saúde mental direcionada a crianças e adolescentes (TEIXEIRA, COUTO; DELGADO, 2015).

Nesse sentido, o desafio posto para um cuidado ampliado em SMCA está diretamente ligado à criação de redes locais que promovam atenção psicossocial de acordo com as necessidades de cada usuário e em sintonia com as necessidades dos diferentes territórios (TEIXEIRA, 2015).

A partir desse breve panorama histórico sobre a trajetória da política assistencial às crianças e adolescentes e suas alterações até o modelo de assistência em vigência, constatamos que houve alguns avanços importantes quanto aos equipamentos substitutivos, ao reconhecimento do sofrimento psíquico e às necessidades de saúde mental dessa população. Contudo, temos muitos desafios, dentre os quais, e o mais recente, o de resistir às transformações em curso no território das políticas de saúde, consideradas um retrocesso para o campo da saúde mental e atenção psicossocial.

As forças governistas mudaram o cenário político desde a destituição da presidenta Dilma Rousseff no ano de 2016, colocando no poder de decisão dos Ministérios representantes de grupos econômicos e políticos contrários ao SUS e à Atenção Psicossocial, e com isso, as conquistas históricas são postas à prova, e também o ideário da Reforma Psiquiátrica como políticas públicas (EMERICH; YASUI; BARROS, 2018).

As fragilidades começaram a ser enunciadas com a Emenda Constitucional 95/2016, a qual limitou, por 20 anos, os gastos públicos, e a Portaria 3.588/17 da RAPS que alterou os modos de funcionamento dos equipamentos da atenção básica, reconhecendo os Hospitais Psiquiátricos como lócus de cuidado, fortalecimento da lógica ambulatorial voltada à internação e à ampliação de recursos para os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas (BRASIL, 2016; 2017).

Para coroar o ciclo de retrocessos, a Portaria 3.659/2018 suspendeu o repasse de recurso financeiro destinado ao custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (BRASIL, 2018). Essas e muitas outras medidas representam um grande retrocesso e o fortalecimento de ações institucionalizantes e segregadoras que podem limitar o usuário ao diagnóstico e à prescrição medicamentosa. Esse modelo está baseado numa proposta higienista que restringe os direitos dos usuários e afronta os princípios já estabelecidos pela Lei 10.216/2001 (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Nesse “novo” desenho de sucateamento da política pública, concretizado pela RAPS 3588/2017 e reafirmado em Nota Técnica 11/2019 (BRASIL, 2019), publicada recentemente para esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e acrescentar algumas modificações nas políticas, por exemplo, o

atendimento à população menor de idade, mencionando a internação em unidades psiquiátricas.

Essa manicomialização da infância e adolescência vai na contramão das diretrizes de cuidado à saúde mental e ameaça as garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação e pelo ECA. Considerando-se esse cenário, reafirma-se a necessidade do protagonismo na sociedade civil para reforçar a luta pelos direitos humanos e garantia de melhores condições de cuidado em liberdade.

Diante do que foi exposto, de todas as nuances histórico-políticas já descritas, e da complexidade dessa temática, é prioritário considerar uma rede de atenção psicossocial voltado à SMCA, pautada pela articulação com os serviços da Atenção Básica, e que essas possibilidades de cuidados possam acontecer não apenas nesses serviços, mas no território existencial de seus usuários.

Nessa ótica, concorda-se com Lancetti e Amarante (2012) quando mencionam que o bairro, as famílias, as comunidades e as unidades de saúde, localizadas nos territórios onde as pessoas vivem, são os lugares privilegiados para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico.

Ademais, as diretrizes da política nacional de saúde mental apontam caminhos a serem construídos pela atenção psicossocial e enfatizam o cuidado em rede. Dessa forma, novos olhares, novas práticas e saberes precisam estar direcionados às crianças e aos adolescentes em sofrimento mental fora dos muros, ou seja, no seu território vivido, dentro do convívio social.

3.2 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: um panorama nacional e internacional

A saúde mental de crianças e adolescentes representa um importante campo de pesquisa e produção científica no Brasil e no mundo. Com base nas principais contribuições encontradas, está presente o reconhecimento do sofrimento psíquico vivenciado por crianças e adolescentes como uma questão de saúde pública, e também a necessidade de maiores estudos na área e atenção no campo psicossocial de crianças e adolescentes, considerando-se que têm impacto no presente e futuro dessa população (OMS, 2016; FERNANDES; MATSUKURA, 2016; GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

Assim, problemas de saúde mental representam muito mais do que um desafio de saúde pública, mas também uma prioridade, pois, tais problemas de saúde mental, quando identificados na infância, têm potencial de evitar o seu desenvolvimento e a progressão dos

fatores de risco. Essa preocupação também deve enfatizar estratégias de prevenção e intervenção, e a necessidade de maior investimento político e econômico tanto pelas políticas públicas quanto pela realização de pesquisas nessa área.

Compreende-se que para que haja maior visibilidade nesse campo, há que se entender, antes de tudo, a saúde mental como uma necessidade de saúde. Ademais, para além da dimensão da saúde, deve-se refletir sobre como têm se constituído a infância e a adolescência, a saúde mental infantojuvenil e, conseqüentemente, os contextos de vida, situações sociais presentes no ambiente em que a criança vive e às quais está exposta, situações estas apontadas como fatores de risco para os problemas psíquicos.

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), acredita-se que os problemas de saúde mental, no contexto mundial, na fase da infância e da adolescência, tenham uma prevalência de 10 a 20%, e que, apesar desses dados, na maioria dos países os recursos destinados ao cuidado em Saúde Mental não chega a 1% do total dos gastos em saúde. Além disso, mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental, mais de 30% não têm programas nessa esfera e mais de 90% não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes.

A OMS (2005) aponta ainda que até o ano de 2020 os problemas de saúde mental da infância e adolescência tendem a crescer mais de 50% em todo o mundo, tornando-se uma das cinco causas mais comuns de doenças nessa faixa etária. Dados nessa linha de estudo estimam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo sofre de algum problema de saúde mental (ASSIS et al, 2009).

O guia *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents*, publicado pela (OMS, 2017), chamou a atenção dos governos para inclusão das necessidades de saúde mental de adolescentes e o desenvolvimento de políticas, programas e planos nacionais em seus países. O guia foca uma série de condições prioritárias, dentre as quais as de que uma em cada seis pessoas com idade entre 10 e 19 anos apresenta algum problema de saúde mental. Que as condições de saúde mental são responsáveis por 16% da carga global de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 e 19 anos. A depressão é uma das principais causas de doença e incapacidade entre adolescentes e o suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Estudos recentes, realizados nos Estados Unidos com crianças, estimam que 11% a 20% dessa população americana apresentará, em algum momento do seu desenvolvimento, problemas emocionais ou comportamentais. E que problemas psíquicos, como transtorno da linguagem e do aprendizado, deficiência intelectual, TDAH (transtorno de déficit de atenção e

hiperatividade), TEA (transtorno do espectro do autismo) e outros problemas comportamentais já são as cinco causas mais frequentes de limitação das atividades usuais da criança nos Estados Unidos (SLOMSKI, 2012; HALFON et al, 2012; WEITZMAN; WEGNER, 2015).

Ainda no contexto internacional, estudos que se dedicam a investigar a prevalência de transtornos mentais em crianças variam de 8,8% na Inglaterra (FORD; GOODMAN; MELTZER, 2003) e 8,2% na Itália (FRIGERIO et al, 2006). Na França, a pesquisa realizada por Richard et al, (2010), em um departamento de psiquiatria de um hospital para investigar o número de internações de crianças com problemas de saúde mental, encontrou um aumento de 201% em um período de oito anos, sendo a violência, ideação e tentativa de suicídio e depressão as principais causas de admissão.

Outro estudo conduzido na Índia por (MALHOTRA, 2014), sobre a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes escolares entre cinco a 15 anos de idade, encontrou uma taxa de prevalência de 23,3%. Já o estudo realizado em Omã, na Arábia, com adolescentes e adultos jovens de ambos os sexos, entre 14 e 23 anos de idade, encontrou uma prevalência de 20,0% para pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, e 32,7% para transtornos mentais leves (JAJU, 2009).

No Brasil, estudo de base populacional realizado em quatro cidades de quatro regiões do Brasil (Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte), que avaliou a prevalência de transtornos psiquiátricos em 1.676 crianças e adolescentes escolares de seis a 16 anos do ensino fundamental, encontrou uma prevalência de 13,1%, para a presença de pelo menos um problema de saúde mental (PETRESCO et al, 2014; PAULA et al, 2014), resultados estes semelhantes encontrados em outros estudos de base populacional no mundo (MERIKANGAS et al, 2010). Contudo, dependendo da faixa etária e do contexto social, essas taxas podem variar, e muitos casos ainda podem não ser identificados (CID; MATSUKURA, 2014).

E os problemas mais frequentes que incidem na população infantojuvenil apontam para diagnósticos relacionados à aprendizagem; aumento dos índices de transtornos globais do desenvolvimento; transtornos hipercinéticos, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA); quadros depressivos e ansiosos e os problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas entre os adolescentes (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014; PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2016; FATORI; GRAEFF-MARTINS, 2016).

Dados semelhantes foram observados no estudo de Ramires et al (2009), sobre os maiores motivos que levam à procura por atendimento psicológico, mencionando os

problemas de aprendizagem, hiperatividade, falta de limites e agressividade; crises de choro, ansiedade e medos; falta de atenção e dificuldade de aprendizagem; maus-tratos e negligências; conflitos familiares e disputa por guarda e gagueira.

Está claro que problemas de saúde mental representam impactos importantes nas condições de vida dessa população, tornando-se uma prioridade na agenda de saúde pública para transformar os modos de cuidar. Diante dessa informação, um maior compromisso dos gestores e formuladores de políticas públicas em saúde mental se faz necessário, contudo, cabe lembrar que a dimensão cuidado-saúde não está restrita apenas ao objeto doença, e que não basta olhar para o sujeito somente pela perspectiva da doença.

Sendo assim, estudos epidemiológicos com abordagens quantitativas mostram um retrato numérico sobre o cenário investigado, apresentando resultados em dígitos. Pesquisas com essa proposta são, sem dúvida, essenciais para subsidiar o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas à realidade da população. Contudo, pesquisas de caráter qualitativo também têm trazido contribuições e novos olhares, além de privilegiar os sentidos e afetos dos movimentos de um grupo social e a possibilidade de responder, de forma aprofundada, as investigações do objeto de estudo. Nessa direção, ambos os métodos são complementares e precisam ser usados para preencher as lacunas deixadas em relação à saúde mental de crianças e adolescentes.

Nesse sentido, é oportuno mencionar estudos de cunho qualitativo que se dedicam a conhecer a experiência dos familiares. A família representa um elemento importante no processo do cuidado à criança e ao adolescente, seja na função de prover, proteger, acompanhar ou atender as necessidades de sofrimento psíquico. Os autores Noronha et al (2016) consideram importante conhecer o familiar do usuário do CAPSi, suas aflições, sentimentos e percepção sobre o tratamento realizado, na perspectiva de oferecer apoio e orientação para fortalecer a relação de colaboração no cuidado.

Considerando ainda a importância de estudos que abordam as famílias de crianças com problema mental, Vicente; Marcon e Higarachi (2016) buscaram compreender os sentimentos e reações dessas famílias sobre os sentimentos vivenciados e revelaram que as reações frente aos sofrimentos psíquicos provocam, nas famílias, um turbilhão de sentimentos, que incluem desde a negação inicial, passando pelo receio em relação ao convívio social até as expectativas e dúvidas em relação ao futuro. Esse resultado vai ao encontro do estudo realizado por Falavina e Cerqueira (2008) que afirmam que os relacionamentos familiares são atingidos pela doença mental e refletidos em sentimentos ambíguos, de sobrecarga ou relações de superproteção. E de Machineski, Scheneider e Camatta (2013), quando dizem que o

universo familiar também experimenta preconceitos, desconhecimentos e falta de informação, o que pode tardar a procura por atendimento e prejudicar o tratamento.

Os estudos analisados também evidenciaram que o cuidado dessa população está centrado na figura materna (DOMBI-BARBOSA et al, 2009). Esse dado vai ao encontro de outros estudos encontrados na literatura que apontam a mãe ou outras figuras femininas, as avós, como os principais cuidadores (VICENTE; MARCON; HIGARACHI, 2016; MUYLAERT; REIS; DELFINI, 2015). Concordando com os estudos acima sobre a presença constante de cuidadores do sexo feminino nos serviços de saúde mental, Souza Filho et al. (2010) reafirmam que, embora tenham ocorrido modificações ao longo da história, o cuidar ainda é uma função atribuída, na maioria das vezes, ao sexo feminino, e uma das razões para tal afirmação são as relações de cuidado historicamente construídas ao longo do tempo sob responsabilidade do sexo feminino.

Esse dado expressa, o quanto ainda é frequente o papel da mulher enquanto principal cuidadora quando algum membro da família é acometido de alguma enfermidade ou um transtorno mental, por exemplo. A mesma autora faz outra observação, ao declarar que podem ser notados, nos serviços de saúde, os denominados “grupos de família” constituídos quase que exclusivamente por mulheres. Desse modo, defende-se a importância de incentivar uma sociedade inclusiva, capaz de combater todas as formas de discriminação, seja de gênero, de naturalização do cuidado como algo exclusivo às mulheres, e, sobretudo, incentivando a participação de pessoas de ambos os sexos de forma ativa no tratamento de crianças e adolescentes (ROSA, 2008).

Ainda, frente ao que se tem produzido, também foram encontrados estudos que discorrem sobre a necessidade de uma rede ampliada de atenção, de modo a operar na lógica da articulação com outros equipamentos do território e para o fortalecimento da intersetorialidade.

No campo da atenção psicossocial infantojuvenil, a corresponsabilização do cuidado no território pode ser potencializada pelas ações do Programa de Saúde na Escola (PSE), instituído no Brasil em 2007 (BRASIL, 2007; 2013) o qual visa contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Esse programa busca a articulação entre escola e a rede básica de saúde, contribuir na formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Além de promover também, a participação de outros setores e atores sociais conforme a organização de cada território bem

como a criação de uma rede de corresponsabilidades para garantir a sustentabilidade das ações (BRASIL, 2013).

Estudos recentes tem destacado a proposta do PSE, como um caráter inovador de ação intersetorial, ao mesmo tempo em que ponderam que a sua efetivação se constitui ainda um desafio (FERREIRA; VOSGERAU; MOYSES et al, 2012; JACOÉ; AQUINO; PEREIRA et al 2014). Dessa forma, os resultados assinalam como possíveis dificuldades na implementação do Programa, a diversidade de concepções sobre intersectorialidade entre gestores que compõem os grupos de trabalhos (FERREIRA; VOSGERAU; MOYSES et al, 2012; FERREIRA; VOSGERAU; MOYSES et al 2014), a predominância do setor Saúde nas tomadas de decisão e na emissão de portarias e normas (SOUZA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017). E as potencialidades da ação intersectorial identificadas nos documentos oficiais sobre o PSE não reverberam nas práticas dos gestores nem na atuação sobre os territórios (CHIARI; FERREIRA; AKERMAN, 2018).

Com isso reitera-se que a colaboração intersectorial vem sendo almejada e revelada como uma aposta significativa para a promoção da integralidade do cuidado e uma condição necessária capaz de responder às diferentes ordens de necessidades envolvidas no cuidado dessa população.

Couto, Duarte e Delgado (2008) declaram que, no Brasil, a rede de cuidados em saúde mental para a infância e adolescência ainda está muito aquém das necessidades dessas populações. Os autores recomendam que o cuidado ocorra de modo compartilhado entre os diversos atores que se propõem a discutir e a pensar sobre as necessidades dessa população, ressaltando a importância de pesquisas que divulguem o conhecimento e revelem desafios a serem superados nessa área.

Nessa perspectiva, é importante refletir sobre a saúde mental infantojuvenil como uma questão que vise além da intervenção da doença e seu tratamento, e que possa envolver fatores sociais mais complexos, demandando uma articulação intersectorial (KANTORSKI et al, 2014).

Por intersectorialidade entende-se um processo de articulação entre os diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas voltados a orientar e a garantir a integralidade do cuidado. Entende-se, assim, que as ações de cuidado ultrapassem aquelas implantadas pela política de saúde e incluam todas as diferentes políticas setoriais, instituições e serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.) que compõem a rede de relações do sujeito (ZANIANI; LUZIO, 2014).

Com isso, as ações de cuidado podem ser desenvolvidas muito além dos limites da estrutura física do CAPSi, e se articularem às esferas que cruzam a vida do sujeito, estendendo-se a todos os recursos disponíveis no território. Kantorski et al (2014), em seu estudo que estimou a capacidade de articulação dos CAPSi dos estados do Sul do Brasil com os setores da saúde em geral, educação, assistência social, justiça/direitos, constataram a existência de uma articulação bem significativa, e também o reconhecimento por parte dos participantes do estudo sobre a importância de acionar tais serviços para a garantia de cidadania dos usuários, qualificando, assim, o cuidado e garantindo os direitos dessa população.

Na pesquisa de Nunes et al (2016), que considerou como objetivo conhecer as parcerias intersetoriais para a ampliação do campo de atenção psicossocial da criança e do adolescente, os autores afirmam que o CAPSi está inserido em uma rede comprometida com o cuidado e possui uma equipe integrada, o que permite ampliar as possibilidades de atuação do serviço para fora, respeitando as singularidades dos indivíduos e suas realidades.

No estudo de cunho documental, voltado a descrever e analisar mudanças na rede de SMCA na cidade de Campinas, no período de 2006 a 2011, no âmbito do acesso e da reorientação do fluxo do atendimento, Teixeira, Couto e Delgado (2015) observaram que, a partir do fortalecimento da rede intrassetorial, foi possível: promover fluxos assistenciais menos segmentados, fundamentais para a mudança e qualificação da linha de cuidado de saúde mental direcionada a crianças e adolescentes.

No entanto, ainda se observam lacunas que comprometem ou dificultam a consolidação do cuidado em rede no que diz respeito às necessidades em saúde mental de crianças e adolescentes. Teixeira, Couto e Delgado (2016) analisaram os facilitadores e as barreiras para o cuidado colaborativo no campo da atenção psicossocial infantojuvenil. Os autores identificaram problemas relacionados ao processo de trabalho e desarticulação da rede. E como facilitadores encontraram a percepção sobre os problemas que envolvem a criança e o adolescente e em uma visão ampliada dos determinantes de sofrimento psíquicos e sociais, ou de vulnerabilidade.

As atividades fora dos CAPSi precisam fazer parte do cotidiano das crianças e jovens, pois a integração com a comunidade é um meio de demonstrar que todos podem conviver mutuamente, utilizando os mesmos espaços e interagindo de forma saudável. Essa convivência só vem desmistificar a saúde mental e expor à sociedade que as pessoas com transtornos psíquicos podem e devem fazer parte da comunidade onde vivem (KANTORSKI et al, 2014). E os estudos já realizados recomendam investir em mais pesquisas, sobre:

articulação e construção de redes ampliadas de atenção; desafios do trabalho intersetorial; intervenções terapêuticas baseadas nos princípios da atenção psicossocial e inclusão social; e articulação do CAPSi com a rede básica de saúde, em especial com os serviços de Atenção Básica pelos benefícios que ela pode oferecer quanto à acessibilidade, proximidade com a comunidade e alta capilaridade com o território e a rede de cuidado intersetorial.

Até o momento, foram apresentados alguns caminhos que a política de SMCA construiu, além da potência dos dispositivos e possíveis estratégias para um cuidado em rede. No entanto, carece entender como vem ocorrendo a prática cotidiana desses serviços, o modo com que os profissionais estão envolvidos na atenção psicossocial dessa população e conduzindo as suas práticas, quais as ações são necessárias para pensar além das intervenções terapêuticas desses serviços, que equipamentos disponíveis no território dos sujeitos devem ser explorados e incluídos.

A produção de conhecimento científico contribui não apenas para a ampliação do conhecimento e avanço científico, mas é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas no país e de transformações sociais, pois, estas reafirmam o nosso compromisso com a Reforma Psiquiátrica, pela defesa de um cuidado diferente no tratamento da saúde mental, dos direitos e da cidadania dos sujeitos.

Esse quadro de retrocessos que vivemos na ciência e na educação, anunciado pelo congelamento de repasses aos programas de pós-graduação e fomentos de pesquisa, compromete o futuro da pesquisa brasileira. Contudo, mesmo diante dos sucessivos ataques que a Constituição, o SUS e a Reforma Psiquiátrica e os órgãos de fomento têm sofrido, fazemos das palavras de Paulon e Londero (2019, p. 10), as nossas: “pensar modos inclusivos e participativos de produzir conhecimento é, mais do que alternativa de cuidado, uma questão de sobrevivência subjetiva”.

3.3 Saúde Mental de Crianças e Adolescentes: articulações com a Atenção Básica

As Políticas Públicas de Saúde Mental para crianças e adolescentes, historicamente, foram marcadas pela existência de uma lacuna assistencial, pois o tratamento era realizado com base nos adultos, desconsiderando as especificidades da atenção à infância e adolescência.

No entanto, o cuidado de crianças e adolescentes impõe especificidades que não podem ser contempladas pela simples extensão das estratégias dirigidas à população adulta. Trata-se de uma prática social que envolve a articulação com setores autônomos à saúde

mental em si, entre os quais a saúde mental/atenção básica, a educação, a assistência social, a justiça e os direitos sociais (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

No âmbito da saúde mental infantojuvenil, considera-se que o cuidado em rede, articulado com a Atenção Básica, pode favorecer o desenvolvimento da criança e contribuir para a promoção de bem-estar e qualidade de vida da família (TSZESNIOSKI et al., 2015).

Nas últimas décadas, ocorreram significativos avanços, alterações importantes nas legislações, portarias e novos dispositivos de cuidados, como os Centros de Atenção Infantojuvenil (CAPSi) para promoção de acolhimento e cuidado, além da possibilidade de incorporar ações de saúde mental no cotidiano da atenção básica.

Os CAPS tornaram-se um dos pilares na consolidação de novas práticas a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, reconhecidos como um elemento estratégico e referência para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Porém, não devem ser considerados os únicos serviços responsáveis pelo atendimento a essas pessoas.

Cunha e Yasui (2011) afirmam que esses serviços substitutivos ocuparam um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, mas observam que existem novas formas de se trabalhar, descentralizando as ações de cuidado no território, valorizando a Atenção Básica (equipes de Atenção Básica e equipes de Saúde da Família) como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde.

Logo, a AB, representada pelas eAB e eSF, tem sido cada vez mais convocada a contribuir para as questões que envolvem a saúde mental infantojuvenil, por sua proximidade com as famílias e com a comunidade; por se constituir em porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS); por ser considerada o ponto de partida para atuar nas ações de saúde mental, pois está centrada no acolhimento, na promoção, prevenção à saúde e integração com outros níveis de atenção (DELFINI; LEAL; DACAL et al, 2016).

E mesmo quando há inclusão nos CAPSi, as crianças e adolescentes devem continuar sendo acompanhados na Atenção Básica, de modo que essa população não deixa de ser responsabilidade da eAB, pois esse serviço pode e deve colaborar ativamente no projeto terapêutico, mantendo-se a par da evolução do usuário e continuar o acompanhamento após o tempo de cuidado pelo CAPSi (LAURIDSEN-RIBEIRO; ARRIGONI; LEAL 2016). E, sobretudo, porque as crianças, nos primeiros anos de vida, são vistas com frequência nas eAB, e é justamente na primeira infância que podem ser reconhecidos os primeiros sinais para o desenvolvimento de problemas clínicos e psíquicos, e, sobre estes, intervir e tratar (KATZ; LUGON, 2016).

É atribuição dos CAPS oferecer atendimento clínico a pessoas que demandam atendimento especializado, isto é, que apresentem transtornos psicológicos graves e persistentes. Todavia, considerando a proposta de que a Reforma Psiquiátrica ambiciona um modelo que ofereça atenção e cuidado sem, no entanto, afastar o sujeito de seu espaço social, não apenas os CAPS, mas também os serviços de Atenção Básica se constituem em espaço privilegiado de intervenção, sendo uma estratégia significativa para delinear ações focadas na dimensão territorial (DIMENSTEIN et al, 2009).

Ainda nesse contexto, Teixeira, Couto e Delgado (2015; 2016) acrescentam que quando há o cuidado ampliado e compartilhado, este facilita a construção de um cuidado colaborativo, permitindo, assim, a construção de novos modos de cuidar que ultrapassam a fragmentação e a dispersão, indicando a existência de um terreno favorável à implantação do trabalho articulado e sob as premissas da atenção psicossocial.

A recomendação pela ampliação de ações de saúde mental nos serviços de AB no Brasil foi precedida por diretrizes internacionais, como a publicação do documento “*La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*”, estruturado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990. Esse documento reforçou ações de saúde mental nos serviços de atenção primária (OMS, 1990; TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009). Outro documento, o “*Mental Health: New Understanding, New Hope*”, publicado pela OMS (2001), faz menção ao enfrentamento dos problemas de saúde mental, destacando a importância do cuidado em saúde mental para além dos serviços especializados, chamando a atenção para a alta prevalência de transtornos mentais e neurológicos, por uso abusivo de drogas.

Em 2003, o Ministério da Saúde lançou o documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica”, o qual destaca as conquistas realizadas na implantação dos CAPS, porém, reconhece que há necessidade de melhoria e inclusão da saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2003).

Mais recente em documentos oficiais, o ministério da saúde lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e revisada em 2011, que define a Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção de saúde; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; redução de danos e manutenção de saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2006; 2011).

Esse novo documento manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (BRASIL, 2011). Além dos princípios já definidos, a AB é norteada pelos princípios da coordenação do cuidado, da territorialização, da construção do vínculo e continuidade, da responsabilização e da humanização da atenção à saúde. Considera, ainda, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e na sua inserção sociocultural (BRASIL, 2006; 2011).

Desse novo texto da PNAB (2011) até os dias atuais, diversas ações foram modificadas, entre as quais a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho, ou instituídas, como a ampliação da cobertura populacional, a criação de ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, das ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, ampliação das atribuições de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a incorporação de Agentes de Combate às Endemias (ACE), e também o Programa Mais Médicos foram destituídos da atenção básica (BRASIL, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Vale reafirmar que, apesar das mudanças introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica 2017, tais mudanças não dependem exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses políticos e econômicos que nos circundam. E a concretização de uma APS efetiva, acessível e resolutiva, depende substancialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde (ALMEIDA et al, 2018).

Para Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006; 2010; 2016), é na atenção básica, via de regra, que chegam todos os tipos de queixas inclusive de SMCA. Desse modo, acentua-se a importância de a rede básica de saúde trabalhar de maneira integrada aos serviços de saúde mental da criança e adolescente, para que possam compartilhar a responsabilidade pelos casos e garantir maior resolutividade nas situações que envolverem o sofrimento psíquico dessa população.

Nessa perspectiva, Dimenstein e colaboradores (2009) defendem que a incorporação das ações de saúde mental na rede básica de saúde facilitaria o direcionamento dos fluxos da rede e promoveria maior articulação entre os equipamentos de saúde mental, ao se considerar seus eixos de integralidade, intersetorialidade e territorialidade.

Ações conjuntas entre equipes são decisivas para o desenvolvimento do trabalho em de saúde mental na ESF e promover o cuidado infantojuvenil, tanto em relação a situações de

menor complexidade, quanto na qualificação dos encaminhamentos necessários, podem garantir maior adesão dos usuários e familiares ao processo de cuidado (CARVALHO; DUARTE; GLANZNER, 2020).

Nesse sentido, encontrar estratégias e arranjos para garantir o atendimento às crianças e familiares, pode proporcionar a facilidade de acesso ao serviço tendo em vista a proximidade das suas residências, estreitando os vínculos familiares, de trabalho e de suporte social, que podem ser fontes importantes seja pela facilidade de acesso, menor probabilidade de preconceito e resultados terapêuticos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Assim, o serviço de saúde, frente às necessidades de cuidado a população infantojuvenil, deve tomar a responsabilidade sobre buscar estratégias conjuntas e a premissa de todos os serviços da rede de saúde mental pode assumir papel de destaque no cuidado, especialmente, a atenção básica por ser um serviço adjacente ao território, podendo estar mais próximo de estratégias que reconheçam os modos de vida das pessoas e os incluam em seus projetos de cuidado.

E é no território, afirmam Pinto et al., (2012, p.658), “onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada”.

Assim, há a necessidade da integração e cooperação entre os serviços de saúde existentes, de modo que, quando operadas em conjunto, as ações tornam-se mais eficazes. Segundo Antonacci e Pinho (2011), a ação conjunta entre saúde mental e atenção básica é uma realidade necessária nas equipes de saúde da atenção básica, diante do contingente de pessoas que sofrem com transtornos. Para tanto, algumas questões devem ser priorizadas: gerar espaços, qualificar o atendimento por meio de educação permanente, dar suporte matricial, e inclusão da assistência no território.

No tocante a estudos nessa esfera, há consensos na literatura nacional e internacional, no sentido de incorporar os cuidados de saúde mental nos níveis primários de atenção. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) e a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2008) editaram, em conjunto, um documento intitulado *Integrating mental health into primary care: a global perspective*, o qual defende a inclusão das ações de saúde mental na APS e descreve relatos de experiências exitosas de integração em diversos países.

Esse documento aborda, em sua primeira parte, princípios gerais que fundamentam essa integração e pontua que a APS deve incluir, entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário,

a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física e, por fim, a prevenção e promoção da saúde mental (WHO, WONCA, 2008).

Na segunda parte do documento, constam experiências dessa integração em alguns países do mundo. Na Argentina, por exemplo, os pacientes recebem tratamento de saúde mental nas suas comunidades, onde podem usufruir do apoio da família, amigos e dos serviços comunitários. A Austrália conta com a colaboração de clínicos gerais nos serviços de saúde mental, o cuidado, nesse país, está apoiado em ações colaborativo e partilhado entre os cuidados primários, serviços comunitários e serviços especializados.

Belize oferece formação aos profissionais de enfermagem em psiquiátrica e estes são integrados em cuidados de base comunitária, e em suas atividades de cuidados primários incluem visitas ao domicílio. No Chile foi implantado, em 2001, o Programa Nacional de Depressão na APS, e, assim, 90% das pessoas com depressão recebem tratamento no território.

Em outros estudos é possível visualizar que, apesar de experiências exitosas, ainda existe a necessidade de maior integração entre os serviços. O estudo de Urada et al (2014), realizado nos Estados Unidos, destaca a questão da responsabilização dos serviços, entendendo-se que esses limites necessitam de negociações e pactuações de cuidado compartilhado entre os serviços para que não haja lacunas de atendimento entre os serviços, sejam do CAPSi, do CAPSad ou da atenção básica. Em consonância, Ness e colaboradores (2014), em estudo realizado na Noruega, referem que há necessidade de diálogo aberto e envolvimento participativo entre os serviços. E quando esses processos interacionais estiverem bem estabelecidos e presentes nas ações dos profissionais, haverá mais qualidade nos serviços seja de modo intra e intersetorial.

Fazer com que esse deslocamento do cuidado ou prática colaborativa seja bem-sucedido nos cuidados de saúde mental dos CAPS para outros pontos de atenção como a AB requer um fluxo acessível entre todas as partes envolvidas, trabalho em equipe, parcerias e compartilhamento de *feedback* para alcançar melhores resultados nos cuidados de saúde mental.

Em estudo realizado em Quebec, Nadeau e colaboradores (2012) defendem que um cuidado em saúde mental para a infância e adolescência, acessível e adequado, demanda diversos profissionais e instituições a fim de proporcionar um trabalho multidisciplinar e compartilhado. Os autores também enfatizam que a qualidade da parceria e da colaboração é crucial para oferecer um atendimento de qualidade, maior acessibilidade e compreensão das

necessidades terapêuticas e o desenvolvimento de um plano de tratamento para crianças e jovens e suas famílias.

Ainda sobre a integração entre a Saúde Mental e a APS, estudos realizados em Uganda e na África do Sul, apontaram para a necessidade de maiores esforços políticos e de gestão para ampliar o acesso e a integração entre esses serviços. E o desenvolvimento de ações compartilhadas, através de agentes comunitários de saúde, foi reconhecido como uma estratégia promissora para melhorar o acesso dos usuários aos serviços (SSEBUNNYA et al, 2010; PETERSEN et al, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também aceitou a ideia de que a prática colaborativa em cuidados de saúde necessita da sinergia do trabalho compartilhado (2010). Para tanto, para que essa prática colaborativa, reconhecida como o ato de trabalhar em conjunto, se efetive, demanda um processo de trabalho articulado, que integre ações e serviços.

No contexto brasileiro, nas últimas décadas, a saúde mental na atenção básica tem sido tema bastante debatido, além de protagonizar algumas experiências. Em relação a essas experiências, incluem-se as que mencionam o apoio matricial enquanto um método de trabalho que se fundamenta na ideia da responsabilização compartilhada. Isso permite a articulação dos serviços pelo apoio dos especialistas e pela instrumentalização das equipes de Atenção Primária, refletindo-se na capacidade de essas equipes reconhecerem os problemas de saúde mental no território sob sua responsabilidade e assegurar maior resolubilidade ao serviço (GERHARDT NETO; HIRDES, 2014).

Por outro lado, no que tange ao público infantojuvenil, Cavalcanti, Jorge e Santos (2012) indicaram que as ações de matriciamento realizadas entre equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e equipes especializadas de saúde mental – CAPSi de um município de Fortaleza, não contemplaram a discussão de casos abordando crianças ou adolescentes em sofrimento psíquico. Como possíveis causas desta situação, os autores citaram: a dificuldade dos profissionais em lidarem com esse campo de atuação; a dificuldade dos familiares em tratarem do assunto por medo de exposição, e a invisibilidade do sofrimento de crianças e adolescentes.

Delfini e Reis (2012), em estudo realizado no município de São Paulo, dizem que, ainda que sejam assinaladas ações de discussão de casos e de matriciamento entre ESF's e os CAPSi, a desresponsabilização pelo cuidado e a falta de capacitação profissional são desafios para a atenção às crianças e aos adolescentes em sofrimento.

Nessa arena cercada de barreiras para integrar a saúde mental infantojuvenil à atenção primária, Hirdes (2015) destaca algumas: o sentimento de não qualificação dos profissionais generalistas no atendimento às pessoas com transtornos mentais; a sobrecarga de trabalho, a pressão por produtividade (número de pessoas atendidas), o atendimento centrado na medicalização dos sintomas e no diagnóstico.

A fim de diminuir as lacunas existentes, e a necessidade de articular saúde mental de crianças e adolescentes com a AB, diversos autores têm defendido a necessidade de investimentos na dimensão da corresponsabilização e compartilhamento das ações e inserção de crianças e adolescentes em sofrimento nos serviços territoriais (TANAKA, LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; 2009; 2010; FERRIOLLI et al, 2007; COUTO; DELGADO, 2010; COUTO et al, 2008; 2012; 2015; PAULA et al, 2010; 2011; GOMES et al, 2015; DINIZ et al, 2016; DELFINI; REIS, 2012; 2015; FERNANDES, 2014; TAÑO, 2014; TEIXEIRA et al, 2015; 2016).

O período que compreende a infância e a adolescência exige atenção às suas complexidades, às transformações nas concepções e mudanças nas práticas de cuidado engendrado com outros dispositivos, de maneira que nenhum setor atue de forma a responder às demandas de forma isolada.

Dessa forma, ações em saúde mental devem privilegiar o modo transdisciplinar, pois os problemas psíquicos e emocionais que afetam crianças e adolescentes tendem a se refletir nas fases seguintes da sua vida (PINTO et al., 2014). Diante disso, Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) relatam a potência do trabalho no âmbito da atenção primária para a identificação precoce de problemas de saúde mental, e também as condições associadas a esses problemas.

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

Ademais, “propõe-se que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado³, ter base territorial e atuação transversal com outras políticas

³ Redes de cuidado representam os atores que realizam ações de cuidado, os locais no território, como a escola, o domicílio, a igreja, o clube, o cinema, podendo ou não estar incluídas as instituições de saúde (BRASIL, 2005b). Diante disso, parte-se, então, de uma concepção, de que a rede de cuidado implica a atuação dentro dos espaços de convivência dos indivíduos, por isso, torna-se importante a criação de novos circuitos de socialização para que seja construída uma rede que funcione baseado na participação social de diversas áreas (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

específicas, buscando o estabelecimento de vínculos e o acolhimento” (TSZESNIOSKI, et al., 2015, p. 365).

A ênfase na articulação dos serviços de saúde mental da criança e do adolescente com a Atenção Básica também é defendida por Teixeira et al (2015; 2016). Os autores sustentam que ações de SM na AB podem reduzir encaminhamentos desnecessários e aumentar a adesão de usuários e familiares ao tratamento. E acrescentam que se tais ações estiverem articuladas aos CAPSi, estas tendem a promover fluxos assistenciais menos fragmentados, facilitando a continuidade da atenção, compartilhamento as estratégias de cuidado e o aumento da efetividade da ação psicossocial.

A articulação da Saúde Mental infantojuvenil com a Atenção Básica é uma estratégia em movimento, em consonância com as diretrizes que orientam a política pública de saúde mental e da reforma psiquiátrica. No entanto, é importante ressaltar que enfrentamos um processo de desmonte, retrocessos e precarização no cenário político atual e nas políticas de saúde. E nesse (des)caminho a percorrer temos muitos desafios a superar, e o cuidado na perspectiva da atenção à saúde mental, de modo particular na área infantojuvenil, merece atenção. Ademais, tais considerações somam-se à necessidade de que o cuidado dispensado a essa população envolva outras instâncias, conjugando outras forças, outros aliados, para que possa ser cuidada na sua totalidade, sendo respeitadas suas diferenças de desenvolvimento e subjetivação.

Então, ao considerar urgente o cuidado à infância e à adolescência, é consenso das diversas instâncias sociais e políticas que é necessário integrar ações, serviços e diversos setores, não apenas restritos aos territórios geográficos, onde as pessoas estabelecem vínculos e produzem o cuidado, mas incorporar territórios existenciais, de modo a combinar dimensões subjetivas daqueles que são cuidados – crianças, adolescentes e os trabalhadores de saúde.

Essa dimensão criativa de cuidar exige para além de encontros que coproduzem sujeitos e projetos de vida, seja conduzida por um projeto ético-estético-político: ético no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças; estético, porque traz para as relações os encontros, a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver; e, político porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010).

4. TRAÇADOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS, INSTRUMENTOS E CAMINHOS TRILHADOS

“[...] faça rizoma e não raiz, nunca plante! Não semeie, pique! Não seja nem uno nem múltiplo, seja multiplicidades! Faça a linha e nunca o ponto! A velocidade transforma o ponto em linha! Seja rápido, mesmo parado! Linha de chance, jogo de cintura, linha de fuga. [...] Seja a Pantera cor-de-rosa e que vossos amores sejam como a vespa e a orquídea, o gato e o babuíno. ” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, pag. 48).

4.1 Sobre cartografar, delineando os caminhos da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa de abordagem cartográfica.

Para acompanhar os diversos processos que se desenvolvem entre o CAPSi e os serviços de AB, levando em consideração a dimensão subjetiva dos encontros, dos movimentos, dos fluxos, das linhas de fuga e de resistências, definimos a cartografia como uma ferramenta teórico-metodológica e de orientação nessa trajetória.

A cartografia sustenta-se nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari⁴, e constitui-se em um conceito e um modo de operar; ela emerge como um novo modo de produzir conhecimento e pode se apresentar enquanto prática singular de pesquisa e de análise.

Uma importante referência para pensar sobre a cartografia como método de pesquisa vem da proposta do livro *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, de Deleuze e Guattari. Nessa obra, os autores discutem o Rizoma comparando-o a uma rede complexa, de formas diversas que se ramificam em todos os sentidos, e em muitos pontos se conectam entre si. Ou seja, o processo cartográfico é aberto, conectável em todas as suas dimensões, é desmontável, reversível e suscetível de receber modificações constantemente (DELEUZE; GUATTARI, 2011, v. 1).

A cartografia se entrega ao plano rizomático produzindo diversas direções, sendo reinventada em cada viagem e por quem a percorre (ROMAGNOLI, 2009). Dessa forma, uma realidade cartografada se apresenta como mapa móvel, e ao adentrar no campo não se tem um

⁴ Gilles Deleuze (1925-1995), professor de história da filosofia. Félix Guattari (1930-1992), psicanalista e ativista político. A partir de um encontro entre esses dois autores, no final da década de 1960, foi produzido a esquizoanálise. Na tentativa de romper com os paradigmas da psicanálise e do marxismo, predominantes na época, para algo produzido no real-social que atravessa os indivíduos, suas relações e seus territórios (BAREMBLITT, 2010).

alvo estabelecido, há de permitir-se e valorizar o que se passa nos intervalos e interstícios dessa caminhada, se deixando tocar pelos afetos e sendo mapeado por eles enquanto o processo acompanhado é produzido e construído (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Paulon e Romagnoli (2010) referem-se à cartografia como um mapa aberto que vai se desenhando pelas conexões que o campo de pesquisa ofertar, reforçando que nele se incluem as implicações do próprio pesquisador, ou seja, seus desejos, perguntas, curiosidades e verdades. Em linhas gerais, significa investigar o processo e não buscar estabelecer um caminho linear para atingir um fim, mas valorizar o contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo estudada (FRANCO et al, 2009).

Se fosse possível apresentar um elemento fundamental para uma prática cartográfica, este seria o encontro. Contudo, há que se superar a noção comum de encontro como um “encontrar algo” ou “achar alguém ou alguma coisa”. O encontro, que aqui se expressa, é da ordem do inusitado, o que nos desacomoda e nos faz sair do lugar (COSTA, 2014). É um caminhar conjunto entre pesquisador e objeto, como um jogo mútuo de afetações e interferências que vai dando os contornos de um objeto nunca totalmente apreensível (COSTA; PAULON, 2012).

Nesse contexto, nesta pesquisa buscou-se, a partir da cartografia, analisar as articulações/conexões que se tecem entre o CAPSi e a Atenção Básica (AB), acompanhar os percursos e movimentos que envolvem o cuidado à população infantojuvenil e as forças que movem as pessoas na execução desse cuidado. E, nessa dinâmica, captar os movimentos contínuos e descontínuos dos encontros entre esses serviços, sujeitos e potências que emergem nessas relações.

A pretensão de trabalhar com a cartografia está atrelada ao interesse de conhecer os fluxos estabelecidos, ou não, os movimentos de subjetivação do fazer e pensar o cuidado em saúde mental, com base nas singularidades dos sujeitos e nas experiências de cada ator envolvido no processo de cuidar. Ao se pensar sobre a articulação do CAPSi e da AB como mola propulsora para esse cuidado singular, enquanto encontros que vão além do que está inscrito e instituído, traz à tona sensibilidade, afetamentos e possibilidade de novas formas de intervenção. Interessa também sentir e perceber as desacomodações dos sujeitos nas articulações/conexões do cuidado.

Vivenciar a experiência da cartografia é acompanhar os momentos de produção de cuidado, os fluxos dessas conexões, os movimentos de atravessamento das instituições e de ruptura dos muros institucionais e ainda refletir sobre a subjetividade implicada no cuidado em saúde mental com o devir criança, o devir adolescente e o devir profissional.

O método cartográfico implica acompanhar um percurso e não estudar um objeto. É um processo que vai ganhando forma, desenhando-se e produzindo sentidos. Praticar a cartografia incide ainda em mergulhar nos afetos que permeiam as relações provocadas pelos encontros, e a partir das afecções⁵ produzidas nesses encontros, sejam ela, narrativas, afecções, movimentos, etc., pretendemos pôr em análise a produção do cuidado e conhecer as conexões/articulações entre os serviços.

A cartografia, portanto, propõe uma reversão metodológica no sentido de afastar-se de um conjunto de regras previamente estabelecidas, que são substituídas por pistas, na intenção de compor mapas. O cartógrafo não se afasta do rigor do método, mas abre-se para sua ressignificação implicada no acompanhamento de processos e movimentos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Nessa proposta do método cartográfico, o pesquisador-cartógrafo tem papel central, pois, a produção de conhecimento acontece no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências (ROMAGNOLI, 2009). O pesquisador-cartógrafo não sabe quais serão os encontros que terá e o que esses encontros poderão acarretar; ele vai constituindo seus passos estando no campo, pois, para cartografar é preciso estar no território, estar disponível aos acasos que o campo lhe oferecer, aos encontros imprevisíveis que se farão no decorrer do caminho (COSTA, 2014). Podemos comparar ainda, o método a uma viagem com um roteiro mais ou menos definido, mas que poderá sofrer influência dos elementos do entorno, seja pelas instituições, pessoas, acontecimentos, contextos, possibilidades e pelo cotidiano vivo, pulsante (BARROS; KASTRUP, 2015).

Carvalho e Franco (2015) citam como características importantes do cartógrafo o ato de deixar-se impregnar, acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento e analisar os cruzamentos dessas linhas heterogêneas. A cartografia não deixa de ser uma vivência, na qual aquele que pesquisa se sente mexido, e é envolvido na experiência existencial que ela proporciona.

Portanto, ao entrar em campo, isto é, na paisagem psicossocial, o pesquisador-cartógrafo pretende investigar, com auxílio de seu corpo vibrátil, aberto ao campo dos afetos e à necessária entrega ao mergulho na experiência, ações-chave para tal engajamento conforme requer a cartografia (ROLNIK, 2016).

⁵ Afecção é o estado de um corpo sofrendo a ação de outro corpo, configurando uma mistura de corpos a partir dos encontros, modificando-os, aumentando ou diminuindo sua potencia de agir no mundo (DELEUZE, 2002).

Dessa forma, ao me colocar na posição de cartógrafa e habitar esse território, à espreita dos acontecimentos que iam surgindo a partir dos encontros com as pessoas, os lugares, as ações na produção do cuidado, tive que me afastar do lugar do conhecido, do que estava posto e misturar-me, sendo atravessada e inundada por tudo o que me afetava.

Ao misturar-me nessa composição de territórios de múltiplas paisagens, foi preciso não apenas observar o visível e o que estava previsto no estudo, mas dar lugar a outras experimentações. Abrir-me aos desvios do campo, me colocar na escuta dos processos de desterritorialização, isto é, atenta às construções subjetivas, de forma a me contaminar pelo mundo dos sujeitos em ação e também me deixar desterritorializar e me integrar aos movimentos, seja esse movimento advindo de uma sala de reuniões, do atendimento ao usuário, de uma visita domiciliar, na rua, numa ligação telefônica, ou na sala de cafezinho (KULPA; BADUY, 2016).

Assim, busquei tornar visíveis os processos de vida e da vida que ali estava acontecendo, e atentar para o rebuliço das intensidades em busca da produção de cuidado e descuidado, de redes e de ações fragmentadas, de produção de relações que agenciam mais ou menos a vida (KULPA; BADUY, 2016).

4.2 Referencial analítico e os conceitos guias

Nessa tese realizo uma cartografia apoiada na esquizoanálise enquanto “conceitos guias”. A esquizoanálise é um campo do saber proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari, influenciada pela vertente do Movimento Institucionalista e associada ao pensamento pós-estruturalista. Surge como uma proposta difusa, aberta, formada por um conjunto de saberes e de fazeres, e uma infinidade de teorias e autores, vindos de diversas fontes filosóficas, sociológicas, religiosas, políticas, e saber popular (BAREMBLITT, 2010).

Esse referencial vai ao encontro de estudos que buscam aprofundar a dimensão processual da subjetividade, se configura por conceber a realidade não de forma fixa, hierarquizada, mas complexa e rizomática. Essa vertente convoca a imanência, a exterioridade das forças que atuam na realidade, buscando conexões, abrindo-se para o que afeta a subjetividade (ROMAGNOLI, 2009). Também tem por objetivo principal analisar os discursos e práticas de uma sociedade, para apontar, de um lado, as propostas revolucionárias, transformadoras e singulares do coletivo e, de outro, os discursos e práticas conservadoras que produzem fechamento e despotencialização (COSTA, 2009).

Essa descrição de apostar na singularidade e invenção, como uma potência, arriscando novas maneiras de pensar nos auxilia a acompanhar o pensamento de Deleuze e Guattari, no que se refere à consideração de uma rede vida, rizomática, compreendida pelo atravessamento das formas, linhas e forças, em uma composição complexa, heterogênea e com múltiplas conexões.

Inspirado na botânica, o rizoma é um tipo de planta que cresce horizontalmente, tanto na superfície quanto no subterrâneo, contrapondo o formato arbóreo das maiores espécies de árvores para demonstrar os movimentos conectivos. Para Deleuze e Guattari (2011), a ideia de rizoma pressupõe multiplicidades, o qual conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer, e cada um de seus traços não remete, necessariamente, a traços de mesma natureza; um sistema que não se deixa reconduzir nem ao uno, nem ao múltiplo, não tem começo nem fim, mas sempre um meio a partir do qual ele cresce e transborda.

Nessa perspectiva, fazer cartografia é seguir um rizoma. Deleuze e Guattari (2011) apontam a cartografia como método de investigação através do conceito de Rizoma, como dispositivo de produção da realidade social, tendo como base a ação dos sujeitos em conexões e linhas de intensidade que se atravessam, que transversalizam tanto os grupos quanto os indivíduos. E os autores enumeram várias características de um rizoma:

“1º e 2º - Princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo”;

“3º - Princípio de multiplicidade: é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo”;

“4º - Princípio de ruptura assignificante: um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas”;

“5º e 6º – Princípio de cartografia e de decalcomania: um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas” (DELEUZE, GUATTARI, 2011, p. 22-30).

O rizoma é feito de linhas: linhas de segmentaridade ou molares, linhas de estratificação, também denominadas moleculares, e por linhas de fuga ou de desterritorialização. Pessoas e coisas são constituídas por linhas, sendo as linhas de segmentaridade que nos acompanham desde sempre, constituímos ainda, por linhas flexíveis que no decorrer podem traçar desvios, delineamentos e as linhas de fuga, as quais geram

rupturas originando outro território até então não constituído. Essa linha possui a capacidade de gerar a criação de um novo território ou eliminar o já existente (DELEUZE, 2002).

Na proposta deste estudo pousamos o olhar nas possibilidades de cuidado, no âmbito dos serviços da eAB eSF, identificando potências e limitações no processo de produção de um cuidado colaborativo, articulado e em rede com o CAPSi. E ao cartografar essas conexões, traçar linhas, vivenciar as linhas de fuga, buscamos captar não apenas os movimentos/processos de produção do sujeito em ato realizados pelos participantes do estudo, mas compreender e mapear as forças e intensidades que potencializam esse fazer ou o contrário. E nessas atuações compartilhadas de cuidado, que podem favorecer ações transversais e rizomática, são movimentos necessários para que a articulação entre esses serviços se faça.

Conforme Passos e Eirado (2015), a transversalidade acontece quando há uma comunicação entre diferentes, e, a partir dessa perspectiva, ao sermos atravessados por linhas, forças e múltiplas vozes que perpassam uma paisagem social, podemos desarticular práticas e discursos instituídos ou desestabilizar determinado território e resultar em agenciamentos coletivos que provocam produção, invenção, criação e inovação. Ou seja, a transversalidade procura superar a verticalidade e a horizontalidade, buscando o diálogo entre pessoas, situações e territórios, de modo a construir diferentes sentidos.

O rizoma opera em fluxos de conexão entre si, em movimentos contínuos e dinâmicos, fazendo conexões entre os diversos planos de existência e intensidade. No campo da saúde, há conexões entre os diversos processos de trabalho, que acontecem entre os encontros dos trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários (FRANCO et al, 2009). Os mesmos autores acrescentam que esses encontros podem resultar em aumento ou redução de potência, ou seja, o desejo, enquanto força propulsora da ação produtiva e invenção da realidade social e do trabalho em saúde.

O desejo, em seu fluxo ou aprisionamento, não é considerado falta ou carência, não é produzido para suprir e não precisa de nada que o preencha, ele apenas transborda. A nossa realidade é produção desejante e o desejo é a força motriz que impulsiona o ser humano a produzir, constituindo suas relações num devir criador, transformador; nunca se deseja algo sozinho, desejar é uma produção coletiva (CASSIANO; FURLAN, 2013). Em outras palavras, o desejo se faz por rizomas, e “quando um rizoma se fecha, se arborifica, se acaba, e do desejo nada mais passa; porque é sempre por rizoma que o desejo se move e produz (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Logo, o desejo é agenciamento, e está sempre em atividade; é força propulsora de construção e desconstrução da sociedade, tornando os sujeitos os protagonistas do processo de mudança e responsáveis pelas modificações dos territórios existenciais, e pode ser entendido como maneiras íntimas de ser, do que dá sentido e identidade, em um processo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (FRANCO et al, 2009).

Nesse contexto, entendemos um território existencial como algo que agencia nossa relação com o mundo e como produtores desse ambiente vivo; somos atravessados por agenciamentos de desejos, e, como tal, sujeitos a modificações, aos desvios e às recriações de si e com outros territórios em movimento (MACERATA; SOARES; RAMOS, 2014).

O território pode desterritorializar-se, isto é, abrir-se, engajar-se em linhas de fuga e até sair de seu curso ou destruir-se. Os territórios se desfazem ininterruptamente, desterritorializando-se, por atravessamentos diversos, entre os quais os sistemas maquínicos, as estratificações materiais e mentais. A reterritorialização incide na tentativa de recomposição de um território engajado em um processo desterritorializante (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Ao pensarmos nos processos de desterritorialização no cenário da saúde pressupõem-se mudanças, isto é, a ruptura com o velho território, e ainda movimentos de reterritorialização, buscando novas identidades que irão exigir novas práticas de cuidado (FRANCO et al, 2009). Sendo assim, ao permitir a desterritorialização nos núcleos profissionais, há que se abrir passagem para que os corpos sejam afetados por outros corpos, aumentando sua potência de agir para novas possibilidades de compreensão e fazeres, pois, sem esses deslocamentos e essas afetações a potência do cuidar é distanciada e enfraquecida.

Por outro lado, ao permitir-se ser afetado pela multiplicidade da vida em potência – abre-se a possibilidade de produção de outros territórios. Conforme Guattari (1992), a noção de território não está reduzida a um espaço físico, pois não se refere a um território como um ponto no mapa, estático e delimitado em si. Para além de uma delimitação espacial, o território existencial é uma localização espaço-temporal, subjetivo, sempre em processo e em constante movimento.

Dessa forma, cada encontro coloca em cheque nossa capacidade de cuidado, de produção de deslocamentos, desvios, formação e desconstrução de territórios, produção de desejo e possibilidade de criação e invenção de outros mundos. E, diz Reis (2015), dar visibilidade a esse plano significa promover estratégias de produção de cuidado como produção de encontros aumentativos de potência que ampliam e produzem vida no sentido de intensidade, como forma de vida, criação e composição.

Quando o encontro entre sujeitos é movido por seus desejos, gera-se potência, propiciando ao corpo o afetar-se e ser afetado, engendrando devires de singularidades, de intensidades, que dão passagem às novas invenções e acontecimentos. Os afetos são devires enfraquecidos quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações causando tristeza, ou podem nos tornar mais fortes quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto e superior trazendo alegria (DELEUZE, 2002).

Nesse sentido, nesta tese nos propomos a acompanhar as linhas de conexão rizomáticas - que ligam sujeitos e trabalhadores na produção do cuidado infantojuvenil por meio da articulação entre o CAPS e a atenção básica, a partir das suas diversas linhas e conexões que se envolvem e se desenvolvem simultaneamente, e também captar os pontos de ruptura e de enrijecimento, os agenciamentos, afecções, movimentos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, buscando assim promover e dar potência às ações de cuidado no território.

E ao colocarmos o cuidado psicossocial infantojuvenil em análise, a partir do olhar cartográfico, acreditamos que esse método nos auxiliou a “desvendar” que cuidados são revelados no cotidiano desses indivíduos em sofrimento mental, e mapear elementos importantes presentes no ambiente instituído do trabalho assistencial, sem perder de vista os movimentos instituintes que tensionam e provocam mudanças nas práticas de saúde.

De acordo com a perspectiva de Lourau (2014), movimentos instituídos e instituintes estão presentes nas instituições. Por instituído entende-se a ordem estabelecida, as leis, os valores, os modos de representação — é o que está posto. No instituinte exprime-se a particularidade, a contestação do instituído — é a capacidade de inovação. Dessa forma, o instituído depende do instituinte para progredir, enquanto o instituinte depende do instituído para seguir com o projeto de transformação.

Nesse sentido, refletimos sobre a instituição saúde mental que é constantemente atravessada por forças da ordem do instituído — a manutenção, reprodução dos modos hegemônicos — e pelo instituinte — de transformação, na produção de outros modos de fazer o cuidado. A partir dessa reflexão podemos considerar o modelo de cuidado em saúde mental, no plano instituído, como aquele focado na doença, fragmentando o sujeito e colocando o cuidado sob a responsabilidade de profissionais especialistas. Por outro lado, esse cuidado pode ser captado pelos movimentos do instituinte, os quais propõem um olhar direcionado ao sofrimento humano, em articulação com o plano da vida, incorporando o sofrimento psíquico como integrante da saúde. E o sujeito, antes considerado incapaz e excluído, torna-se um sujeito de voz.

Desse modo, a pesquisa que culminou nesta Tese, a partir do método da cartografia possibilitou cartografar a produção de cuidado da atenção psicossocial relacionada à criança e ao adolescente, acompanhando o modo com que os serviços se articulam, quais são os fluxos de intensidade que revelam a ação produtiva dos sujeitos e seus agenciamentos no campo do agir no mundo do cuidado, demonstrando a força transformadora do instituinte e a cristalização e manutenção do instituído.

4.3 Produção dos dados: compondo a caixa de ferramentas

Como ferramentas de pesquisa para o acompanhamento do processo cartográfico foram utilizadas para a produção de dados⁶: diários de campo (elaborados a partir de observações no cotidiano do percurso cartográfico), observação participante e entrevista semiestruturada.

Os dados foram produzidos a partir “do meu caminhar” nos serviços do CAPSi e eSF/eAB, acompanhando as suas conexões/articulações e as relações e o grau de implicação entre as equipes na produção do cuidado com os usuários, e mapeando os fluxos e suas intensidades, buscando compreender as tensões e os afetamentos existentes.

O diário de campo constituiu uma importante ferramenta para registrar as informações e os dados observados a partir do roteiro de observação (APÊNDICE B). Esse instrumento, para o pesquisador-cartógrafo, assemelha-se ao utilizado pelos etnógrafos que habitam o território de pesquisa enquanto estrangeiros, registrando os signos, símbolos, pensamentos e afetações, além de registrar o estranhamento, a inquietude, a surpresa, experimentados ao longo da pesquisa (ROMERO; ZAMORA, 2016).

O diário de campo possibilitou-me observar, escutar, falar e registrar sobre o campo de pesquisa. As anotações aconteceram em diversos momentos e lugares, compondo-se desde breves registros a palavras-chave, pois ponderei ser um cuidado e um gesto de respeito para evitar que as pessoas me observassem, como uma simples coletora de informações. Os registros de maior aprofundidade ocorreram posteriormente à saída do campo de pesquisa, tendo como disparadores os registros que evocavam a experiência. Assim, o diário foi escrito em casa, nos momentos de lazer e de trabalho, durante a insônia na madrugada, numa ida à

⁶ Utilizamos a expressão produção de dados, pois partimos do princípio de que já existe um processo em curso, e não algo que já está lá, pronto e à espera que alguém o colete, mas de imergir no campo para apreensão dos dados produzidos (KASTRUP; PASSOS, 2015).

praia, no ônibus no retorno para casa, imediatamente após o vivido para trazer os movimentos, gestos, palavras, silêncios, expressões e impressões não registradas na gravação.

Passos e Barros (2015) sugerem que a escrita dos diários não necessariamente siga uma cronologia dos encontros, mas registre a intensidade dos encontros, ou do encontro das potências que ali se afirmaram, convocando o pesquisador à escrita como acontecimento.

A cartografia também tem, como eixo de sustentação do trabalho metodológico, o ato de acompanhar percursos e a implicação do observador em relação ao objeto e seu entorno, para estar atento aos encontros e às suas conexões.

Segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2015) é preciso que haja um observador, cuja presença implica, inevitavelmente, a separação ou dualidade sujeito/objeto. A implicação do aprendiz-cartógrafo deve posicioná-lo sempre ao lado da experiência, ambientação aos espaços do campo, de habitação de um território, experimentando a abertura de uma atenção flutuante, numa espreita aos movimentos do território.

Nesse sentido, os aprendizes-cartógrafos devem agir de acordo com esses diversos eventos, mas atentos às suas diferenças; aprender com os eventos à medida que os acompanha e reconhece neles suas singularidades. Compreender, de modo encarnado, que mais importante do que o evento em geral é a singularidade deste ou daquele evento. Ao invés de controlá-los, os aprendizes-cartógrafos devem agenciar-se a eles, incluindo-se em sua paisagem e acompanhando os seus ritmos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Romagnoli (2009; 2014) alerta que o pesquisador-cartógrafo só poderá inserir-se a partir de sua implicação, o que remete à sua capacidade de captar a dessubjetivação, a exterioridade das forças que atuam na realidade, enfatizando as conexões, os agenciamentos, como composições revolucionárias para, micropoliticamente, colocar em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional. É na implicação do pesquisador que se encontra um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo, e a partir de sua subjetividade que afetos e sensações irrompem, os sentidos são dados, e algo é produzido.

Porém, Abrahão e colaboradores (2016) afirmam que, implicados, todos nós estamos, quer queira ou não, em um grau ou outro estamos todos envolvidos com as instituições, nas quais no encontramos inseridas. Implicados, no intuito do olhar-pesquisador que acompanha as nuances, os detalhes do outro, os ditos no silêncio, nas afecções, o que afronta o instituído e cria novas e diferentes formas de estar no encontro com o outro.

Contudo, para compor essa experimentação cartográfica foi necessário, enquanto pesquisador-cartógrafo, adentrar nos territórios existenciais da pesquisa de campo e habitar esse lugar que, em princípio, me colocava na condição de estrangeira visitante. E, assim,

passar para o papel o que foi experienciado nos encontros com o campo e as pessoas que habitam esse lugar, permitindo problematizar e refletir sobre as atividades que foram acompanhadas.

Não se trata, aqui, de se deslocar numa cidade, mas de produzir conhecimento ao longo de um percurso, o que envolve necessariamente a atenção e, com ela, a própria criação do território de observação (Kastrup, 2015), isto porque o pesquisador está no campo em contato direto com as pessoas, onde o observador e o observado tornam-se parceiros abertos ao plano dos afetos e dos territórios existenciais (BARROS; KASTRUP, 2015).

Para tanto, devemos manter a atenção concentrada, porém, fluante e aberta, identificando seus elementos de composição e correlacionando-os aos planos e formas. É o que nos revela Kastrup (2015), em relação à atenção do cartógrafo observador, ao mencionar quatro modalidades de gestos atencionais: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

O rastreio é um gesto de varredura do campo, o qual sugere que ao entrar em campo, não se conheça de imediato o alvo, pois ele surgirá de modo imprevisível. É importante para o cartógrafo acompanhar mudanças de posição, de velocidade, de ritmo, atingindo assim uma espécie de atenção movente, imediata ao objeto ou problema a ser investigado. Esse gesto se aplica desde o início em que o pesquisador habita o território a que se propõe pesquisar, realizando uma exploração assistemática sem foco, inicialmente, e durante esse momento não há busca por informações, “o olho tateia, explora, rastreia”, à espreita dos acontecimentos para acolher o inesperado, deixando-o vir espontaneamente.

O segundo movimento é o toque, outra variedade da atenção do cartógrafo, que emerge quando algo ganha relevo, o que pode levar algum tempo para acontecer e ter diferentes graus de intensidade, desde uma rápida sensação a um pequeno vislumbre ou possuir força de afetação. Algo aconteceu, é preciso ver o que está acontecendo, e isso exige atenção, olhos, ouvidos ou outros órgãos para explorar e rastrear aquilo que ainda não se sabe ao certo o que é. No gesto de toque se admite imprevisibilidades no processo de produção do conhecimento, porém sem perder o rigor do método, uma exigência no processo de investigação.

O gesto de pouso acontece quando a atenção realiza uma parada e o campo se fecha em uma espécie de zoom. Nessa escala, significa que houve um trabalho fino e preciso no plano da magnitude e da intensidade e, então, um novo território é formado e o campo de observação é reconfigurado, não pela via seletiva da atenção, mas pela via da consistência significativa com que o fenômeno convocou a atenção do pesquisador. O gesto de pouso não

é um movimento de focalização, mas um gesto de intensificação da experiência do pesquisador às voltas com aquilo que lhe chama a atenção.

E, por último, o reconhecimento atento, outra variedade da atenção do cartógrafo que entra em cena, e a partir desse movimento se engendra a escrita implicada, abrindo caminhos para a composição entendida como prática de invenção da pesquisa no campo da escrita. O reconhecimento atento é uma atitude de “vamos ver o que está acontecendo?”, por meio da qual o desenho da cartografia vai sendo traçado. Nele, a atenção é reconduzida ao objeto para “destacar seus contornos singulares” (Kastrup, 2015, p. 45) e, nesse movimento, realizar um trabalho de construção do objeto que amplia a percepção, e produzem-se dados.

Nessa condição de aprendiz-cartógrafa, na qual eu experimentava pela primeira vez a cartografia, adentrei no campo de pesquisa atenta ao problema de investigação, mas sem focar em algo específico, pois não estava ali para selecionar o que parecesse interessante, e sim deixar que os acontecimentos selecionassem a minha atenção. Isto porque a atenção do “estar-cartógrafo” não procura, deixa vir, sem ter um roteiro prévio do que se produzirá.

Assim, no meu caminhar cartográfico, minha atenção baseada no rastreio estava focada em interagir e me integrar ao coletivo, criar linhas de afeto, vínculos com as pessoas, numa atenção aberta e sensível para encontrar o que não conhecia e atenta às mudanças oportunas que viessem a emergir do campo e que contribuíssem para a pesquisa. Rastreava, cotidianamente, o campo de pesquisa sem me limitar ao alvo, representado, aqui, pela articulação entre o CAPSi e a Atenção Básica - um percurso pelo cuidado em saúde mental, pois, nesse primeiro momento atentei para a aproximação com os serviços, a fim de me inteirar das atividades e seus territórios de cuidado.

O exercício de cartografar exige do cartógrafo um posicionamento não como mero expectador, mas colocar-se no exercício de pesquisar “com” ao invés de pesquisar “sobre” (BARROS; PASSOS, 2015), e assim passei a tatear e a exercitar esse devir cartógrafo naquela cidade. Tomada pelos sentidos e inundada pelas paisagens na qual estava imersa, explorando e tateando como uma antropófaga, que está sempre buscando elementos/alimentos para compor as suas cartografias (ROLNIK, 2016), estive sempre à espreita do que modificaria/tocaria minha atenção.

Nesse percurso de experimentações, minha percepção visual e auditiva se encontrava aguçada, preparada para, a qualquer momento, realizar uma parada para o pouso. No território estudado, observei que, apesar da existência de uma rede de atenção bem articulada, da compreensão dos trabalhadores sobre as particularidades que o campo da infância e da adolescência na atenção psicossocial exige, percebia uma grande demanda direcionada ao

CAPSi vinda de outros equipamentos, em especial, da AB e da escola, e me questionava sobre esse não lugar para a criança e o adolescente nas ações de saúde mental desses serviços, o campo, e com essas indagações fechei uma espécie de zoom: qual é o lugar do sofrimento psíquico dessa população para além da atenção especializada? Um novo território se formava, e minha atenção mudava de escala, o campo de observação se reconfigurava (KASTRUP, 2015).

Era preciso ver o que estava acontecendo, meu corpo-cartógrafo (des)territorializado estava lá, aqui, ali, entre, misturado para explorar as potências que faziam emergir outras formas de cuidado, as brechas que tornavam possível movimentar outras práticas e os tensionamentos que levavam a desacomodações e constituíam processos de transformação e de mudança. A aposta era olhar para aquela rede de cuidado e trazer os pontos de conexão, os planos de cuidado instituídos, os desvios e fissuras instituintes que estavam sendo produzidos.

Essas pistas me permitiram produzir tensionamentos, implicações e registros, possibilitando o reconhecimento atento, o qual leva o cartógrafo à compreensão sobre o que aconteceu nesse território de observação; a buscar fundamentos teóricos, e, a partir dessas análises, construir narrativas, falas e reflexões desenvolvidas ao longo do processo, dando visibilidade aos acontecimentos e a tudo o que favorecia ou distanciava os agenciamentos de cuidado.

Além da observação participante, do diário de campo, outro instrumento muito utilizado na produção de dados, e importante para a construção e acesso ao plano da experiência foi a entrevista. Para Tedesco, Sade e Caliman (2015), a entrevista cartográfica é denominada “manejo cartográfico da entrevista”, a qual não segue um roteiro preestabelecido, pois seu objetivo está em incluir trocas de informação ou acesso à experiência vivida; requer que a escuta e o olhar se ampliem, sigam para além do puro conteúdo da experiência vivida relatado na entrevista, e inclua seu aspecto genético, a dimensão processual da experiência apreendida em suas variações. Na cartografia, a entrevista se aproxima de uma conversa e a escuta acompanha o relato, a experiência, mas, sobretudo, as linhas intensivas, fragmentos de sensações, sempre em vias de constituir novas formações subjetivas.

Na cartografia deve-se acolher o que o entrevistado traz, deixando-o falar, em um movimento de pergunta e resposta, até que surja o momento propício para intervenções e desvios. O importante é embarcar na conversa, tomando para si o assunto, deixando-se afetar por tudo o que ali está ocorrendo (fluxos de falas, ideias, etc.) percorrendo com o entrevistado as diferentes linhas que estão sendo traçadas. Ao fazermos uso de entrevistas, interessa

promover acesso ao plano coletivo de forças e de sua indeterminação, a pluralidade de vozes na experiência compartilhada do dizer (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2015).

Freire, Silva e Ramminger (2015) reforçam que o cartógrafo não precisa seguir nenhum tipo de protocolo, o que o caracterizará é um tipo de sensibilidade, um corpo sensível e vibrátil à experimentação. Ele precisa debruçar-se na escuta daqueles que entrevista, fazendo o possível para colher e acolher as lembranças daquele que narra (TEDESCO, SADE E CALIMAN, 2015).

Nesse contexto, guiado pelo meu olhar de pesquisador-cartógrafo interessado em acessar a experiência do vivido por meio dos sentidos, da linguagem, em captar os atravessamentos políticos, sociais e assistenciais, a entrevista configurou-se em mais um instrumento de produção de dados. Para facilitar o manejo dessa ferramenta procedi a entrevista aproximando-a de uma conversa, para falar sobre determinados assuntos, que versaram sobre as políticas de saúde, a assistência à saúde mental infantojuvenil, as demandas do território, a articulação com outros equipamentos da rede, contemplando os objetivos propostos no estudo (APÊNDICE C e D).

Participaram do estudo profissionais vinculados ao CAPSi, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Redução de Danos, serviços da Atenção Básica (Equipe de Atenção Básica – eAB / Equipe de Saúde da Família – eSF) e profissionais ligados à gestão. As entrevistas foram realizadas individualmente, nos locais de trabalho dos participantes, e em espaços reservados, livres de interferências, entre os meses de outubro a dezembro de 2017, com prévio agendamento e de acordo com a disponibilidade do entrevistado. As entrevistas foram gravadas em áudio cuja duração variou de 15 minutos a uma hora. A essas variações atribuí outros compromissos do entrevistado, ou o grau de abertura que cada um se permitiu para compartilhar suas práticas, afetos e memórias. Outros elementos, entre os quais expressão, entonação de voz, ritmo da fala e impressões, foram anotados em diário de campo.

O roteiro *a priori* foi composto de questões referentes ao objetivo da pesquisa. Contudo, seguindo as pistas do método cartográfico, o percurso da pesquisa me permitiu acrescentar outras questões, em um desdobramento e/ou aprofundamento, visando a ampliar a compreensão dos acontecimentos e das experiências vividas no campo, e também a flexibilização de adaptá-las conforme o profissional participante, por exemplo, os participantes gestores e os profissionais da Redução de Danos e NASF.

Para Tedesco, Sade e Caliman (2015), na cartografia, a escuta acompanha a processualidade do relato, a experiência em cuja base não há um eu, mas, sobretudo, linhas

intensivas, fragmentos de sensações, sempre em vias de constituir novas formações subjetivas.

Nessa direção, a entrevista se aproximou de uma conversa, e para que essa conversa deslanchasse, eu iniciava com uma abordagem informal, fazendo uma breve apresentação da pesquisa. O intuito era deixar a conversa fluir com mais naturalidade, e o entrevistado pudesse narrar mais à vontade suas vivências e experiências, compartilhando suas ações mobilizadoras e modos de resistência, permitindo o rastreamento de processos reprodutivos e inventivos, produzindo novos sentidos e significações em suas práticas de cuidado. Assim, em momentos específicos, introduzia questões do roteiro previamente elaborado.

A intenção ao fazer uso da entrevista, era promover o acesso ao plano coletivo de forças, isto é, na pluralidade de vozes na experiência compartilhada do dizer (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2015), para compreender de que forma se estabelecem as linhas de cuidado entre CAPSi - eAB/eSF em saúde mental nas demandas infantojuvenis.

A experiência vivida no processo de pesquisa me permitiu estar atenta às pistas cartográficas, aos movimentos percorridos nos territórios estudados, aos fatos que podiam ser registrados e os não registrados, e também a necessidade de utilizar os instrumentos já mencionados para a colheita dos dados e assim compor a minha caixa de ferramentas. Sendo assim, é importante salientar que nenhuma pesquisa é totalmente neutra, dado que toda pesquisa é uma ação e uma intervenção, e que o pesquisador e o objeto se constituem e interagem a todo o momento.

Para o cartógrafo interessam as questões e o que elas podem desencadear, permitindo que, em qualquer momento, condições instituintes emergjam. Não se busca a verdade, e sim a experimentação de um conhecimento que se refaz a todo instante, seguindo os fluxos de encontros e produções (CERVO, 2014).

Do mesmo modo, a validação da pesquisa guiada pelo método da cartografia é um desdobramento do procedimento de análise. Para validar uma pesquisa cartográfica é importante ir além da verificação de resultados; é preciso abarcar todo o processo de investigação, e não considerar apenas o que foi apresentado como resultado, mas como ele foi construído. Em outras palavras, o processo de validação diz respeito à experiência dinâmica da pesquisa que concorreu para a emergência de certos resultados. A ideia é que o texto da pesquisa é, em última análise, a narrativa de sua própria experiência (PASSOS; KASTRUP, 2015). Portanto, esse processo pressupõe não esperar que a pesquisa seja válida apenas se forem positivos os efeitos da intervenção que ela faz sobre a realidade investigada. O importante é que, na validação, possamos avaliar os processos disparadores e as

transformações geradas. O trabalho de validação se desenvolve desde o momento de inclusão dos participantes na pesquisa, acompanhando todo o percurso, ou seja, não é só ao final da pesquisa que fazemos sua validação (PASSOS; KASTRUP, 2015).

A realização do procedimento de validar, também denominada restituição, estratégia proposta pelos analistas institucionais, é uma atividade intrínseca à pesquisa; um espaço dedicado não para denunciar, mas enunciar coisas. Se a população estudada receber essa restituição, poderá apropriar-se de uma parte do status do pesquisador, tornar-se uma espécie de "pesquisador-coletivo", e produzir novas restituições, o que tornaria efetiva a socialização da pesquisa (LOURAU, 1993). No entanto, o autor alerta: para que essa restituição se constitua enquanto um ato construtivo, há particularidades a se considerar, como a descrição e o momento adequado para sua realização.

Nesta pesquisa, destinei dois momentos específicos para a restituição: uma, após minha saída do campo, descrita mais detalhadamente no tópico subsequente a este (4.4 Procedimentos para a produção de dados, restituição e análise - 4.4.3 Partilhando o pesquisar). E o segundo momento, após a defesa desta Tese, como uma devolutiva dos dados produzidos.

Cabe afirmar que a pesquisa cartográfica implica que os momentos de produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente, como o ato de caminhar, que se constitui por passos, em um movimento contínuo, acompanhando o passo anterior e o que vem em seguida (BARROS; KASTRUP, 2015).

Nesse caminhar, percorrendo as pistas da cartografia e construindo a minha caixa de ferramentas, adentro no campo de pesquisa enquanto uma aprendiz-cartógrafa para experimentar, pesquisar, sentir e fazer o processo de produção de conhecimento.

4.4 Procedimentos para a produção de dados, restituição e análise

4.4.1. Adentrando nas paisagens do campo de pesquisa

A aproximação com o município e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial antecedeu o início da pesquisa, e a escolha para o desenvolvimento da pesquisa neste local teve relação com o vínculo da pesquisadora com a cidade, quando desenvolveu seu mestrado. Contudo, os contatos prévios com os gestores foram necessários novamente, pois houve troca de governo e mudanças administrativas.

Para adentrar nas paisagens do campo da pesquisa foi realizada, inicialmente, uma (re)aproximação com o município, em meados do mês de julho de 2017. O contato inicial

ocorreu via e-mail e telefone com o coordenador da Gestão em saúde mental e coordenador de Ensino, pesquisa e residências em saúde do município, quando expus o desejo de realizar a pesquisa naquele local. Após a realização do primeiro contato, ficou agendado um encontro presencial para a apresentação da proposta, objetivos, logística e percurso da pesquisa.

O encontro presencial foi marcado para a semana seguinte, pela manhã, na Secretaria de Saúde. Nesse dia, me aguardavam o coordenador de saúde mental, com quem havia realizado contato por telefone, e o coordenador de ensino, pesquisa e residências. Apresentei-me e expliquei o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa e os movimentos da pesquisa, como aconteceria a minha inserção nos serviços e participação nas atividades das unidades de saúde.

Embora, no primeiro momento, tenha me sentido um tanto tensa, ansiosa, preocupada com o que me aguardava ao realizar minha apresentação, pois, desse encontro poderiam emergir múltiplas possibilidades, e os questionamentos se acumulavam: o que eles estariam pensando em relação à minha proposta? O que esperavam do meu projeto? Ele potencializaria as ações daquela rede? E de minha parte, meu projeto seria aceito, eles enxergariam relevância? No entanto, logo esses sentimentos deram passagem à tranquilidade, e ao “bom encontro”, à medida que nos desterritorializávamos de nossos territórios subjetivos para dar passagem a novas reterritorializações, e, nesse caso, pensando no cuidado em saúde mental à população infantojuvenil.

No decorrer do encontro observei que o coordenador tinha consigo minha dissertação de mestrado, e falou sobre a importância daquele tema estudado (saúde mental infantojuvenil e a interface com os demais setores). Comentou que no dia seguinte falaria, em um evento na Capital, sobre intersetorialidade e saúde, e citou estudos e outros pesquisadores que realizaram seus estudos na cidade. Aproveitei a ocasião e entreguei o artigo oriundo daquela dissertação, publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem.

Naquela ocasião, foi entregue a Carta de Anuência para assinatura de concordância em liberar a colheita de dados com os participantes do estudo e a Carta de apresentação da pesquisadora, incluindo uma cópia impressa do projeto de pesquisa de doutorado para apreciação.

Desse encontro vislumbramos novas possibilidades de pensar o cuidado, costuramos algumas linhas organizacionais, refletimos sobre o que temos produzido cientificamente sobre a população em questão, o que precisamos avançar, quais linhas precisamos acessar para potencializar a criação/inação do cuidado em saúde mental à infância e que inspire novos movimentos e se transforme em potência de vida.

Assim, mediado pelo gestor de ensino, pesquisa e residências, agendamos um segundo encontro com a data mais favorável para me apresentar aos profissionais do CAPSi. Após 14 dias recebi a notícia de que minha entrada em campo estava autorizada e a liberação da pesquisa no município fora assinada pelos gestores, e quando eu fosse buscar as autorizações assinadas poderia ir ao CAPSi me apresentar.

No dia e horário marcado, em posse da autorização para realizar a pesquisa, cheguei ao serviço, acompanhada pelo coordenador de Pesquisa e residências. Fomos recebidos pela enfermeira, que nos esperava e representava a coordenadora que naquele momento não se encontrava. Fomos bem recebidos, era um dia tranquilo, com pouca movimentação de usuários. Apresentei para a enfermeira o projeto, os objetivos e de que maneira se realizaria a pesquisa naquele local, e deixei-lhe o resumo da pesquisa para que pudesse entregar aos seus colegas na reunião de equipe que aconteceria ainda naquela semana e, posteriormente, agendar uma data para minha ida ao serviço a fim de apresentar a pesquisa a todos os trabalhadores.

Devido às demandas pendentes que o CAPSi tinha para resolver, somente duas semanas após foi agendada minha acolhida no serviço para apresentação do meu projeto.

No dia de reunião de equipe, uma quinta-feira, eu estava um pouco apreensiva, aguardando, na recepção, o horário marcado para me apresentar. Depois fui conduzida a uma sala para ficar mais confortável até receber autorização para entrar na reunião. Nesse encontro, estavam presentes além da equipe, alguns estudantes da Residência em Psiquiatria. Comecei me apresentando, falei sobre o objetivo da pesquisa, a proposta metodológica, meu interesse pela temática e motivações para realizar a pesquisa naquele serviço.

A equipe me escutou atenta, fez questionamentos sobre a logística, os procedimentos metodológicos do projeto, como seria a minha participação naquele ambiente, e se eu iria residir na cidade durante o período da pesquisa, entre outras perguntas. Consideraram relevante o tema para o trabalho deles, concordando com a sua realização.

Ali também ficou pactuada a minha inserção no serviço, minha participação nas ações de cuidado por eles desenvolvidas, fossem elas em grupo, atendimentos individuais, atendimentos a familiares, passeios, oficinas, reuniões de equipe e na rede de saúde mental, enfim todas as atividades que acontecessem dentro ou fora do serviço.

Contudo, mesmo com as afecções produzidas nesse encontro, percebi um pouco de distanciamento ou até certo incômodo por parte deles, talvez pelo receio por eu estar ali realizando uma pesquisa e seria alguém estranho observando seus movimentos produzidos na realização do cuidado à população infantojuvenil.

No campo de pesquisa, nas primeiras semanas de imersão, preocupei-me em me dedicar a conhecer os espaços cotidianos, as pessoas e as atividades que ali eram desenvolvidas, com a intenção de me aproximar, conhecer o quê e como faziam e apreender o que fazer com eles para, conjuntamente, cartografar. Assim iniciei meu caminho, e nos meses que se seguiram eu estava diariamente no CAPSi, participando das atividades de acordo com a abertura que os profissionais me ofereciam ao longo dos dias. A maioria deles já me inseria em suas atividades, convidando-me a participar delas; outros, eu precisava solicitar, e, respeitosamente, eles me atendiam, permitindo minha presença.

Desse modo, além de acompanhar os movimentos da rotina, as atividades em espaços abertos, eu participava de grupos terapêuticos com crianças, oficinas terapêuticas, reuniões gerais da equipe, reunião entre serviços da rede para discussão de casos. E nesse percurso cartográfico o meu olhar foi se construindo, junto com aqueles trabalhadores, acompanhando os movimentos com eles e como parte deles. E, assim, engajei-me neles.

Durante esse tempo, enquanto aprendiz-cartógrafa, me propus a viajar nas paisagens psicossociais que ali se encontravam, deixando-me encharcar pelas vivências dos cenários, os quais eu estava observando, pesquisando, atuando, trabalhando, imersa em uma mistura de sujeito e objeto. Seguindo a perspectiva cartográfica, fui adentrando nos espaços, atenta às linhas e planos de forças, desmanchando, construindo e compondo outros territórios existenciais, afetando-me e permitindo abertura para os afetos que pediam passagem. Mergulhei nas intensidades das oficinas, das atividades, dos encontros, e dos elementos do entorno que iam compondo essa cartografia, captando todos os movimentos, conflitos, silêncios, agenciamentos, potências e rupturas.

Minha aproximação com os serviços da AB aconteceu à medida que eu ia me envolvendo nas atividades do CAPSi. A intenção inicial era a imersão nas paisagens psicossociais do CAPSi, e a partir das atividades, conexões/articulações desse serviço com os demais serviços de saúde, deveria ocorrer a minha aproximação com os profissionais e os serviços da AB.

A escolha de iniciar pelo CAPSi ocorreu por entender esse serviço como um agenciador de novos encontros com outros serviços de saúde e dos setores (educação, assistência social), com profissionais de saúde, familiares, comunidade, e um lugar onde essas diversas instituições se cruzavam para ampliar o cuidado.

Assim, dando continuidade às cartografias das paisagens que ali se produziam, realizei contato telefônico com a coordenadora da Atenção Básica, e agendamos um encontro para eu me apresentar a ela e falar sobre o meu projeto. Nesse encontro, falei brevemente sobre minha

inserção no CAPSi, sobre as atividades das quais eu já havia participado em conjunto com as unidades de saúde, e fiz uma breve apresentação dos objetivos da pesquisa e da minha intenção em realizar entrevistas com os profissionais das eAB/eSF.

A coordenadora sugeriu-me participar da reunião das enfermeiras que acontecia, geralmente, na primeira segunda-feira de cada mês, para que eu pudesse me apresentar formalmente a elas e combinar minha ida ao serviço e as entrevistas.

Essa reunião teve início no primeiro horário da tarde e dela participam todas as enfermeiras das eAB/eSF, a coordenadora da AB e a Secretária de Saúde. Não acompanhei a reunião desde o início, pois a coordenadora pediu-me para eu entrar após a discussão de algumas pautas. Assim aconteceu, mas quando fui convidada a entrar a reunião já havia finalizado. Presumo que a coordenadora não tenha me anunciado, ou comentado que no final da reunião eu estaria ali para me apresentar e falar com elas. Assim, entre muita conversa paralela, consegui falar, com algumas das enfermeiras, sobre a pesquisa e combinar minha ida ao serviço. Aquelas com quem não fiz contato presencial, contatei via telefone, apresentando a proposta de estudo, o convite e o agendamento das entrevistas.

Os participantes incluídos nesta pesquisa que atuam nas eAB/eSF foram os profissionais enfermeiros. A opção por esses profissionais aconteceu por entender que, por atuarem como coordenadores dessas unidades, essas são as pessoas que reúnem maior amplitude de informações sobre os aspectos organizacionais envolvidos na articulação entre os distintos serviços, e também sobre as demais questões que são objetivos desta pesquisa. No entanto, em algumas dessas unidades, além do enfermeiro, outro profissional foi incluído na entrevista por ter sido indicado pelo coordenador como uma pessoa que também poderia contribuir para a pesquisa.

Efetuados todos os contatos, prossegui no processo de produção dos dados, com a imersão em campo, em alguns períodos no CAPSi, e em outros nos serviços de AB, acompanhando a articulação entre os serviços, o trabalho em rede, ações de cuidado no território, quais processos instituídos e movimentos instituintes favoreciam ou endureciam a articulação entre esses serviços, e que outros fluxos estavam presentes.

Nesse exercício de experimentação pelas paisagens psicossociais foi possível observar que as atividades desenvolvidas nesses serviços privilegiavam a articulação, e o fluxo dos usuários dentro do sistema de saúde ocorria de forma integrada. A comunicação entre esses serviços era diária, e muito valorizada pelos profissionais, envolvendo desde o atendimento conjunto entre profissionais do CAPSi e serviços da AB, e também a participação em discussões de estratégias para lidar com demanda, encaminhamentos e até mesmo o contato

telefônico para discutir urgências ou seguimentos, para informar determinado encaminhamento, e para agendar reuniões com a rede intersetorial.

As entrevistas ocorreram gradativamente, e respeitei o dia e horário viáveis para cada entrevistado, evitando, assim que não houvesse prejuízo às atividades e que não atrapalhasse a rotina da unidade. Realizadas em ambiente privativo, mediante o aplicativo de gravador de celular smartphone para registro das falas, todas as entrevistas foram audiogravadas e, após, transcritas na íntegra para fins de análise.

Essa experiência cartográfica permitiu-me acompanhar as paisagens psicossociais compreendidas, aqui, por territórios de cuidado, o qual compõe os fazeres e saberes dos profissionais envolvidos nesse cuidado à população infantojuvenil. Esses territórios foram percorridos durante os seis meses em que estive imersa em campo, acompanhando seus fluxos, linhas e forças, cartografando caminhos e movimentos, que já estavam lá ou se constituíram durante o percurso.

4.4.2 Os participantes da pesquisa

Participaram desta pesquisa 40 profissionais dos seguintes serviços: CAPSi, NASF, Redução de Danos, serviços da AB (eAB/eSF) e profissionais ligados à gestão.

A escolha dos participantes da pesquisa foi definida a partir da minha inserção nas atividades, acompanhando os processos de produção do cuidado no território do CAPSi e sua articulação com os serviços da AB, a partir dos encontros e acontecimentos cotidianos que envolviam esses serviços e destes com os outros serviços da rede. Nesse percurso, através das observações também procurei identificar as pessoas consideradas sujeitos-chave para dialogarem sobre os fluxos e linhas sugestivas de contribuições e atravessamentos presentes no território.

Os gestores, vinculados à Saúde Mental e à Atenção Básica, também foram incluídos à medida que eu percebia a importância de compreender melhor a organização da rede de cuidados. Assim, para facilitar a compreensão, no Quadro 1 constam todos os participantes (trabalhadores, gestores e serviços) desta pesquisa.

Quadro 1 – Participantes da pesquisa

CAPSi	2 Psicólogas 1 Terapeuta ocupacional 1 Enfermeira 1 Assistente Social 1 Acompanhante Terapêutica 2 Pedagogas 1 Coordenadora
eAB/eSF	16 Enfermeiras coordenadoras 2 Médicos, 1 Odontólogo, 2 Técnicos de Enfermagem 2 Agente Comunitário de Saúde
RD	2 Redutores de danos
NASF	1 Psicóloga 1 Assistente Social 1 Nutricionista
Gestão	1 Coordenação de Saúde Mental 1 Coordenação da Atenção Básica 1 Coordenação ensino, pesquisa e residências

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Os critérios de inclusão utilizados para a participação na pesquisa foram: ser maior de 18 anos e ser trabalhador dos serviços (CAPSi e AB), permitir a gravação das entrevistas, e autorizar a divulgação dos dados analisados nos meios científicos. Foram excluídos: profissionais afastados do trabalho por férias, licenças ou atestado de saúde no período de produção de dados.

4.4.3 Partilhando o pesquisar

A restituição, outro procedimento inseparável da pesquisa, é uma técnica de validação de dados inspirada na estratégia proposta pelos analistas institucionais. Operacionalmente, trata-se de uma forma de socializar a todos os envolvidos, os dados produzidos na pesquisa.

O momento da restituição busca centrar-se na tarefa de análise coletiva, nas implicações de cada um com e na pesquisa. Não denota confissão, mas um movimento necessariamente coletivo para retomar os acontecimentos, em geral excluídos ou silenciados (CHAVES; PAULON, 2015), em outras palavras, um momento para enunciar ‘coisas’, e não “denunciar outrem” (LORAU, 1993).

Essa socialização coletiva dos resultados produzidos ao longo das atividades de observação e entrevistas com os participantes, organizado pelo pesquisador de forma a ser discutido com o coletivo que tenha participado da pesquisa, propõe uma atividade de reflexão, objetivando retomar os acontecimentos e produzir novos resultados (RIBEIRO, 2018). É um espaço para além de uma validação informativa, pois a intenção é a de proporcionar aos participantes uma restituição participativa que suscite diálogos e tensionamentos. A proposta era desorganizar os territórios já constituídos e convocar a criação de outros. Em outras palavras, os participantes, ao apropriarem-se dos dados da pesquisa promoveriam uma interferência no sentido de (re)pensar suas ações.

Contudo, por se tratar de um movimento do produzir coletivo, há autores que afirmam que essa designação – devolutiva — contempla o plano de imanência, no qual não existiria um *a priori* que devesse ser apresentado, e que esses dispositivos analisadores, ao serem enunciados, provocariam o agenciamento coletivo de outras enunciações. E a partir da enunciação de alguns analisadores seria possível provocar conversações, diálogos entre o que cada participante trouxesse de experiências existenciais ligadas ao tema enunciado e posto em análise (CHAVES; PAULON, 2015).

Os resultados parciais, aqui apresentados, foram construídos com base nas entrevistas e observações discutidas durante uma reunião de equipe do CAPSi, visando atingir a totalidade dos participantes da pesquisa. Com os participantes das unidades da eAB/eSF também estava agendada essa discussão, durante a reunião das enfermeiras, no entanto, devido a imprevistos de ordem burocrática e administrativa não foi possível realizá-la. Vale lembrar que os resultados finais da pesquisa serão apresentados para todos os envolvidos após a defesa da Tese, conforme pactuado com os gestores no período de entrada em campo.

Essa primeira etapa devolutiva aconteceu no CAPSi, numa manhã de quinta-feira, após a reunião de equipe.

Inicialmente, agradei pelo acolhimento, por compartilharem suas experiências, por me permitirem acompanhá-los em suas atividades. Logo após, realizei a apresentação aos participantes de alguns enunciados que foram sendo produzidos e que aqui estão divididos entre potências e contrassensos, apresentados na forma de tabela para melhor compreensão, compondo, assim, os “agenciamentos de enunciação coletiva” e com as reverberações enunciadas pelos participantes.

Quadro 2 - Agenciamentos de enunciação coletiva que emergiram a partir das entrevistas e observações.

Alguns resultados apresentados		Reverberações enunciadas	
Ações que favorecem o cuidado à criança e ao adolescente			
P O T Ê N C I A S	Cuidado compartilhado	<ul style="list-style-type: none"> - Residência (Multi e Medicina) aliada da rede; - Realização de matriciamento em 3 eSF; - Apoio do NASF nas eSFs – auxiliando no acolhimento às demandas de sofrimento psíquico - mais criteriosos ao estabelecer os encaminhamentos para outros níveis de atenção; - ACS nas eSFs – interlocutores do cuidado, possuem vínculo estabelecido; por meio das visitas domiciliares têm conhecimento ampliado do território e dos contextos das famílias; 	<ul style="list-style-type: none"> - A inserção dos residentes na rede provoca reflexões e ajuda a repensar, e articular o trabalho contribuindo para qualificar o cuidado; - Há esforço do matriciamento auxiliar as equipe ampliando as ações de saúde mental na AB; - É uma proposta de rede ampliar as ações de matriciamento, e não restrito a algumas eSFs; - Fundamental e muito valorizado o trabalho das ACS;
	Comunicação em rede	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião da rede intersetorial – espaço coletivo - planejamento e construções de ações em conjunto diversos setores e serviços (CAPSi, Conselho Tutelar, CREAS, CRAS, PIM, ESCOLA, ESF); - Comunicação sem burocracia - contato telefônico/ município pequeno/ todos se conhecem; 	<ul style="list-style-type: none"> - O trabalho em rede – de forma intersetorial é uma parceria já estabelecida; - A partir dessa articulação e comunicação estabelecida com serviços - os trabalhadores em rede conseguem dar conta do desafio de atender a população e por vezes até furar fluxos, (por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames) e seguir a opção mais adequada à necessidade do usuário naquele momento;
	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio da gestão municipal para realização do trabalho em rede, seminários; capacitações; 	<ul style="list-style-type: none"> - A gestão se envolve, esforça-se para tornar a rede mais fortalecida; - Promove educação permanente - Espaços de trocas e diálogos e integração com outros setores

Desafios/dificuldades para o cuidado à criança e ao adolescente		Reverberações enunciadas	
C O N T R A S S E N S O S	Cuidado compartilhado	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer o cuidado compartilhado com outros setores – em especial educação, cultura, Conselho Tutelar; - Ações na AB voltadas para saúde mental – ainda restrita à lógica do modelo biomédico, diagnóstico e medicação; - Atividades voltadas para os usuários de saúde mental infantojuvenil (público adolescente) na eSF ainda são muito escassas; - Falta compreensão de que o NASF pode ajudar a atenção básica, mas deve ser entendido como um apoio, uma estratégia de processo de trabalho, não apenas reduzido ao trabalho para o NASF, e sim do NASF em conjunto com AB; 	<ul style="list-style-type: none"> - É preciso aproximar e fortalecer os vínculos, haver mais conversas, reuniões e discussões de casos em conjunto; - Verifica-se uma resistência dos profissionais das eSF em comprometer-se no cuidado ao invés do encaminhamento para o CAPS. - Oferta de suporte técnico, em áreas específicas (Telessaúde), assim, torna-se possível compartilhar casos/situações com a equipe de saúde local, favorecendo a corresponsabilização pelo cuidado.
	Comunicação em rede	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer Comunicação/articulação entre serviços (eSF e CAPSi), pois o cuidado em conjunto se restringe, em algumas situações, ao contato telefônico para troca de informações; - Realizar mais ações conjuntas e estabelecer comunicação regular e sistemática entre/com os profissionais para diálogo sobre os casos atendidos e sobre possibilidades de propostas terapêuticas em conjunto; - Contrarreferência dos usuários encaminhados, o serviço de atenção básica às vezes fica sem informações sobre a evolução do tratamento desse usuário; 	<ul style="list-style-type: none"> - Destacam a comunicação sem burocracia: contato telefônico/município pequeno/ todos se conhecem - Os trabalhadores da rede se conhecem, conhecem o que cada um faz e os fluxos de atendimentos e isso facilita a resolutividade das ações; - Pela grande demanda, referem que, às vezes, torna-se complicado circular pelo território, mas compreendem a importância do CAPS ir mais ao encontro do usuário no seu ambiente, realizar atividades externas, articuladas com a AB e deslocar práticas de dentro para fora do serviço;

	<p>Comunicação em rede</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A falha está presente em ambos os serviços, pois, se o CAPS não fornece a contrarreferência, a eSF não busca a informação do tratamento do usuário; - Contrarreferência, entraves na comunicação – restrita ao contato por telefone com a eSF; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecem a necessidade de fortalecer a comunicação entre as equipes por meio de encontros periódicos, especialmente pela existência de um profissional de saúde mental ser referência em um serviço de AB; - Os profissionais de saúde mental de apoio à AB devem incorporar as suas ações, acompanhamento, atendimento em conjunto, além de participar das iniciativas de qualificação dos profissionais. - Relatam o uso de instrumentos oficiais para referência e contrarreferência entre serviços e profissionais, mas pela proximidade entre os serviços e por se conhecerem essa formalidade fica mais restrita à execução prática, ao registro do papel.
	<p>Gestão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Investimentos nos serviços da Zona Rural - Atenção Básica; Redução de danos (ampliar o acesso, investir nos trabalhadores, ampliar ações em conjunto em outros pontos de atenção); - Qualificação da estrutura dos serviços: acessibilidade, investimento de recursos materiais/ sinal/ internet nos pontos da RAPS; - Necessidade de qualificação/ capacitação - na área da saúde mental para profissionais da rede de AB; - NASF - integração ou fragmentação do trabalho na AB? 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de o profissional buscar atualização/ qualificação no campo da saúde mental; - Compreendem o NASF como um articulador da rede e para dar suporte à demanda de atendimento das equipes reconhecendo a contribuição destes para a melhoria da qualidade no cuidado - “desafogando” os níveis especializados com demandas indevidas;

		<ul style="list-style-type: none"> - Atuação do NASF funciona como um rodízio semanal entre as equipes (urbana e rural), a fim de realizar as atividades previamente agendadas e pactuadas com cada serviço, tais como atendimentos em consultório, visitas domiciliares e grupos; 	
	Processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - AB sente-se insegura para avaliar e lidar com problemas que envolvem a saúde mental; - Cuidado em saúde mental na população rural / Matriciamento com as eSFs da zona rural; - A escola aparece como o principal encaminhador, com muitas demandas de medicalização; - Ampliar estratégias de cuidado ao público adolescente usuário de drogas; - Práticas de cuidado em saúde mental ainda centrada na consulta médica, prescrição da medicação; - Ampliar e estender (ações, programas, oficinas) preventivas em saúde mental nas ESF urbana e rural para população infantojuvenil; 	<ul style="list-style-type: none"> - O primeiro acesso deveria ser via eSF, e só encaminhar aos serviços especializados quando demandasse um problema de saúde mental; - Criaram-se espaços de discussão (reunião educação) para diminuir os impasses entre educação e saúde mental. - As experiências de trabalho em rede são consideradas positivas, embora ainda apresentem dificuldades na comunicação e fortalecimento na articulação; - Responsabilização compartilhada no cuidado com o usuário; - É reconhecida a necessária consolidação das parcerias CAPS e Equipe de Saúde da Família;

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Embora esses agenciamentos de enunciação coletiva tenham sido apresentados aqui como uma restituição parcial e pertencente a uma etapa metodológica da pesquisa, ela não ocorreu apenas nesse momento específico do estudo. Importa destacar que, em uma pesquisa cartográfica, não se pode abrir mão de conhecer a teoria sobre o tema pesquisado — campo de análise — e articular esses conhecimentos com os dados produzidos e com as experiências do coletivo — campo de intervenção — o que só é possível em uma pesquisa de caráter aberto, processual, na qual a experiência e a investigação caminhem em sintonia. “A cartografia introduz o pesquisador numa rotina singular em que não se separa teoria e prática, espaços de

reflexão e de ação. Conhecer, agir e habitar um território não é mais experiências distantes umas das outras” (ALVAREZ; PASSOS, 2015, p. 149).

A discussão/construção coletiva no momento da restituição serviu para fazer emergir o poder-potência das ações desenvolvidas pelos participantes da pesquisa, os contrassensos que convocam à invenção de novos movimentos, e romper com as ações enrijecidas que encarceram suas ações. Desse modo, ao passo em que os agenciamentos eram expostos, durante o momento da apresentação dos dados parciais que eu havia obtido, os participantes teciam tensionamentos, posicionamentos, indagações e faziam conexões com suas experiências no cotidiano.

4.5 A cidade de São Lourenço do Sul e o percurso por seus territórios e paisagens

4.5.1 Entrando em cena: abertura aos acontecimentos

Figura 1- Imagens da cidade São Lourenço do Sul/RS



Fonte: Google imagem

O município de São Lourenço do Sul (SLS), RS, foi escolhido como cenário do estudo intencionalmente, e a razão que fundamentou essa escolha foi o fato de a cidade se caracterizar como um dos importantes palcos históricos de militância no campo da saúde mental.

O município é considerado o pioneiro no que tange à criação de serviços de Saúde Mental no Rio Grande do Sul, sendo o segundo a implantar um Centro de Atenção Psicossocial no Brasil. É também referência nos movimentos da Luta Antimanicomial, com a criação do Mental-Tchê, um evento social, político e cultural, organizado anualmente por trabalhadores de saúde mental, gestores, residentes, usuários e familiares, com sua primeira edição em 2005, e atualmente (2019) se encontra na sua 14ª edição.

O município também se destaca no campo da formação de pós-graduação e Educação Permanente em Saúde, por sediar os Programas de Residência em parceria com a Escola de Saúde Pública, com uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e outra de Residência Médica em Psiquiatria. Além de possuir uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a maior cobertura de pontos de atenção, de acordo com a Portaria 3.088 de dezembro de 2011, entre os municípios da região Sul.

SLS é um município de colonização luso-portuguesa e germânico-pomerana, situado no interior do Rio Grande do Sul, RS, distante da capital a, aproximadamente, 200 quilômetros, tendo como principais acessos às rodovias BR-116 e RS-265. Como limite geográfico, apresenta, ao Sul, os municípios de Turuçu e Pelotas, ao Norte, Camaquã e Cristal, a Oeste Canguçu, e a Leste a Lagoa dos Patos. Atualmente, o município possui uma população estimada, conforme IBGE (2018), de 44.625 habitantes, dos quais, aproximadamente, 23.400 habitam a zona urbana, e 20.200, a zona rural.

Conforme o plano diretor vigente no município, o território de SLS possui uma área de 2.036,13 km², com um distrito-sede e mais sete distritos rurais (1º distrito – Boqueirão; 2º distrito – Taquaral; 3º distrito – Esperança; 4º distrito – Harmonia; 5º distrito - Prado Novo; 6º distrito - Boa Vista, e 7º distrito - Faxinal) (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

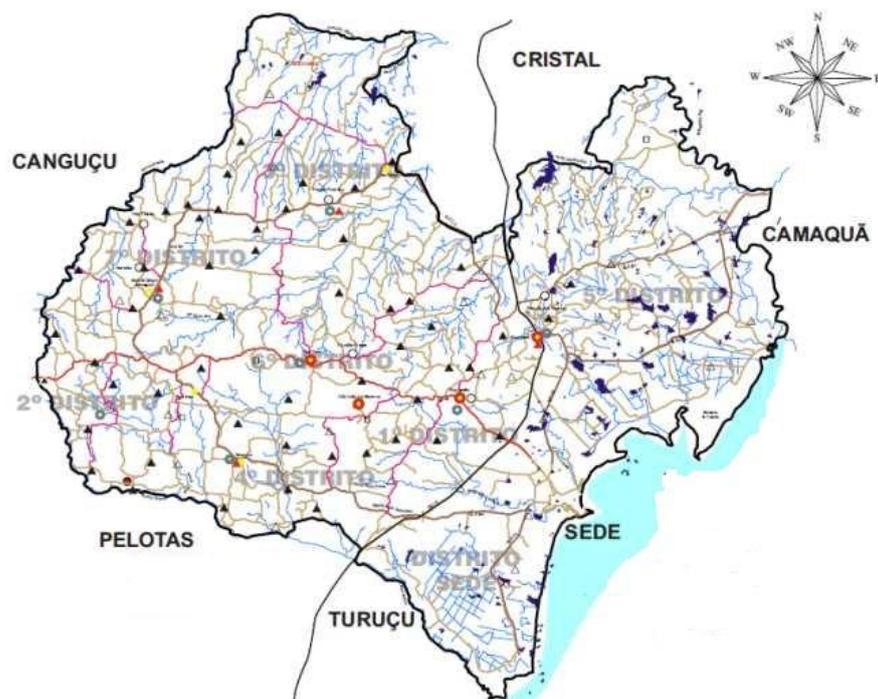
A Figura 2 mostra a localização municipal no Rio Grande do Sul. E, na sequência, a Figura 3 apresenta a distribuição territorial de São Lourenço do Sul e suas comunidades e estradas rurais.

Figura 2 – Mapa da localização de São Lourenço do Sul no Rio Grande do Sul



Fonte: Google imagem

Figura 3 – Mapa de São Lourenço do Sul com a distribuição territorial



Fonte: São Lourenço do Sul, 2014.

Pela forte influência da migração germânico-pomerana, e por sua grande abrangência de distribuição geográfica, somadas às belas paisagens, terras férteis e água em abundância, a base da economia está distribuída entre: agricultura de rizicultura, sojicultura, produção de alimentos, como milho, feijão e batata, produção fumageira, pecuária com criação de gado em grandes e médias propriedades, produção de leite e a pesca.

Outra fonte importante para a economia é o turismo. SLS situa-se numa região litorânea da costa doce, conhecida como a “Pérola da Lagoa”, e tem cinco quilômetros de orla, com as praias da Barrinha, Ondinas, Nereidas, que atraem milhares de turistas no verão na busca por descanso e diversão (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2018).

O turismo rural é outra fonte de renda. O município oferece esse roteiro turístico desde 2005, visando valorizar o espaço rural, preservar os aspectos históricos e culturais da imigração pomerana, e o mais conhecido itinerário turístico é o Caminho Pomerano. Conta ainda com a diversificação da produtividade local e geração de fontes de emprego e renda aos moradores do território rural (SPINDLER, 2013).

Integram esse roteiro rural, atualmente, seis propriedades rurais que oferecem aos seus turistas distintas atividades ao longo do percurso: narrativas históricas, apreciação de acervos particulares, relatos sobre modos de preparo de pratos locais, degustações, contatos com animais, artesanatos, entre outras atividades (SPINDLER, 2013).

Em Quevedos, (6º distrito), os turistas podem aprender sobre “Memórias und Andenken”. O local é uma espécie de museu da imigração pomerana, que recompõe os ambientes tradicionais de outra época e proporciona aos seus turistas conhecer as memórias e objetos dos imigrantes. Já na localidade do Sítio, encontram-se os Sabores do Sítio, a qual oferece almoço e café colonial aos visitantes, com deliciosos pratos preparados na propriedade, além do contato com a natureza e o modo de vida do interior. E na Coxilha do Barão é possível experienciar, junto à natureza, um workshop sobre “Plantas e Ervas”, fabricação do “Maischnaps”, remédio trazido pelos imigrantes Pomeranos (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2017).

Embora sua população seja predominantemente de descendência pomerana, SLS é formado por outras etnias, dentre as quais a população de quilombolas. O município possui, atualmente, cinco comunidades quilombolas certificadas, ou seja, autorreconhecidas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), o que significa um reconhecimento oficial por parte do poder público municipal: Monjolo (Serrinha); Picada (Santa Tereza) Vila do Torrão (Canta Galo); Rincão das Almas e Coxilha Negra. A subsistência dessas comunidades advém de pequenas criações de animais ou lavouras, há famílias que plantam em pequenas áreas

arrendadas e também realizam atividades assalariadas em lavouras (principalmente de fumo), ou como peões em fazendas e em postos de gasolina, entre outros (PINHEIRO, 2014).

4.5.2 Conhecendo a rede de Saúde Mental de São Lourenço do Sul

O município é reconhecido como precursor no Cuidado Psicossocial Comunitário por apresentar uma rede de serviços de saúde, articulados entre si e com os demais dispositivos intersetoriais – Assistência Social, Educação e de Justiça.

Em 1988 foi inaugurado o Centro Comunitário de Saúde Mental, antes denominado Centro de Reabilitação Nossa Casa, e após a criação das Políticas Públicas de Saúde Mental, e da Portaria 336/02, transformou-se no CAPS I “Nossa Casa”. Esse serviço de saúde mental, com mais de 30 anos de existência, realiza atendimento à população adulta de São Lourenço, que apresenta, prioritariamente, intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes.

Compõe ainda a Rede municipal de Saúde Mental, o CAPS ADIII “Pérola da Lagoa”, em funcionamento nessa modalidade desde 2014, porém foi habilitado como CAPS AD em 2005. Atualmente, conta com 10 leitos para acolhimento noturno, com funcionamento 24 horas para a população de 18 anos em diante, que apresente algum tipo de sofrimento psíquico decorrente do uso ou abuso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS ADIII é referência regional para os municípios de Turuçu, Cristal e Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Herval, Capão do Leão e Jaguarão, cobrindo uma população de cerca de 150 mil habitantes.

E para a população infantojuvenil, o município dispõe de um CAPSi regulamentado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde. Esse serviço tem a finalidade de atender crianças e adolescentes até os 21 anos que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, comportamentais, emocionais e/ou sociais, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras condições clínicas. É referência regional para os municípios de Turuçu, Cristal, Arroio do Padre, Amaral Ferrador e Morro Redondo numa cobertura de cerca de 70 mil habitantes.

O LOKOMOTIVA, um projeto de Oficinas de Geração de Trabalho e Renda, implantado em 2007, por iniciativa da municipalidade e com recursos próprios, visa integrar Reabilitação Laboral de Saúde Mental e inclusão de seus usuários na sociedade. Nas oficinas são trabalhados diversos tipos de artesanato com a utilização de palha e sabugo de milho, a confecção de tapetes com retalhos de tecidos, e a confecção de bolachas, salgados, entre

outras atividades que, além de gerarem renda, são terapêuticas. O projeto trabalha integrado aos três CAPS do município.

No que diz respeito ao atendimento de média à alta complexidade, o município conta com dois Hospitais Gerais, um Centro de Saúde conhecido por São João da Reserva, o qual está localizado na zona rural, e outro na zona urbana, denominado Santa Casa de São Lourenço do Sul, ambos com atendimento regional, pelo SUS e conveniados. O hospital da cidade presta serviço de pronto socorro e pronto atendimento 24 horas à população e oferece 120 leitos, e, destes, 30 leitos são disponibilizados ao atendimento em saúde mental. O hospital localizado no interior atende a demanda espontânea, com 61 leitos, mais pronto atendimento diário de urgência/emergência, consultas especializadas em oftalmologia, realização de exames de endoscopia e consultas em traumatologia, e tem proposta de inaugurar, no primeiro semestre de 2019, o projeto “Mãe me Quer”, destinado ao tratamento de desintoxicação de gestantes dependentes de álcool e outras drogas.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, o município tem uma estrutura que conta, atualmente, com duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – uma Central, que realiza atendimento de atenção básica e média complexidade, incluindo serviços de fisioterapia, ginecologia, nutrição, exames laboratoriais especializados e ambulatório de feridas crônicas; e outra na zona rural que no período da pesquisa se encontrava em processo de implantação eSF, aguardando preenchimento de equipe mínima para a sua habilitação. E mais 12 equipes de Saúde da Família (eSF), sendo seis na zona rural e seis na zona urbana, distribuídas em pontos estratégicos dos bairros, visando maior área de abrangência e atendimento da população.

O município também conta com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) teve sua nomenclatura redefinida para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (2017). Sua composição no (período da pesquisa) era de dois Educadores Físicos (um encontrava-se em licença maternidade), um Psicólogo, um Assistente Social, um Fisioterapeuta, um Nutricionista e um Farmacêutico. O serviço foi implantado em 2010 como apoio Matricial à Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde (eSF/eAB), e posteriormente cadastrado na modalidade de NASF I. O município foi precursor na implantação do NASF, na região, por entender a necessidade e relevância do acompanhamento ao sujeito com sofrimento mental no seu território; da necessidade de maior envolvimento da Atenção Básica e do aumento das demandas ambulatoriais dos CAPS constatada pelos trabalhadores e gestores, sendo que

muitos usuários poderiam ser cuidados na APS, reforçando os vínculos dentro do seu círculo social.

O trabalho geralmente é desenvolvido com o deslocamento dos profissionais, pelo menos duas vezes por mês, para cada unidade, ou de acordo com a demanda, além disso, o contato por telefone é pactuado com a equipe nos casos em que há necessidade de apoio com urgência. São ações do NASF: Matriciamento nas eSF e eAB; Consultas Compartilhadas; Consultas Específicas; Visitas Domiciliares Compartilhadas; Visitas Específicas; Acompanhamento de Plano Terapêutico Singular; Grupos Educativos e Práticas Corporais na Comunidade; Reuniões de Equipe NASF; Reuniões do NASF com eSF/eAB, dentre outras atividades.

O programa de Redução de Danos (RD), outra proposta importante para a rede de saúde do município, que nasceu da necessidade de implantação de uma equipe de RD para auxiliar as demandas da Atenção Básica (AB) que começaram a aumentar, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificaram o crescimento de usuários de substâncias psicoativas em suas áreas de abrangência. Serviço implantado em 2012, através da Resolução nº 038/12-CIB/RS, composto, no período da pesquisa, por dois profissionais de nível médio, vinculados à Saúde Mental e Serviços de Atenção Básica (eAB/eSF). Essa composição tem espaço-sede no CAPS ADIII, e os profissionais do RD realizam um trabalho transversal a todos os pontos de atenção, articulando-o ao território, com o objetivo de acessar usuários que fazem uso de substâncias psicoativas. Dentre as suas ações, estão as de realizar visitas aos locais de uso de drogas e orientar sobre os agravos à saúde, além de realizar rodas de conversa e oficinas com a comunidade.

O programa Primeira Infância Melhor (PIM), implantado em 2003, no Rio Grande do Sul, e, em 2006, em SLS, tem o objetivo de atuar nas áreas de vulnerabilidade social, acompanhar o desenvolvimento das crianças de zero a seis anos, orientando as famílias, a partir de sua cultura com atividades lúdicas. O programa iniciou suas atividades na zona urbana, e mais tarde foi ampliado para a zona rural e as comunidades quilombolas. Em conjunto com os serviços de Atenção Básica desenvolvem ações como a captação de gestantes, o acompanhamento da vacinação em crianças de até um ano, o acompanhamento de grupos de mães e bebês, em especial a redução da mortalidade infantil, além de outras ações.

O Programa Criança Feliz (PCF), instituído pelo Governo Federal, em 2016, e implantado no mesmo ano no Estado e no município, reforça a primeira infância e promove o desenvolvimento integral das crianças nos primeiros anos de vida, integrando ações nas áreas de saúde, assistência social, educação, justiça e cultura. O programa acompanha famílias

através de visitas domiciliares periódicas para estimular o desenvolvimento infantil, com ênfase nos primeiros mil dias de vida. E tem como público-alvo: gestantes; crianças de zero a três anos e suas famílias, beneficiárias do programa Bolsa Família; crianças com deficiência, até seis anos, que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), incluindo as vítimas de microcefalia por zika vírus; e a criança até seis anos, afastada do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção.

Também compõe a rede uma Unidade de Suporte Básico, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que atende as demandas de Saúde Mental que configurem urgência e emergência. Inclui-se ainda a Gestão de Saúde Municipal, composta pelos coordenadores de Saúde Mental, Atenção Básica e da Educação Permanente, o Colegiado Gestor de Saúde Mental, e Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e Residência em Psiquiatria.

A rede de saúde possui parcerias intersetoriais, com o Conselho Tutelar; Casa da Criança e do Adolescente; Promotoria; Ministério Público; Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); e Escolas Municipais e Estaduais.

4.5.3 Sobre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi SACI

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil - CAPSi SACI (Sistema de Atenção à Criança Inclusiva) surgiu a partir da experiência de um grupo de profissionais que trabalhava no Centro Integrado de Saúde Escolar (CISE), com atendimento exclusivo de escolares. O CISE funcionou, nessa perspectiva, de 1994 até 2005, quando foi modificado para CAPS infantil devido à necessidade de expandir o atendimento às crianças não escolares, mas foi reconhecido e regulamentado como um serviço de saúde mental destinado à população da infância e adolescência somente em 2006 pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, o CAPSi SACI passou a atender a faixa etária de três a 21 anos de idade. Os casos com faixa etária menor, geralmente são acompanhados pelo Programa Infância Melhor (PIM) e Programa Criança Feliz (PCF). O CAPSi SACI tem por característica atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em geral, através de atendimentos individuais e em grupos, incluindo os familiares, articulado com a Rede de Atenção Psicossocial do município (CAPS, eAB/eSF, SAMU e Hospital geral) e com os serviços intersetoriais da rede de proteção social, rede de ensino municipal/estadual, Conselho Tutelar (CT) e Ministério Público (MP).

Em relação ao espaço físico, a estrutura do CAPSi funciona há, aproximadamente, cinco anos no prédio que anteriormente era do CAPS AD. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h, sem fechar ao meio-dia, tendo uma equipe composta no período da pesquisa de 17 profissionais sendo: uma Enfermeira; uma Terapeuta Ocupacional; uma médica Pediatra; uma médica Psiquiatra; três Psicólogas; uma Assistente Social; três Pedagogas; duas Acompanhantes Terapêuticas; um Técnico de Enfermagem; dois Burocratas; um Auxiliar de Serviços gerais/cozinha. Desde o início da pesquisa de campo, um dos profissionais se encontrava em licença por motivo de doença, e outra, no decorrer da pesquisa, se afastou por motivo de licença maternidade.

O vínculo empregatício da maioria dos profissionais é celetista, com convênio entre prefeitura e Hospital da Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul. A carga horária dos profissionais varia de 30 a 40 horas semanais e alguns dos profissionais completam a sua carga horária no CAPS Nossa Casa ou no Pérola da Lagoa e ainda no LOKOMOTIVA.

A área física do CAPSi possui uma recepção, e um espaço para espera dos atendimentos, o qual fica em um corredor estreito, com cadeiras enfileiradas, possui ainda quatro salas para atendimento individual, uma sala ampla para atividades coletivas e reuniões e uma sala pequena para procedimentos de enfermagem e atendimentos quando as demais estão ocupadas. Possui banheiros masculino e feminino de uso social e outro restrito aos profissionais do serviço. O espaço físico dispõe de um pátio com uma ampla área, porém não é utilizada nem são realizadas ali atividades com os usuários, pois o espaço, além de não ser plano, não tem muro e possui uma sala aproveitada como depósito, cuja estrutura está comprometida, com risco de desabar.

As demandas que chegam ao serviço, segundo os profissionais, são por Ansiedade; Déficit de atenção; Hiperatividade; Transtorno de conduta; Depressão; Transtorno Fóbico; Transtorno de impulso – Cutting (Automutilação); Autismo; Enurese; Encoprese; Transtorno da fala; Taquifenia – Fala desordenada; Uso de drogas; Violência doméstica; Abuso; Crianças em situações de vulnerabilidade e Problemas escolares (déficit intelectual) associados a algum transtorno mencionado acima.

O CAPSi funciona na modalidade “porta aberta”. Diariamente, um profissional fica responsável e disponível para acolher e atender as demandas espontâneas e que necessitam de escuta qualificada, ou de alguma necessidade de saúde e/ou encaminhamentos para efetivar o cuidado.

As atividades desenvolvidas no serviço envolvem ainda atendimentos individuais; atendimentos em grupo; cuidados de enfermagem; controle de medicação; oficinas

terapêuticas de pintura, de fuxico, de socialização; atividades recreativas e comemorativas; atendimento às famílias; atividades comunitárias; oficinas: pedagógicas (individual e em grupo); visita domiciliar; visitas hospitalares; reuniões com o Conselho Tutelar (CT), Redução de Danos, ESFs, Escolas, CAPS Nossa casa e o CAPS Pérola da Lagoa; Reunião de equipe; Grupos de familiares de usuários que fazem uso de substâncias químicas, de Limites com pais; preceptoria (com residentes da Residência Multiprofissional e Psiquiatria); Aplicação de testes, quando necessário, para os usuários do CAPSi; Orientações a pais e/ou responsáveis; Trabalho colaborativo com Hospital, CT, PIM, APAE, ESF, CRAS, CREAS, escolas, e municípios da regional, sendo estes: Tururu, Cristal, Arroio do Padre, Amaral Ferrador e Morro Redondo.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente, nas quintas-feiras pela manhã, e esse espaço é destinado à discussão de questões administrativas do serviço, e também aos casos em acompanhamento e à avaliação do tratamento. Os novos acolhimentos que chegam ao serviço no decorrer da semana também são levados para serem discutidos nesse espaço, onde fica definido o plano terapêutico inicial, o profissional que irá acompanhar o tratamento, entre outras condutas (Contrarreferência, articulação conjunta com outro serviço/setor).

A realização de grupos também é uma das modalidades do CAPSi, mas não é muito utilizada. No período desta pesquisa, os grupos ativos eram sobre limites com os familiares/pais e o grupo de familiares/pais de adolescentes em uso de drogas. Os grupos são realizados quinzenalmente e conduzidos por mais de um profissional, porém, em ambos os grupos foi observada pouca adesão.

Figura 4 – Imagem do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil



Fonte: Dados da pesquisadora (2017).

4.5.4 Conhecendo as equipes de Saúde da Família – eSFs

Segundo dados da Secretaria de Saúde Municipal (SÃO LOURENÇO, 2017), a cidade conta com uma cobertura de 96% na atenção primária, através das 12 unidades de saúde da Família, e uma 13ª unidade em transição de eAB para eSF. Cada eSF/eAB contém uma equipe multiprofissional (um médico generalista ou com formação em saúde da família, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um cirurgião dentista, um auxiliar ou técnico em saúde bucal, um burocrata e um serviços gerais).

No período da realização da pesquisa, o município contava com cinco médicos cubanos integrantes do Programa mais Médicos, os quais atuavam nas eAB/eSF Nova Esperança, Coqueiro, Boqueirão, Lomba e Navegantes.

O tipo de contrato de trabalho dos profissionais varia de vínculo celetista/CLT (contratos mediante Convênio com a Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul) e concurso público.

Os profissionais de odontologia e saúde bucal não são exclusivos de uma única eSF, e geralmente atuam em duas unidades, em dias e turnos alternados. Em muitas eSFs, tanto nas de localização rural quanto nas da cidade havia microáreas descobertas que necessitavam de outro ACS para cobrir a área de abrangência descoberta. Em decorrência deste fato, o município estava em processo de seleção, durante o período da pesquisa de campo, para suprir essa necessidade, ofertando 26 vagas e mais uma vaga para cadastro de reserva, distribuído entre as microáreas das Unidades de Saúde da ESF Barrinha, ESF Navegantes, UBS Central, ESF Sete de Setembro, ESF Nova Esperança, ESF Santa Inês, ESF Boqueirão, ESF Boa Vista, ESF Harmonia, ESF Santa Tereza, ESF Canta Galo e UBS Coqueiro.

Com exceção dos ACS e de alguns Técnicos de Enfermagem que moram na zona rural, os demais profissionais residem na cidade, necessitando do carro da Prefeitura para seu deslocamento até os serviços. A prefeitura dispõe de carros e motoristas para realizarem esse transporte, os quais saem diariamente da garagem da prefeitura em horários já preestabelecidos, conforme o tempo de deslocamento de cada serviço de saúde.

Devido ao município possuir uma vasta extensão territorial rural, as populações rurais estão distribuídas de forma esparsa no território e, com isso, muitas pessoas vivem em locais isolados e de difícil acesso, seja pelas longas distâncias das residências até as estradas próximas à unidade de saúde, ou pelas estradas de terra em precárias condições em época de chuvas. Algumas dessas localidades distam até 30 quilômetros da unidade de saúde e não há

transporte coletivo regular, e os deslocamentos ocorrem, em sua maioria, por meio de transportes privados (RIBEIRO, 2017).

Fazem parte do território de abrangências das ESFs os equipamentos sociais: escolas, associações comunitárias, igrejas, padarias, minimercados, salão de festas. Cabe registrar que as unidades de saúde da zona rural estão localizadas próximas de escolas ou de outros recursos sociais, talvez devido ao fato de que as populações rurais estão distribuídas de forma espalhada no território e, às vezes, enfrentam limitações de acesso, possibilitando, assim, a essas unidades, sua articulação e abordagem a um maior número de pessoas.

Sobre a organização dos serviços, de modo geral as equipes se reúnem em um turno da semana para a reunião de equipe, espaço dedicado à discussão, ao planejamento e à intervenção de casos, reuniões internas administrativas e consolidação mensal dos relatórios de atendimentos diários, dentre outras atividades.

A entrada nos serviços para atendimento pode ocorrer das seguintes formas: encaminhamentos externos de outros serviços de saúde da rede de atenção, por demanda espontânea, com agendamento de consulta na recepção ou passagem pela equipe de acolhimento e pela reunião de equipe com a discussão de casos e agendamento de consulta.

Em relação às ações desenvolvidas, ocorrem: o acolhimento; atendimento de puericultura; pré-natal; grupos de hipertensos e diabéticos; atendimento clínico individual; consultas de enfermagem; procedimentos odontológicos; realização de procedimentos médicos e de enfermagem; consulta puerperal; exame preventivo de câncer de colo uterino; coleta de material para exames; entrega de resultado de exames; triagens (para a demanda espontânea); visitas domiciliares; curativos; imunização; inalações; fornecimento de medicação; administração de medicamentos orais e injetáveis; drenagem de abscessos e suturas; ações coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; reuniões educativas com a comunidade; reuniões do conselho local de saúde.

As equipes também desenvolvem o mapeamento da área, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias, notificações de agravos, articulação com a rede de saúde e outros setores.

No que diz respeito à marcação de consulta, cada unidade possui uma estratégia diferente, baseada no perfil da população e dos profissionais. No entanto, se destacam os agendamentos que podem ser de um turno para o outro, para o dia seguinte, para a semana seguinte, conforme a necessidade e urgência. Além disso, é disponibilizado o atendimento à demanda espontânea, caso necessitem de um atendimento imediato, e mesmo que seja

limitado o número de consultas diárias é deixado um quantitativo para intercorrências em pacientes, como dor, febre, entre outras situações.

Além dessas atividades, acontecem visitas domiciliares, com prioridade para os pacientes acamados, idosos, ou com doença que dificulte ou impossibilite buscar atendimento na unidade. Para realizar as visitas aos pacientes que moram afastados da unidade é necessário um carro da prefeitura, o que nem sempre está disponível, e as alternativas para atender essa demanda são os agendamentos dessas visitas e solicitação de disponibilização de carro para esse fim com antecedência.

As medicações fornecidas pela Farmácia Central localizada na Secretaria de Saúde do município estão disponíveis gratuitamente para os pacientes que residem no município e possuem cadastro junto à Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. Dessa lista fazem parte medicamentos para doenças crônicas: Hipertensão, Diabetes, Saúde Mental, Analgésicos, Antibióticos e Anti-inflamatórios. E no interior, estão disponíveis, nas unidades, os medicamentos de uso contínuo para hipertensão, diabetes e cardiopatia.

É importante mencionar que as reuniões mensais organizadas pela coordenação de Atenção Básica, que acontecem na Secretaria de Saúde, na primeira segunda-feira de cada mês, com três horas de duração, e tem a participação da Secretária de Saúde e as enfermeiras de todos os serviços da ESF rural e urbana. As pautas são diversas: discussão sobre questões burocráticas e administrativas, solicitação de recursos materiais, formação, atualização e capacitação sobre protocolos, vacinas, troca de informações e experiências para a qualificação do atendimento.

Em relação à estrutura física dessas unidades de saúde, estas se encontram em consonância com as normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2013). As unidades possuem uma estrutura física adequada, que contempla os itens espaço físico, ventilação, piso, acabamento das paredes, iluminação, quantidade de salas para realização de consultas médicas e de enfermagem, sala para grupos e para reuniões. A área de espera dos pacientes também é considerada ampla e com boa circulação de ar, dentre outros requisitos, e atende as novas exigências do Ministério da Saúde.

As ESF também dispõe de sala de esterilização com Autoclave, uma sala de odontologia, sala para curativos e procedimentos, sala de imunizações, sanitários adaptado para usuários com deficiência física, expurgo e copa. Ainda sobre a estrutura física, as paredes externas da maioria das ESFs apresentam pintura nova, em verde. Internamente, as paredes

são de cor branca e nela há afixados quadros informativos e orientações sobre os fluxos de atendimento.

No período da coleta, a ESF Santa Inês estava em reforma para ampliação do prédio. A obra contempla a construção de um novo consultório odontológico, dois novos consultórios médicos, uma sala de observação e ampliação da sala de espera.

Quadro 3 - Distribuição das Unidades de Saúde

ESF	ENDEREÇO
Zona Rural	
ESF Boqueirão	Boqueirão, 1º distrito.
ESF Santa Inês	Santa Inês, 2º distrito.
ESF Santa Tereza	Santa Tereza, 3º distrito.
ESF Harmonia	Harmonia, 4º distrito.
UBS-ESF Coqueiro	Coqueiro, 5º distrito.
ESF Boa Vista	Boa Vista, 6º distrito.
ESF Canta Galo	Canta Galo, 7º distrito.
Zona Urbana	
ESF Santa Terezinha	Rua Tiradentes, 93.
ESF Nova Esperança	Rua Theodoro Porepp, 670.
ESF Lomba/Medianeira	Av. Marechal Floriano Peixoto, 3455.
ESF Sete de Setembro	Rua João Batista Scholl, 460.
ESF Barrinha	Rua Borges de Medeiros, 2020.
ESF Navegantes	Avenida Izolina Passos, 955.
UBS Central	Rua Almirante Barroso, 1725.

Fonte: São Lourenço do Sul, 2017.

A ESF Barrinha localiza-se na região Oeste da zona urbana de SLS, no Bairro da Barrinha, funcionando como um serviço de Saúde da Família desde o ano de 2012. A ESF Navegantes também está situada na zona Oeste da zona urbana de SLS, no Bairro Navegantes, e funciona, na modalidade de Saúde da Família, também desde 2012. Essa unidade possui duas equipes de saúde e no período da pesquisa era também sede do NASF. A

ESF Lomba/Medianeira atende sua demanda desde 2014 e está situada no bairro Medianeira, zona Leste da cidade. No período da pesquisa, os estudantes da residência Multiprofissional e da Psiquiatria realizavam atividades de matriciamento, com acompanhamentos de pacientes em sofrimento mental, e orientações nessas três ESFs mencionadas acima.

A cidade também conta com as ESF Nova Esperança e ESF Santa Terezinha, ambas situadas na zona Norte do município, em funcionamento, na modalidade Saúde da Família, desde 2015 e 2010 respectivamente. A ESF Nova Esperança está localizada no bairro Nova Esperança e atende, em seu território, uma população que, em sua maioria, necessita de auxílio social. A ESF Santa Terezinha é a mais antiga da zona urbana, e está localizada na periferia do bairro Santa Terezinha. Os usuários dessa área adstrita são, em sua maioria, de baixa renda e extrema pobreza, residem em moradias populares e muitos são usuários de programas do governo como Bolsa Família. A ESF Sete de Setembro está localizada na zona Leste da cidade do bairro Sete de Setembro, sendo a última ESF a ser implantada na cidade por reivindicação da comunidade no ano de 2016.

No bairro Centro, encontra-se o Posto Central, uma unidade de referência para as demais unidades de saúde, com horário de funcionamento das 7h às 20h ininterruptamente. Esse serviço oferece atendimentos de pediatria, clínica médica, ginecologia, pré-natal de baixo risco, alto risco, ambulatório de ginecologia para pré-câncer, colposcopia de alteração e serviço patológico, ambulatório de feridas crônicas e ambulatório de pequenas cirurgias, serviço de eletrocardiograma, serviço de nutrição, serviço de fisioterapia, vacinação, teste do pezinho, serviço de enfermagem, programas específicos para tuberculose, programa de ostomizados e incontinência urinária.

Compõe as unidades localizadas na zona rural, a UBS Coqueiro, a qual pertence ao 5º distrito, distante da cidade uns 18 quilômetros, aproximadamente. Começou a funcionar em 2007, e no período da pesquisa aguardava o preenchimento das vagas existentes de profissionais (ACS) para cumprir a exigência de transferência de eAB para eSF. Essa unidade atende, dentre a população rural adstrita, os quilombolas. A ESF Boqueirão, unidade de saúde mais próxima da cidade, 13 quilômetros, com sede no 1º distrito, desempenha suas funções desde 2006. A ESF Boa Vista atua como serviço de saúde da família desde 2008, e está situada no 6º distrito, a 30 quilômetros do centro urbano, e também presta atendimento a população rural do quilombo.

As eSFs rurais Harmonia, Santa Tereza, Canta Galo e Santa Inês compõem os serviços mais antigos do município, com funcionamento iniciado entre os anos de 2002 e 2003. A ESF Harmonia está localizada no 4º distrito rural, distante 38 quilômetros do centro da cidade.

Essa unidade conta com uma equipe de saúde da família e tem, aproximadamente, 2.725 pessoas residentes na área adstrita (ESTEVES, 2015). A ESF Santa Tereza, situada no 3º distrito, a, aproximadamente, 50 quilômetros da cidade, possui uma equipe de saúde da família e atende, dentre sua população adstrita, os quilombolas. A ESF Canta Galo, localizada no 7º distrito, distante, aproximadamente, 60 quilômetros do centro urbano, possui uma população adstrita de 3.200 usuários distribuídos em 727 famílias, dividida em cinco microáreas (RIBEIRO, 2017). A ESF Santa Inês, localizada no 2º distrito e a 50 quilômetros da cidade, presta assistência à população geral por demanda espontânea e referenciada, e atende, dentre a população rural adstrita, os quilombolas.

Ainda compondo esses cenários, incluem-se as longas estradas, as paisagens naturais com suas plantações, os animais, o vento, o sol, a chuva e nós, os passageiros viajantes completando as paisagens humanas. O percurso por esses vários lugares, cheios de particularidades, culturas, aspectos históricos e sociais, de localizações geográficas mais próximas ou afastadas dos espaços urbanos, mas permeadas de singularidades, e um coletivo implicado com o seu modo de fazer cuidado.

Figura 5 – Imagens das Unidades de Saúde do Município de São Lourenço do Sul

Unidades de Saúde localizadas na Zona Urbana

Foto 1 – ESF Barrinha



Foto 2 – ESF Navegantes



Foto 3 – ESF Lomba/Medianeira



Foto 4 – ESF Sete de Setembro



Foto 5 – ESF Santa Terezinha



Foto 6 – Nova Esperança



Foto 7 – UBS Posto Central



Unidades de Saúde localizadas na Zona Rural

Foto 8 – ESF Boqueirão



Foto 9 – UBS Coqueiro



Foto 10 – ESF Santa Galo



Foto 11 – ESF Harmonia



Foto 12 – ESF Santa Inês



Foto 13 – Santa Tereza



Foto 14 – ESF Boa Vista

Fonte: Dados da pesquisadora (2017).

E por entre essas andanças e deslocamentos percorridos, às vezes cheios de buracos, aclives, declives e lombadas, paisagens e cenários iam se compondo, afecções em mim eram agenciadas e minha mala ia transportando tudo o que eu via e vivia. Imersa nesses cenários e em suas intensidades, devorava tudo o que me parecia serem elementos possíveis para cartografar, pois “o que há de interessante, mesmo em uma pessoa, são as linhas que a compõem ou que ela compõe, que ela toma emprestado ou que ela cria” (DELEUZE, 1992 p.47). Mas o que vou compor com isso? Onde me implico? Era preciso desconstruir o pesquisador-acadêmico e encarnar o pesquisador-cartógrafo. Dentre essas e outras indagações que me acompanharam, ao longo do percurso, eu ia colocando em análise os acontecimentos dessa experimentação e as minhas implicações.

Nesse modo de pesquisar, em que o pesquisador está incluído no processo, faz-se necessário interrogar-se constantemente sobre sua implicação. Como ir a campo, aberto para novas conexões? Ficar atento para não fixar-se e poder transformar pontos em linhas. Fazer mapa e não decalque, um não reproduzir, mas um construir (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Para tanto, esta condição nômade de cartografar me possibilitou habitar diversos lugares e possibilidades de encontros entre os trabalhadores, gestores e usuários. Senti-me convocada ainda, nesse percurso, fazer movimentos e deslocamentos, realizar rastreios e pousos, praticar experimentações e (des)territorialização, abrindo espaço para os estranhamentos, atravessamentos e a produção de novos modos de cuidado entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

4.5.5 Encontros coletivos como territórios de conhecimento, produção de afeto e cuidado

Para a apresentação desta seção insiro anotações do diário cartográfico, na qual me arrisco a narrar aspectos, impressões e reflexões que me afetaram e que foram vivenciados nos encontros com as pessoas, como movimentos de potência durante meu percurso cartografando as paisagens psicossociais de cuidado à população infantojuvenil. Impressões traduzidas a partir dos eventos agenciados pela gestão municipal composta pela Coordenação Municipal de Saúde Mental; Coordenação Municipal da Atenção Básica e Coordenação Municipal de ações de Ensino e Pesquisa e Residência em Saúde, com a finalidade de instrumentalizar e atualizar os profissionais de saúde, e também compartilhar experiências, aproximar as equipes e serviços, ampliando o reconhecimento dos recursos existentes no território para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Esses acontecimentos (eventos) que aqui registro, contém, a partir de narrativas, os encontros coletivos enquanto um território fértil que pode produzir potência para produções de conhecimento, afetos e cuidado. E a educação permanente materializada nesses encontros-eventos é uma via potente de saberes, que podem produzir bons encontros⁷, pois se torna uma intervenção/construção de conhecimento, agenciando os sujeitos no plano da teoria e da prática.

Os bons encontros nos causam afecções positivas, pois há possibilidades de nos afetarmos com as experiências compartilhadas, as trocas de conhecimento, permitindo que nos modifiquemos através deles, visto que não somos mais os mesmos, nem sairemos da mesma forma que entramos. Portanto, promover espaços de educação permanente, nos coloca em contato com movimentos de transformação, o que implica colocar o nosso próprio fazer em análise, e olhar para o nosso trabalho para além de estatísticas, de produtividade e operacionalidades, convocando-nos para uma necessária autoanálise dos processos micropolíticos de trabalho, modos de produzir cuidado favorecendo ações mais integradas e intersetoriais.

É importante destacar o panorama político que se encontra o país, cujo desmonte das políticas públicas pela falta de investimentos e tentativas de enfraquecimento do SUS se configura em sérios riscos para as conquistas já obtidas. A eminência desses retrocessos, de negligências sociais e o sucateamento dos dispositivos de saúde requerem, para além de

⁷ Bons encontros são capazes de compor e decompor corpos, dando-lhes maior ou menor potência. Um bom encontro, uma paixão alegre produz potência e compõe os corpos, enquanto que ao contrário, se reproduz modos hegemônicos e homogeneizantes de vida, produzindo assim impotência e decomposição aos corpos (SPINOZA, 2009).

ponderarmos que efeitos esses discursos de ordem e poder do governo atual irão gerar à cidadania e ao direito à saúde no médio e longo prazo, que vislumbremos agenciamentos de mobilização popular em defesa da democracia e da capacidade de luta, acrescido de um posicionamento ativo das instituições para criar novas estratégias para a preservação do SUS. Essas são algumas possibilidades de resistir, produzir potência e colocar em xeque esses desserviços.

Outra forma de resistência é apostar na potência dos espaços coletivos, na criação de encontros que tenham trocas e conhecimentos. Nessa lógica, a educação permanente se destaca como um processo de mudança propositiva e comprometida com o cuidado. E, além disso, possibilitar reflexões sobre práticas de saúde que se produzem entre os diferentes tipos de serviços, pois permite aos profissionais se colocarem no exercício de autoanálise, revisitando sua clínica, seus desejos, atrevendo-se a desacomodações, desterritorializando-se para que novos territórios e modos de existência sejam criados.

Nessa dinâmica, eventos-acontecimentos, agenciados pelos encontros e seminários, geram (trans)formação, desacomodações, conhecimentos e espaços de potência para discussão e planejamento dos fazeres coletivos para alcançar corpos sensíveis e novas composições para a rede de cuidado.

Nessa perspectiva, o município SLS é, historicamente, reconhecido pela iniciativa e forte colaboração no campo da saúde mental. E passados 30 anos desde que inaugurou o seu primeiro CAPS, sendo o primeiro serviço no Estado, pois se entendia, desde aquela época, a necessidade de promover um cuidado à população que valorizasse o cuidado em liberdade, próximo do território dos sujeitos e de seus familiares. Assim como é notável a preocupação de estar em contínua busca por aprimoramento, buscando qualificar não apenas os trabalhadores dos serviços especializados, mas oferecer aos demais serviços que compõem a rede de saúde oportunidades a todos os profissionais para se aperfeiçoarem, visando oferecer um atendimento de qualidade aos seus usuários.

A partir dessas ponderações compartilho, aqui, alguns encontros (eventos) que marcaram meu percurso cartográfico, me afetaram e reverberaram bons encontros.

O primeiro evento — **SAMU Mental - Encontro Estadual de Atendimento Pré Hospitalar em Saúde Mental** — foi realizado entre os dias 28 a 29 de setembro de 2017, no Galpão Crioulo do Camping Municipal de São Lourenço do Sul, através da Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul, com incentivo da Secretaria de Saúde, do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

O objetivo desse encontro centrou-se no desejo de propor iniciativas de capacitação aos profissionais da Rede de Assistência Pré-hospitalar em saúde mental, e identificar as dificuldades nos atendimentos de urgência e emergência às pessoas portadoras de transtornos mentais decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas. E ainda propor a criação de protocolo de atendimento em urgência e emergência a pessoas em fase aguda do transtorno mental, decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para tais discussões técnicas contou-se com a presença dos gestores e Trabalhadores dos Serviços de Saúde Mental e bases dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município e região.

Nesses dois dias de evento aconteceu muito mais do que um encontro para pensar sobre o cuidado no Atendimento Pré-hospitalar no âmbito da Saúde Mental. Nele, foi reforçada a necessidade de uma rede conectada com os diferentes pontos de atenção, cujas ações de cuidado abarcaram conexões transversalizadas, multidisciplinares e de corresponsabilização, pois a atenção em saúde mental pertence a todos os que operam o cuidado.

Se, de um lado, há uma necessidade de qualificar as práticas de cuidado em saúde mental nos serviços de emergência, em especial nas situações que envolvam a crise psíquica, de outro, não deve haver um local exclusivo para atender situações como esta e, tampouco, profissionais específicos de saúde mental para esse tipo de atendimento. Nesse sentido, esse encontro foi se tornando potência à medida que foi nos contaminando com as experiências e os conhecimentos compartilhados, requisitando uma rede para além de um conjunto de serviços articulados: a necessidade de se produzir redes vivas a partir de pessoas.

Figura 6 – Folder do evento SAMU Mental



Fonte: Google imagem.

O segundo evento foi o **Cuidado compartilhado na Rede de Atenção a Saúde**. Esse seminário ocorreu no início do mês de dezembro de 2017, no Salão Três de Maio da Comunidade Evangélica Luterana do município, e abordou os tópicos: matriciamento, integração entre grupos de saúde mental e atenção básica, estratégias de compartilhamento do cuidado, experiência de cuidado compartilhado na rede local e desafios para a prática do cuidado compartilhado.

O evento teve como facilitador o Médico Psiquiatra, Doutor em Ciências pela Universidade de São Paulo, Dinarte Ballester, um dos colaboradores do Guia do Matriciamento do Ministério da Saúde. Ele propôs, para esse encontro, pensar sobre a saúde mental para além de um serviço especializado e a necessidade de aproximação da Saúde Mental e a Atenção Básica, visando ao estreitamento das relações/ações para que houvesse maior responsabilização pelo cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico no território, e assim a minimização de encaminhamento aos serviços especializados.

O cronograma previu iniciar pelo questionamento – Quem somos nós? — para buscar reconhecer quem são esses atores envolvidos no cuidado (os profissionais/trabalhadores da rede) e propiciar a integração entre os grupos de Saúde Mental e Atenção Básica. No período da tarde, a dinâmica de trabalho foi desafiar as equipes já integradas a discorrerem sobre suas experiências e estratégias de compartilhar o cuidado e de refletir sobre as competências necessárias para um cuidado compartilhado.

Aqui cabe o registro da minha alegria com a temática deste Seminário, pois dentre uma infinidade de outros temas para serem abordados, o tema para esse evento tinha no seu escopo a articulação/integração entre os serviços da Saúde Mental e Atenção Básica. A escolha deles me propiciou ainda mais certeza da importância de dar visibilidade ao tema e o quanto pertinente era ampliar os estudos e discussões nessa área. Embora seja reconhecido o esforço das Políticas de Saúde para desenvolver ações integradas entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, visando superar a fragmentação do cuidado nesses serviços de saúde e qualificá-lo no contexto comunitário, ainda há grandes impasses nessa operacionalização para a sua efetividade, fazendo-se necessário lançar um “novo olhar” sobre o lugar psicossocial dos sujeitos e estendê-lo para aonde a vida deles acontece, ou seja, no seu território.

E presenciar, nesse evento, os sujeitos em ação – tanto os profissionais da gestão quanto os demais profissionais da rede – colocando em pauta essa temática tão necessária, independente de já vivenciarem muitas ações transversais na Rede, e o entendimento do quanto ainda deve ser discutido sobre esse “cuidado colaborativo” entre esses serviços, me energizou. Creio importante mencionar que esses potentes sujeitos e seus corpos, nesse

processo de educação permanente, além de provocarem ressonância em outros profissionais para continuarem a produzir juntos e promoverem essa integração, demonstraram que tais agenciamentos são possíveis e que nada está pronto. Cabe, portanto, a cada um dos atores envolvidos inventarem e ousarem nas suas práticas, em um movimento contínuo de territorialização, desterritorialização e reterritorialização. Isto porque,

[...] os meios de mudar a vida e de criar um novo estilo de atividade, de novos valores sociais, está ao alcance das mãos. Falta apenas o desejo e a vontade política de assumir tais transformações. E a condição para tais mudanças reside na tomada de consciência de que é possível e necessário mudar o estado de coisas atual e de que isso é de grande urgência (GUATTARI, 1992 p. 172).

Eis o tempo de ousar mais, correr riscos, de investir em agenciamentos coletivos em múltiplas dimensões. Fazer da potência dos encontros uma inventiva nova guerra. Continuamos (sequer paramos) nosso combate em nossos locais: nos serviços de saúde, nos espaços onde for possível afetar, ser afetados e fazer conexões (YASUI, 2016).

Figura 7 – Registro fotográfico do Seminário sobre cuidado compartilhado na Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Dados da pesquisadora (2017).

O terceiro evento foi: **XIII MENTAL TCHÊ – "Sirvam nossas façanhas de modelo a toda Terra" 30 anos da saúde mental de São Lourenço do Sul**. Essa edição do Mental Tchê se realizou nos dias 10 e 11 do mês de maio de 2018, no Galpão Crioulo do camping municipal, e propôs **em comemoração aos 30 anos de atenção à Saúde Mental no município, discutir as projeções a respeito do trabalho da RAPS**. Nesse debate, foi introduzida a atual conjuntura das Residências em Saúde e a formação na perspectiva da Rede de Atenção Psicossocial, visando refletir também sobre os Rumos da Saúde Mental e as projeções no âmbito da Atenção Psicossocial, com a discussão sobre Saúde Mental na Infância e Adolescência: perspectivas para o cuidado integral.

Dos eventos que participei ao longo de minha trajetória acadêmica, esse foi um dos que mais me afetaram, que produziram efeitos no que eu sei, no que eu penso e no que eu desejo.

Sei que o Mental Tchê é um evento anual, idealizado pelos gestores, trabalhadores da saúde mental e simpatizantes, criado em alusão ao Dia Nacional de Luta Antimanicomial, celebrado em 18 de maio, com sua primeira edição em 2005. De lá para cá somam-se 13 edições, e eu pude estar presente em várias delas. E a cada Mental Tchê que participei pude observar que há movimentos instituintes, há um esforço coletivo para a construção de novas ações de cuidado e o desejo de mudança e resistência é sempre renovado, mesmo diante dos desafios que precisam ser enfrentados, em especial nesses tempos sombrios da política atual em que vivemos.

Considero esse encontro um outro lugar para se produzir cuidado, interferências e conexões, colocando-o em condição de disparar outras produções, e que, ao acontecer, cria outras possibilidades de caminho nessa rede, extrapolando o preestabelecido na produção do cuidado e mostrando que essas redes são vivas e geram ondas em todas as direções (MERHY et al., 2014). Ao mesmo tempo em que é um espaço formador, que fomenta discussões e problematiza o trabalho, onde o saber/fazer é revisitado, questionado e tensionado para uma reorganização dos processos de trabalho.

O evento apresenta um formato organizado (mesa redonda, ágoras, tendas afetivas, momentos culturais e exposições de geração de renda e atividades dos usuários da RAPS) que proporciona conexões, afetações, aproximações e deslocamentos por outros territórios, além do saber, mas de um coletivo através da participação ativa de gestores, trabalhadores, usuários e estudantes. Esse evento, além de aproximar as pessoas, humanizar suas relações, afirma o compromisso com o cuidado e a sua relevância de existência para a rede e para a história do município que é referência em experiências desinstitucionalizantes.

Desejo que a cada nova edição, um maior público se faça presente, e que eventos como esse continuem a nos contaminar, nos contagiar, produzindo trocas de experiência, conhecimento e afetos.

Refletindo sobre os temas abordados no evento e sobre o contexto atual em que vivemos, de grande retrocesso para as políticas públicas, trazer para o palco a discussão sobre **os rumos e as projeções da saúde mental no âmbito psicossocial** reforça, entre tantas outras medidas, que a resistência aos desmontes depende de apropriação técnico-científica e da constante mobilização popular em defesa dos direitos à saúde, do fortalecimento nas linhas de cuidado e de maiores investimentos nas políticas de saúde.

Diante dessas constatações, considero, em relação às Residências em saúde e à formação na perspectiva da RAPS, composta pelos campos de atuação das Unidades de Atenção Primária à Saúde (eAB/eSF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de assistência a adultos, infância e adolescência, álcool e outras drogas e leitos especializados em Saúde Mental no Hospital Geral), uma aposta potente para o fortalecimento da atenção psicossocial e dos processos de ensino-aprendizagem, ao mesmo tempo em que amplia a oferta de cuidado e as possibilidades de inovações em práticas estagnadas, fortalecendo o diálogo entre os serviços de saúde mental e os demais dispositivos do território.

Trazer para a discussão as Residências em Saúde enquanto proposta de formação-ensino-serviço à comunidade é, sem dúvida, de grande relevância. Entretanto, a articulação entre as residências, multiprofissional em saúde mental coletiva e médica em psiquiatria, acerca das práticas interprofissionais, ainda acontece de forma tímida no município. Existe esse movimento, mas para que ocorra de modo mais efetivo, é preciso que não fiquem restritos aos seus núcleos de saber, não se limitem ao desenvolvimento de atividades pontuais que realizam em comum e que haja maior integração entre elas.

Outro assunto trazido para discussão no evento foi a respeito da Saúde Mental na Infância e Adolescência: perspectivas para o cuidado integral. No processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental infantojuvenil é muito recente. Assim, inseri-lo na pauta de um evento de tamanha importância e visibilidade me deixa entusiasmada e confiante, pois foi defendido que é possível e viável construirmos políticas públicas de saúde mental para essa população; e como estratégia potente de promoção para uma atenção integral, isso implica a necessidade de um trabalho articulado em rede cujas ações estejam pautadas na intersetorialidade e no cuidado compartilhado.

Nesse encontro, a coordenadora do CAPSi fez uma apresentação do serviço e suas demandas, e como a clínica tem realizado suas práticas. Também apresentou alguns desafios -

os ditos “nós” da rede infantojuvenil para serem superados, além de dividir a mesa com familiares que compartilharam suas experiências e expectativas no processo de cuidado com filhos autistas e usuários do CAPS infantojuvenil, trabalhadores de outros serviços infantojuvenil e residentes em saúde do município.

Figura 8 – Folder XIII Mental Tchê



Fonte: Google imagem

Sob a evocação “**sirvam nossas façanhas de modelo a toda terra**”, o evento comemorou os seus 30 anos de Saúde Mental do município, e lembrou que a cidade foi pioneira na criação do primeiro CAPS em território gaúcho. Essa iniciativa deveu-se à dificuldade de não ter alternativas terapêuticas de cuidados aos pacientes que estivessem em sofrimento psíquico ou internados em hospitais psiquiátricos. E estar presente para acompanhar esse momento de celebração foi emocionante, e eu fiquei pensando sobre esta frase e o quanto ela diz: - **Sirvam nossas façanhas** – vejam os nossos feitos, **de modelo a toda Terra** - e se sirvam com elas, se inspirem a partir delas - **30 anos da saúde mental** de um município que reconhece a sua história e se orgulha da rede de atenção que já conquistou.

Em que pese os novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, com forte desinvestimento, observa-se o esforço por parte da gestão e dos trabalhadores e usuários para avançar na construção de uma política de saúde mental que produza transformações no que diz respeito às concepções de saúde, doença e cuidado.

Cabe destacar que todos os eventos geralmente acontecem nas sextas-feiras e sábados, para não prejudicar a rotina dos serviços. E os trabalhadores são convidados e liberados do

trabalho para participar. E a 14ª edição a ser realizada no ano de 2019 terá como tema – “Saúde Mental na Atenção Básica: fortalecendo as redes de Saúde por um cuidado e[a]fetivo”, visando abordar as demandas que envolvem a saúde mental nas Equipes de Saúde da Família (eSF).

4.6 Considerações Bioéticas

Por fim, este estudo contempla os critérios éticos da Resolução 466/12, incorporando, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça; além de assegurar os direitos e os deveres relacionados à comunidade científica e aos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Para autorização e concordância da pesquisa foi encaminhado um ofício à Secretaria de Saúde e Coordenação de Saúde Mental do município de São Lourenço do Sul/RS (ANEXO I e II), expondo os objetivos e procedimentos do estudo, a fim de obter autorização para a entrada em campo e produção dos dados.

Após essa liberação, o ofício foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) o qual foi aprovado sob nº 2.350.300 e CAAE: 76389817.7.0000.5347 (ANEXO III).

Além disso, foi fornecido a todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), para ciência e assinatura. Esse documento garante a confidencialidade das informações e sigilo da identidade dos participantes ou de qualquer outra informação que possa identificá-los; também assegura o direito de participar de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, podendo retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo. Ressalta-se ainda que foi fornecido o TCLE em duas vias de igual teor, destinando uma cópia ao pesquisador e outra ao participante.

A pesquisadora comprometeu-se ainda com o armazenamento do material obtido, salvo em um banco de dados e armazenado em local seguro por cinco anos (Lei dos Direitos Autorais), após, será destruído.

Destaca-se que este estudo não possuiu riscos, contudo, se durante a realização da pesquisa fossem desencadeados possíveis incômodos ou desconfortos, a pesquisadora comprometeu-se a fornecer escuta ao participante e fazer encaminhamentos, caso necessários.

Do mesmo modo, os participantes foram esclarecidos sobre os benefícios indiretos, no sentido de contribuir para a construção do conhecimento na área, além da relevância social e a

contribuição que os resultados podem fornecer para a consolidação de políticas de Atenção à Saúde Mental da criança e do adolescente.

Também foi garantida a restituição dos resultados da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde, ao CAPSi SACI de São Lourenço do Sul e serviços da Atenção Básica através de cópia impressa e apresentação dos resultados em Power Point para as equipes, coordenador de Saúde Mental e Gestores de São Lourenço do Sul-RS. Além disso, artigos e eventos científicos serão utilizados como meio de divulgação dos resultados.

4.7 Sobre a análise dos dados produzidos

A leitura do material produzido pelos instrumentos escolhidos, diário de campo e entrevistas semiestruturadas com os participantes da pesquisa, culminou na análise e discussão orientada a partir do referencial teórico e metodológico da cartografia, além do método, como sustentação teórica, dialogando com autores da filosofia da diferença e da saúde mental, na condição de nossos intercessores.

Escolhi como forma de construção descritiva-analítica dessa Tese, apresentá-la por meio da produção de artigos, os quais geraram três linhas de análise principais representados, aqui, como platôs.

Para Deleuze e Guattari (2011, p. 44), um platô “é uma região contínua de intensidade”, não possui finalidade, direção ou um ponto alto, culminante; são intensidades que vibram sobre elas mesmas. “Um Platô está sempre no meio, nem início, nem fim”. Dessa forma, ele pode ser posto em qualquer posição com outro e ser lido em qualquer posição, pois consiste em uma multiplicidade que se conecta e estabelece-se em rizoma. Cada platô pode ser lido em qualquer posição e posto em relação com qualquer outro.

A primeira linha de análise remete ao platô - **Cartografia: contribuições teórico-metodológicas para o campo da Saúde Mental Infantojuvenil** que privilegiou refletir sobre as contribuições teóricas e metodológicas do método cartográfico no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. Numa perspectiva teórica, o artigo se propôs apresentar os conceitos fundamentais, e a utilização da caixa de ferramenta para a produção de dados enquanto pistas para a compreensão e aplicação do método em pesquisas qualitativas do campo da saúde.

A segunda apresenta o platô - **Saúde Mental na Atenção Básica: uma rede rizomática para Infância e Adolescência**, a qual objetivou cartografar o modo de cuidado produzido na saúde mental à criança e ao adolescente, seus fluxos e conexões a partir da articulação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) com os serviços da Atenção Básica.

Parte, assim, da premissa de que a articulação entre esses serviços pode evocar a construção de uma “rede-rizoma”, numa constante conexão e reconexão, entre os serviços e os próprios atores envolvidos com os serviços e usuários.

Já a terceira faz referência ao platô - **Práticas intersetoriais: cartografando seus efeitos na rede de atenção psicossocial Infantojuvenil**, a qual pretendeu colocar em análise as práticas intersetoriais a partir de cenas cartografadas em um espaço de discussão intersetorial. Através dos encontros produzidos durante o percurso cartográfico — encontro do pesquisador com o seu campo de investigação — que marcaram acontecimentos sustentados pelas práticas intersetoriais, somados às entrevistas individuais; aos afetamentos; à análise de implicação, procurei pôr em análise os efeitos dessas práticas no cotidiano institucional, desconstruindo modos sedimentados e reprodutivos e favorecendo a produção de novos agenciamentos capazes de criar ações coletivas e exercer a potencialidade transformadora do devir intersetorial.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

[...] não se diz mais EU, ao ponto em que já não tem qualquer importância dizer ou não dizer EU. Não somos mais nós mesmos. [...] Fomos ajudados, aspirados, multiplicados. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 11)

Os resultados e a discussão estão organizados em formato de artigos científicos conforme resolução 01/2018 do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS que Regulamenta as orientações para fins de publicação e redação de Teses de Doutorado e Dissertações de Mestrado. O quadro a seguir apresenta os três artigos científicos de acordo com os objetivos propostos neste estudo.

Quadro 4 - Artigos científicos elaborados de acordo com os objetivos do estudo

Artigo	Título	Objetivo	Método	Periódico a ser submetido/ Publicado
1	Cartografia: contribuições teórico-metodológicas para o campo da saúde mental infantojuvenil	Refletir sobre as contribuições teóricas e metodológicas da cartografia no campo da Saúde Mental Infantojuvenil	Artigo Original	Revista Latino-Americana de Enfermagem
2	Saúde Mental na Atenção Básica: uma rede rizomática para infância e adolescência	Cartografar o modo de cuidado produzido na saúde mental à criança e adolescente, seus fluxos e conexões a partir da articulação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) com a Atenção Básica.	Artigo Original	Revista Brasileira de Enfermagem
3	Práticas intersetoriais: cartografando seus efeitos na rede de atenção psicossocial Infantojuvenil	Conhecer as práticas intersetoriais de cuidado a partir dos encontros produzidos por uma rede de trabalho intersetorial na atenção psicossocial infantojuvenil.	Artigo Original	Revista Texto e Contexto Enfermagem

Fonte: Elaborado pela Autora (2019).

**6 ARTIGO – “CARTOGRAFIA: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS
PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL”**

Cartografia: contribuições teórico-metodológicas para o campo da Saúde Mental

Infantojuvenil

Resumo:

Objetivo: refletir sobre as contribuições da cartografia como aporte teórico-metodológico no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. **Método:** trata-se de um ensaio teórico sobre as reverberações conceituais e operacionais da cartografia, apoiado nos conceitos da Filosofia da Diferença e Análise Institucional. **Resultados:** a cartografia, enquanto proposta metodológica em pesquisas, investiga os processos de produção de subjetividades, valorizando o campo da experimentação e das problematizações acerca de instituições, práticas e relações. Para tanto, propõe a utilização da caixa de ferramenta na produção de dados, e pistas para guiar o pesquisador cartógrafo a ir a campo, habitar um território, estar aberto a experimentações, e aventurar-se nos territórios existenciais a serem cartografados. **Conclusão:** o método cartográfico permite uma abordagem participativa, entende o conhecimento como produção da realidade, e a pesquisa como um mergulho no plano da experiência. A cartografia, ao analisar a complexidade dos fenômenos nos territórios cartografados, permite acessar o plano dos agenciamentos para um novo pensar, e, assim, provocar possíveis desterritorializações.

Descritores: Pesquisa Qualitativa; Metodologia; Saúde mental; Criança; Adolescente.

Introdução

A cartografia é um método de pesquisa que teve sua origem no Movimento Institucionalista. Pode-se dizer que a cartografia se amplia em um conceito e um modo de operar, emergindo como um novo modelo de produzir conhecimento que pode se apresentar enquanto uma prática singular de pesquisa e de análise⁽¹⁾.

A cartografia, como método de pesquisa, em sua interface com as pesquisas qualitativas é recente, no Brasil, e vem ganhando expressividade e interesse de pesquisadores, sendo adotada em vários campos do conhecimento — as áreas da saúde, saúde coletiva, educação, psicologia, serviço social, enfermagem, dentre outras áreas. Um importante marco de sua utilização no país, como método de pesquisa, teve início na década de 1980 com os estudos de Suely Rolnik, em companhia de Felix Guattari, intitulado *Micropolítica: cartografias do desejo* (1986). Mais tarde, essa autora produziu a obra *Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (1989), garantindo grande importância na formulação das direções do método cartográfico.

Em 2009, professores pesquisadores da Universidade Federal Fluminense e do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro⁽²⁾ publicaram o primeiro volume do livro “Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade”. E, em 2014, foi publicado o segundo volume, intitulado “Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum”⁽³⁾. Ambos os livros citam caminhos para guiar os pesquisadores na apropriação do método, sendo referências que auxiliam o cartógrafo à experiência cartográfica do pesquisar, do ir a campo, afinar sua atenção, habitar um território, estar aberto a experimentações, e aventurar-se nos territórios existenciais a serem cartografados.

A cartografia na pesquisa em Saúde Mental Infantojuvenil pode permitir ao pesquisador cartógrafo produzir conhecimento a partir dos afetos e intercessões vividos nesse

processo de investigação, dando visibilidade e dizibilidade às tensões presentes nesses encontros, ou seja, voz ao que era sentido, mas ainda não enunciado⁽¹⁾.

Ao escolher a cartografia pode-se considerar novas possibilidades de produção do/no cuidado ao sujeito, pois, à medida que se caminha por essas paisagens psicossociais começa-se a acompanhar encontros que geram potência e novos modos de experimentação, ou que aprisionam as relações com/entre sujeitos, além de revelar linhas que engessam ou que dão passagem a formas inventivas e criativas do cuidado.

Dessa forma, objetiva-se refletir sobre as contribuições teóricas e metodológicas da cartografia no campo da Saúde Mental Infantojuvenil. Para tanto, inicialmente, buscou-se contextualizar a Saúde Mental Infantojuvenil e seus avanços, passando pela abordagem dos principais conceitos e a caixa de ferramentas da cartografia vinculada aos procedimentos e técnicas utilizadas. Finaliza-se com as interfaces e contribuições ao campo da Saúde Mental Infantojuvenil, sob a justificativa de fomentar outros modos de pensar a pesquisa qualitativa, ampliando as discussões e os debates em saúde, especialmente no campo da saúde mental infantojuvenil.

Contextualizando a Saúde Mental Infantojuvenil

Historicamente, as políticas públicas infantojuvenis foram negligenciadas durante muitos anos, e à saúde mental infantojuvenil foi dada pouca ou nenhuma atenção se comparada à saúde mental da população adulta. Esse fato ocorreu, em parte, devido às diferentes visões que a sociedade tinha a respeito da criança e do adolescente⁽⁴⁾.

A partir do século XX a criança, enquanto ser biopsicossocial, passou a ser reconhecida socialmente, reconhecendo-se suas necessidades e, com isso, ocorreram importantes transformações sociais, econômicas e políticas. Assim, o cenário brasileiro, em relação à Saúde Mental da Criança e Adolescente (SMCA), que até então era marcado pela

desassistência, institucionalização e pelo não reconhecimento da possibilidade de sofrimento e adoecimento psíquico da criança e do adolescente, passou por um processo de reformulação histórico-cultural e político⁽⁵⁾.

Pode-se afirmar que o final da década de 1970 marcou o início do processo de Reforma Psiquiátrica do país, um movimento histórico importante, com grande participação dos diversos atores sociais e com recriminação às condições de assistência psiquiátrica. Esse movimento deu luz à Lei nº 10.216/01, concretizando a saúde mental como política de Estado, ancorada em sólidos aparatos jurídicos, políticos e clínicos, que reorganizaram a rede de serviço e influenciaram a criação de outras legislações relevantes⁽⁶⁾.

Em relação às crianças e adolescentes, a construção de uma rede de atenção específica só foi possível a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), de 2001, e da Portaria Ministerial nº 336/02, a qual instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são serviços de base comunitária e territorial, com a finalidade de promover atenção em saúde mental para psicóticos, autistas, usuários de álcool e outras drogas, e para qualquer condição que implique prejuízos psicossociais severos e persistentes⁽⁷⁾.

Os avanços conquistados nos dez anos que se seguiram à Lei 10.216 e à III CNSM concederam à IV CNSM, realizada em 2010, um valor especial de avaliação de todo esse processo que se ampliou, reforçando a necessidade de desenvolver ações que criassem redes intersetoriais e transdisciplinares⁽⁶⁾. Foi nesse contexto que nasceu o paradigma psicossocial, e, muito além da aversão ao modelo hospitalocêntrico, implica a construção de um saber que secundariza o sintoma e prioriza o sujeito, a produção da saúde e aposta em modos diversos de fazer andar a vida⁽⁸⁾.

É importante destacar, que no sistema de saúde vigente no país, vive-se, no momento, um progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas. Em relação à Política de Saúde Mental, mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da Portaria

3.588/2017⁽⁹⁾, apontam, por meio de ampliação de recursos, o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos, criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, propostas que têm sido avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país, porque, além de trazer de volta a perspectiva manicomial, secundariza o investimento nos serviços de base territorial e comunitária.

Essas considerações somam-se à necessidade de enfatizar a importância da RAPS nos cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes, de modo a reforçar a articulação entre os serviços especializados de Saúde Mental Infantojuvenil, Atenção Primária à Saúde (APS) e outros setores que são necessários, como educação, serviço social e direito⁽¹⁰⁾.

Observa-se, então, a importância de um processo de cuidado voltado à inclusão da criança e do adolescente em seu território de vida. Na prática, o CAPSi daria suporte para essa população em crise, oferecendo tratamento e ajudando a articulação com outros componentes da rede: escola, atenção básica, assistência social, esporte e lazer. A ideia é gerar autonomia e outras possibilidades de cuidado que não se restrinjam ao tratamento institucional, medicamentoso, proporcionando novos olhares sobre o sofrimento psíquico e, assim, preparar os indivíduos para uma vida na comunidade.

Dessa forma, coloca-se em análise o objeto de estudo aqui pronunciado – contribuições teóricas e metodológicas da cartografia no campo da Saúde Mental Infantojuvenil –, pois, acredita-se que esse método pode auxiliar a “desvendar” que cuidados são revelados no cotidiano desses indivíduos em sofrimento mental, e mapear elementos importantes presentes no ambiente instituído (ordem estabelecida) do trabalho assistencial, sem perder de vista os movimentos instituintes (capacidade de inovação) que tensionam e provocam mudanças nas práticas de saúde.

Nessa dinâmica, consideram-se as práticas assistenciais dos CAPS, como as oficinas, atendimentos individuais e em grupos, ações que fazem parte do processo de trabalho já

estabelecido, atividades solidificadas, pertencentes ao movimento instituído. Contudo, quando se rompe com os discursos instituídos, como atividades burocráticas e práticas cristalizadas, permite-se experimentar novas ações e adentrar territórios desconhecidos, criando a possibilidade de fazer diferente, dando passagem aos movimentos instituintes. E é nessa linha de pensamento que a cartografia pode contribuir para que se entenda o mundo da saúde mental infantojuvenil e se possa contribuir, com movimentos de força instituintes, as práticas institucionais ou não, na rede de cuidados e políticas públicas.

Cartografia como modelo teórico-metodológico — principais conceitos e caixa de ferramentas

O método da cartografia foi originalmente pensado por Giles Deleuze e Félix Guattari, na década de 1960, e apresenta, na introdução do volume 1 do livro *Mil platôs*, os princípios do rizoma, e muito mais do que um conceito, trata-se de um modelo de pensamento. Remete-se ainda à perspectiva cartográfica como forma de navegar entre paisagens, ou seja, de encontros com pessoas, ideias, coisas, falas.

Dessa forma, a cartografia não segue um modo prescritivo, nem está vinculada somente a técnicas de pesquisa, além disso, o pesquisador não é neutro no campo de pesquisa; entende que o pesquisador é corpo vivo e político nos encontros afetivos com o campo interventivo, e o pesquisar como um processo em movimento, cujos delineamentos vão se fazendo ao caminhar⁽¹¹⁾. Então, quando o cartógrafo entra em campo há processos em curso e o território vai sendo explorado em cada encontro por olhares, escutas e sensibilidade.

Na cartografia, pesquisar é uma forma de cuidado quando se entende que a prática da investigação não pode ser determinada só pelo interesse do pesquisador, mas também considerar o protagonismo do objeto. O aprendiz-cartógrafo, inicialmente, vai sendo

provocado e contagiado pelas experiências de habitação e acontecimentos, abandonando as formas rígidas, as regras fixas e experimentando a abertura aos movimentos do território⁽¹²⁾.

A cartografia também é considerada um método de pesquisa intervenção, de modo que pesquisar e intervir não se diferenciam, pois, conhecer e fazer não estão separados, o processo de pesquisar faz emergir o objeto, o sujeito e o conhecimento. O saber, então, emerge do fazer, colocando o trabalho por um fazer-saber, transformar para conhecer e não conhecer para transformar. É ainda um método para ser experimentado e não aplicado, sendo, então, construído durante o próprio encontro entre o campo e o pesquisador⁽¹³⁾.

Nesse sentido, pressupõe-se um modelo teórico que tensiona modelos na pesquisa em saúde, saindo do monológico para o dialógico. Os modelos monológicos são verticais, em que as abordagens partem de o conhecimento ser vinculado ao profissional de saúde, desconsiderando os saberes e experiências dos sujeitos em seus contextos socioculturais. Dessa forma, trata-se de um modelo prescritivo, informativo, sem interlocução com os sujeitos. Em contrapartida, o modelo dialógico incorpora as relações e a implicação do pesquisador e profissionais com os contextos, nos quais se inserem, pois, a pesquisa requer participação, diálogo e intervenção de todos os envolvidos no campo de estudo-intervenção⁽¹⁴⁾.

Para cartografar é preciso adentrar e compreender seus principais conceitos e operacionalidades no sentido de guiar o pesquisador cartógrafo na ida ao campo. Nesse artigo, apresentam-se algumas ferramentas-conceitos, como o de Rizoma, instituído, instituinte, implicação e território existencial. A partir desses olhares, o pesquisador lança mão de sua caixa de ferramentas, ou seja, técnicas de pesquisa, que o ajuda a adentrar nesse universo complexo, como os diários de bordo, a observação participante e a entrevista. É importante lembrar que a caixa de ferramentas pode ser utilizada em todas as pesquisas qualitativas,

sendo que para cartografar é necessário ampliar a visão conceitual dos principais conceitos da cartografia.

O conceito de rizoma, na cartografia, remete à noção de conexão, uma rede complexa, de formas diversas que se ramificam em todos os sentidos, e, em muitos pontos, se conectam entre si. Ou seja, o processo cartográfico é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente⁽²⁾. Dessa forma, a pesquisa, na perspectiva cartográfica, deve ser como um mapa aberto que se vai delineando a partir das conexões que o campo de pesquisa possibilita trilhar, contudo, não se deve esquecer que nele se incluem as implicações do pesquisador.

Implicação não faz reverência à noção de comprometimento, motivação ou relação pessoal com o campo de pesquisa, ao contrário, explorar a implicação é dar voz às instituições que nos atravessam. Implicar-se não é fazer julgamentos, mas aprimorar o olhar crítico sobre o modo instituído de produção da realidade. É permitir-se acessar a instituição, e produzir conhecimento a partir de suas contradições; é fazer uma análise das forças que afetam o pesquisador e que estão imbricadas nessa relação, como produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças⁽¹⁵⁾.

Aqui, o conceito de instituição não designa elementos sólidos, concretos, mas forças que atuam na constituição dos arranjos, negociações, decisões que se estabelecem sobre as forças instituídas e instituintes. A força instituinte se refere àquela que provoca o instituído, aquilo que desloca o que está posto, buscando transformação. E o instituído compreende o já estabelecido, solidificado. Ambas as forças se encontram em constante movimento de construção e desconstrução, no processo de produção de saúde e cenário das práticas⁽¹⁶⁾.

Cartografar significa navegar entre paisagens, captar intensidades que se registram nos encontros. O método visa ainda mapear as composições e as decomposições dos territórios, desenhando as linhas e suas articulações⁽¹¹⁾. No campo da saúde mental importa destacar que

esse movimento de composição e decomposição (territorializar-se, desterritorializar-se e reterritorializar-se) é que dá movimento, causa transformação e produz cuidado. Esse processo pode ser complexo, pois exige romper com as formas duras e estruturadas do processo de trabalho e das micropolíticas internas do pesquisador para intensificar novos territórios de cuidado em saúde.

A concepção de território de cuidado em saúde está ligada à noção de território existencial, que se considera uma disposição de composição com o campo pesquisado, conectar-se com seus desejos e compreender suas histórias de vida em uma relação horizontal, de um fazer com, compondo com os elementos envolvidos. Esse aprender reflete a necessidade de engajamento no campo pesquisado, pois não se separam teoria e prática, espaços de reflexão e de ação⁽¹²⁾.

A pesquisa de campo requer habitar um território não habitado que, em princípio, coloca o pesquisador cartógrafo como estrangeiro visitante. Não se trata de se deslocar numa cidade, mas de produzir conhecimento ao longo de um percurso, o que envolve a atenção e, com ela, a própria criação do território de observação⁽¹⁷⁾. Outro aspecto relevante é que a cartografia lança mão da observação participante, porque o pesquisador se mantém no campo em contato direto com as pessoas, no qual observador e observado tornam-se parceiros abertos ao plano dos afetos e dos territórios existenciais⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, no momento em que o pesquisador cartógrafo participa ativamente de todo o processo, ele está aberto às particularidades do contexto, à espreita paciente e minuciosa do inesperado, pois não trabalha apenas com o que é dito, nem o privilegia, pois o que é do campo do visível é tão importante quanto o que é do campo do dizível⁽¹⁾, e para assumir esta proposta é necessária a imersão do cartógrafo no território da pesquisa, procurando não só compreendê-lo, mas experienciá-lo.

Durante o caminho da pesquisa cartográfica, uma viagem com roteiro é mais ou menos definido, mas que pode ser influenciada pelos elementos do entorno — instituições, pessoas, acontecimentos, contextos, possibilidades. Também pressupõe que os momentos de produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente, como o ato de caminhar, que é constituído por passos que se sucedem sem se separar, em um movimento contínuo, desenhado pelo anterior e pelo que vem em seguida⁽¹⁹⁾.

Os diários de bordo, enquanto registros, podem fazer-se presentes⁽¹¹⁾. A escrita dos diários não precisa respeitar uma cronologia dos encontros, mas o movimento intensivo da necessidade de escrever, de viver a memória do vivido na escrita, a intensidade dos encontros, ou do encontro das potências que ali se afirmam, convocando a escrita como acontecimento⁽²⁰⁾.

Esses diários de bordo, ou mais comumente conhecidos como diários de campo, constituem-se em ferramentas importantes para a produção de dados. São instrumentos que registram a experiência em campo, as observações, sobretudo o que se passa nos encontros entre o pesquisador e as pessoas que habitam o campo. Nesses registros, podem constar os itinerários dos encontros seguintes, atividades que serão realizadas nas próximas semanas, anotando tudo o que for pertinente, os gestos, atitudes, sentimentos, enfim, o que está dito e o que não está posto também.

Além da observação participante e dos diários de bordo, há a entrevista, outro instrumento muito utilizado na “colheita” de dados e bastante importante na construção e acesso ao plano da experiência. A entrevista é uma prática que se aproxima de uma conversa. Assim, acolhe opiniões, palavras de ordem, que aparecem ao longo de sua realização, mas sem fixar-se nelas, ficando-se à espreita, aproveitando os instantes de maior expressividade, nos quais os modos de dizer ostentam em si as variações, as rupturas de sentido, em continuidade com o plano genético da experiência. É importante embarcar na conversa,

tomando para si o assunto, deixando-se afetar por tudo o que ali está ocorrendo (fluxos de falas, ideias etc.)⁽²¹⁾.

Contudo, esses dispositivos utilizados não seriam suficientes se não houvesse a intenção de que os conhecimentos teórico-metodológicos contribuíssem para além do espaço acadêmico e científico, e, principalmente, às demandas políticas e sociais, de modo a servir como agenciadoras de mudanças nos serviços e nas práticas assistenciais. A cartografia se situa na tentativa de compreender e aprofundar o conhecimento acerca dos processos institucionais, nos quais está inserida a saúde mental infantojuvenil, e assim fornecer condições para perceber, com outro olhar, as relações de poder, força e de fuga entre o coletivo e o individual.

Nesse referencial encontram-se ferramentas-conceitos para pensar sobre o campo da saúde mental infantojuvenil, possibilitando acompanhar os processos de subjetivação, ou seja, de produção de novos modos de existência e singularização, entendendo as experiências de sofrimento das crianças e adolescentes, a fim de não enquadrá-las somente em diagnósticos clínicos. A ideia é reconhecê-las na sua história, nos seus devires, desordens e delírios, nessa concepção diferenciada de sujeito que pode ser possível potencializar a atenção, o acolhimento e o cuidado, considerando os territórios existenciais.

Produção científica na Saúde e Saúde Mental Infantojuvenil com base na Cartografia

O método cartográfico é utilizado, no contexto nacional e internacional, em estudos voltados para as áreas da saúde, com diferentes públicos e nos mais diferentes contextos — na prevenção e promoção à saúde, saúde mental, de gênero, sexual e reprodutiva⁽²²⁻²⁶⁾.

Em estudo realizado em Barcelona, os autores utilizaram a cartografia para acompanhar as transformações das práticas de cuidado durante a gravidez, o trabalho de parto e pós-parto para saber como as mudanças em relação à saúde sexual e reprodutiva haviam

sido inseridas na atividade cotidiana dos serviços. Também pretendiam saber se essas mudanças haviam operado como um dispositivo de transformação e construção de novos territórios de práticas e produção de cuidados. Nesse estudo, a imersão dos pesquisadores possibilitou experienciar, com os profissionais de saúde e as mulheres, conversas em diferentes planos e momentos, ruídos, desconfortos, conflitos da atividade do dia a dia nos serviços. Foi possível mostrar como ocorre a produção do cuidado e como esta se manifesta nos serviços de saúde, e também a construção de novas práticas vivenciadas nos diferentes encontros, entendendo relações, resistências e subjetividades⁽²²⁾.

Outro estudo foi realizado em uma unidade de psiquiatria forense do Reino Unido, com pacientes e funcionários, no intuito de analisar experiências pessoais sobre ambiente restritivo, buscando destacar como a prática institucional pode orientar para uma vida futura fora da unidade. Os autores buscaram desvelar como os pacientes experimentavam e gerenciavam o movimento dentro da unidade e suas conexões com o mundo externo, ou seja, a relação do cuidado em ambiente restritivo, a unidade como uma "casa" e a manutenção de ligações com o contexto de vida externo. O estudo resultou na compreensão de como os pacientes pensavam e viviam seu momento atual, e sua preparação para uma vida futura no pós-alta, entendendo sentimentos, emoções, desejos, estigmas e medos⁽²³⁾.

Já em relação às experiências brasileiras de pesquisa, o uso da cartografia possibilitou compreender a trajetória e percepção dos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária de um hospital público. Nesse sentido, os autores apoiaram-se no método cartográfico para mapear os movimentos micropolíticos e acompanhar os caminhos percorridos pelos pacientes no tratamento, e também o surgimento de linhas duras que atravessavam suas trajetórias — o medo, a percepção da doença e o risco de complicações⁽²⁴⁾.

Em outro estudo, os autores utilizaram esse método para avaliar a produção do cuidado e da micropolítica, e a apreensão de vivências humanas e sociais. Os autores ainda se

apoiaram na experiência viva de um usuário-guia como ferramenta de produção de dados e investigar os processos de subjetivação masculina e suas implicações para o cuidado. Sendo assim, ao analisar o serviço, os autores afirmam a importância da potência do corpo na produção do cuidado nas redes vivas, a compreensão da multiplicidade materializada na individualidade do cuidado, na potência do afeto, a necessidade de reinvenção da clínica, e a urgência do aprofundamento das discussões sobre gênero e sexualidade⁽²⁵⁾.

No âmbito da saúde mental, foram investigadas práticas de apoio na rede de saúde à população em situação de rua, cartografando movimentos de cuidado entre os serviços de Consultório na Rua (CR), Unidade Básica de Saúde (UBS) sob a perspectiva de um usuário morador de rua. A fim de dar corpo a esse campo problemático e cartografá-lo, os autores da pesquisa utilizaram diários de campo para realizar registros de cenas tramadas no cotidiano e produção dos afetos engendrados nos encontros entre esses serviços, trabalhadores e usuário. As cenas que constituíram paisagens de cuidado, afetos e intensidades e que compunham o jogo institucional do cuidado foram registradas nos diários a partir de reflexões e colocadas em análise no intuito de compor saberes e auxiliar a problematização sobre o cuidado vivenciado nas práticas de apoio à rede de saúde⁽²⁶⁾.

Observou-se, nesses estudos, que a pesquisa cartográfica segue a linha do pensamento rizomático, entendendo o campo de pesquisa como um processo em movimento e abordando territórios existenciais e a noção de instituinte: a relação dos sujeitos com diversos contextos de cuidado, as suas subjetividades, seus desejos, conflitos, motivações, promovendo espaços dialógicos de pesquisa e transformações nesses territórios.

Na saúde mental infantojuvenil, o foco foi apresentar o cotidiano de um CAPS voltado para crianças e adolescentes com uso abusivo de drogas, e o quanto a construção do cuidado precisa ser realimentada e ressignificada no coletivo. Nesse estudo, para os autores, o olhar cartográfico permitiu rastrear saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades além de

acompanhar processos e desvelar como operam as redes de trabalho na produção do cuidado em saúde mental infantojuvenil⁽²⁷⁾.

Outro estudo buscou compreender como ocorre a produção subjetiva do cuidado a um adolescente vítima de bullying na comunidade no qual está inserido. Nesse sentido, a pesquisa pretendeu apreender, por meio da perspectiva do adolescente, quais foram os caminhos percorridos por ele em busca de amparo, sendo que escola, setor saúde, as amigas e seu núcleo familiar colaboraram na construção desse trajeto no território⁽²⁸⁾.

A intenção dessa pesquisa foi que ao cartografar a produção do cuidado subjetivo em situações de bullying, as relações construídas nesses cenários poderiam configurar-se como espaços generosos para produção de subjetividades. E também sinalizar que ações de saúde, para serem efetivas, devem, além de considerar as subjetividades e as singularidades dos adolescentes, garantir um cuidado com respeito às diferenças e estímulo ao protagonismo destes em seus territórios de passagem⁽²⁸⁾.

Nota-se, nesses estudos realizados na área da saúde mental infantojuvenil, que a cartografia foi utilizada para entender de que modo o cotidiano das instituições pode ajudar a captar os processos instituídos e instituintes, ou seja, as rotinas de procedimentos e ações de saúde fechadas e seus movimentos de transformação: como o coletivo, através de suas experiências, pode transformar esses locais de cuidado. E, no segundo, a noção de cuidado em saúde saindo somente do foco institucional, visando conhecer os trajetos dos adolescentes à procura de cuidado, conforme suas subjetividades.

Desse modo, destaca-se, na cartografia, uma ferramenta metodológica de pesquisa intervenção, para além do mapeamento dos movimentos de forças produzidos nas instituições, e entender os territórios existenciais para explorar a singularidade emergente das realidades estudadas.

Retomando as contribuições dessa metodologia, em especial a sua utilização na área da saúde mental infantojuvenil, pela possibilidade de apreender a noção de território existencial, percebe-se que esse método permite que a saúde mental da infância e adolescência seja observada levando em consideração o protagonismo desse grupo, seus contextos e histórias de vida, suas relações e sentimentos. A ideia de implicação, a qual reforça o caráter social, ético e político da pesquisa cartográfica, permite ao pesquisador escutar, dialogar, incluir e transformar o campo infantojuvenil em conjunto com seu grupo participante.

Em relação à caixa de ferramentas, nota-se que os pesquisadores dos referidos estudos empregaram desde a exploração do campo (habitar um território), a diversos instrumentos para a produção de seus dados, como o uso do diário para registro, utilizado com diferentes nomenclaturas (diário de bordo, de campo), a observação participante, a entrevista semiestruturada, ou produção de narrativas, até recursos audiovisuais.

Essa diversidade de técnicas utilizadas reforça que o método cartográfico pode adotar diversos procedimentos para a colheita de dados e análise, ficando evidente que a cartografia é compatível e compõe com diferentes técnicas, estratégias e dispositivos de pesquisa existentes. No entanto, a escolha da caixa de ferramentas pode ser diversa, mas não define que se trata de uma cartografia ou não. É necessário que a prática de pesquisa seja orientada por uma diretriz de natureza não propriamente epistemológica, mas ético-estético-política⁽²⁹⁾.

Dessa forma, a cartografia é um compromisso ético-estético-político. Ético — porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; estético — porque é por meio dela que se dá forma a esse conjunto, seja das relações, ou o próprio território existencial; e político — porque compreende os movimentos de forças. Assim, ao mesmo tempo em que ocupa o território investigado, coloca em prática os instrumentos metodológicos, imprime

suas implicações com o seu objeto de investigação, com as relações com o outro e com as próprias afetações em relação ao campo pesquisado⁽³⁰⁾.

Considerações Finais

Acredita-se que a cartografia pode gerar contribuições fundamentais em pesquisas no campo da saúde e para a área da saúde mental infantojuvenil. Isso à medida que coloca o pesquisador cartógrafo em cena para acompanhar as realidades, fissuras e lacunas dos serviços de saúde mental e da RAPS, convocando-o ao reconhecimento atento sobre o modo como se produz o cuidado e a sua interface com os saberes, fazeres, territórios existenciais e subjetividades em saúde.

Neste artigo, foram apresentados conceitos fundamentais para a compreensão da cartografia, e também a utilização da caixa de ferramentas para a produção de dados. Considerou-se também que cartografar não é somente utilizar instrumentos de pesquisa, mas habitar diferentes cenários, entender os campos de estudo como processos em redes complexas de movimento, adentrar paisagens, planos, formas, sentidos e subjetividades a fim de ter uma experiência vivencial em pesquisa qualitativa. Ainda nessa perspectiva, a implicação, o compromisso ético-estético-político e as afetações tornam-se terras férteis para tal modo de pesquisar.

Além disso, através de pesquisas cartográficas no campo da saúde, infância e adolescência, foi possível entender como os conceitos da cartografia podem permitir que se lance um novo olhar sobre o cuidado, saindo de perspectivas monológicas para dialógicas, e entendendo os processos coletivos e subjetivos como fundamentais na transformação social do campo da saúde.

Referências

1. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. v. 1. Rio de Janeiro: Ed 34; 2011.
2. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.
3. Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina; 2014.
4. Taño BL, Matsukura TS. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. Cad Ter Ocup UFSCar, São Carlos. 2015;23(2):439-47.
5. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PGG. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). Estud Psicol (Campinas). 2015;32(4):695-703.
6. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicol Clín. 2015;27:17-40.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. Diário Oficial da União, 2011.
8. Yasui S, Luzio C, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev. Polis e Psique. 2018;8(1):173-90.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017.

10. Ceballos GY, Paula CS, Ribeiro EL, Santos DN. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. *Braz J Psychiatr.* 2018;00:000-000. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0011>.
11. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 17-31.
12. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 131-49.
13. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Posfácio - sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas. In: _____. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 201-05.
14. Martínez-Hernaez A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(3):399-405.
15. Romagnoli, RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicol. Soc.* 2014;26(1):44-52.
16. Abrahão AL, Gomes MPC, Chagas MS, Costa MA, Santos NLP, Freire MAM et al. O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Surpreendendo o instituído nas redes – Livro 2.* 2016.
17. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 32-51.
18. Barro LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 52-75.

19. Martines W, Machado A, Colvero L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus* (Brasília). 2013;7(2):203-11.
20. Amorim AKMA, Severo AKS, Romagnoli RC. Cartografia de um grupo-pensamento em saúde mental: experimentações rizomáticas no que a vida pode mais. *Physis*. 2015;25(2):657-78.
21. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2016. p. 92-127.
22. Benet M, Cruz KT, Santoro-Lamelas V, Merhy EE, Pla M. Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educ Action Res*. 2018;26(4):550-66.
23. Tucker IM, Brown SD, Kanyeredzi A, McGrath L, Reavey P. Living 'in between' outside and inside: The forensic psychiatric unit as na impermanent assemblage. *Health Place*. 2019;29-36.
24. Freitas MOS, Santos JAD, Sampaio CA. Subjective processes surgical treatment in patients with stages of the disease hemorrhoidal. *J. Coloproctol*. 2017;37(3):179-86.
25. Lima FAC, Medeiros JT, Franco TB, Jorge MSB. Gender and sexuality in Collective Health: elements for the debate on the production of comprehensive care directed to the male patient. *Interface* (Botucatu). 2018;22(64):29-41.
26. Londero MFP, Paulon SM. Por um devir bicicleta no apoio à rede de saúde, *Psicol Soc*. (Online). 2018;30, e169755.
27. Bastos IT, Junior VS, Oliveira TGP, Delfini PSS, Muylaert CJ, Reis AO. Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(esp2):121-27.

28. Pigozi PL. A produção subjetiva do cuidado: uma cartografia de bullying escolar. *Physis: Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2018;28(3), e280312.
29. Passos E, Kastrup V, Tedesco S. A experiência cartográfica e a abertura de novas pistas. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S. (org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2016. p. 7-14.
30. Ferigato S, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: Conexões. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 2011,15(38):663-75.

**7 ARTIGO – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REDE RIZOMÁTICA
PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**



ARTIGO ORIGINAL

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA REDE RIZOMÁTICA PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Mental health in primary care: a rhizomatic network for childhood and adolescence

Salud mental en atención primaria: una red rizomática para la infancia y la adolescência

RESUMO

Objetivo: cartografar o cuidado em saúde mental à criança e ao adolescente, seus fluxos, linhas e conexões a partir da articulação do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e Atenção Básica (AB). **Métodos:** pesquisa qualitativa e cartográfica, realizada em um município do Rio Grande do Sul, de agosto a dezembro de 2017, com a participação de profissionais do CAPSi e AB. **Resultados:** identifica-se a atenção básica como um espaço privilegiado para a construção ações conjuntas que podem ser reuniões mensais, o apoio matricial e a parceria com outros serviços. No plano molar, observam-se como desafios os encaminhamentos, a inexistência de atividades em saúde mental específica para a população juvenil, a falta de capacitação e apoio. Porém a identificação de limitações pelos profissionais pode conduzir para a desterritorialização de práticas de cuidado endurecidas. **Considerações Finais:** conclui-se que arranjos assistenciais podem articular/compartilhar cuidados, evocando uma “rede-rizomática” de conexões, fluxos e variadas linhas.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Criança; Adolescente.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Public Health Policies; Child; Adolescent.

Descriptores: Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Políticas Públicas de Salud; Niño; Adolescente.

INTRODUÇÃO

A Política de Saúde Mental orientada pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica recomenda que o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ocorra no território, com base em diferentes equipamentos de atenção à saúde. Nessa direção, compondo com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Atenção Básica (AB) são considerados importantes para incorporarem o cuidado de saúde mental em suas ações e fortalecer a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A necessidade de articulação e construção de ações conjuntas está apoiada na prerrogativa de que a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, e também de identificação e tratamento precoce de transtornos mentais, cabendo a ela ordenar a rede de cuidados, acolher e orientar sempre que necessário⁽¹⁾.

Estudos recentes têm mencionado essa articulação como um desafio para as políticas públicas de saúde, e recomendam, para a garantia da qualidade e efetividade do cuidado, que se deve considerar a necessidade de uma rede interativa e articulada⁽²⁻³⁾. Isso demandará à AB maior visibilidade do cuidado ao usuário no campo psicossocial⁽⁴⁻⁵⁾, com ações integradas, em caráter colaborativo, destacando-se também a interface com práticas e setores intersetoriais⁽⁶⁻⁹⁾.

Assim, é consenso, nas diversas instâncias políticas, de que é necessário integrar os serviços e equipes, tanto no que se refere à consolidação da política e organização dos serviços quanto em relação ao trabalho colaborativo em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA) com os demais setores e equipamentos do território⁽⁷⁾.

Destaca-se, portanto, que o trabalho colaborativo permite não apenas equipes integradas para melhorar o acesso e a qualidade do cuidado, mas que equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que profissionais e equipes de um serviço colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores na lógica de redes. Para tanto, isso requer o envolvimento dos profissionais, do ato de trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde e colaboração entre equipe, em rede intersetorial e com a comunidade⁽¹⁰⁾.

Partindo do exposto, podemos entender a relação de rede ao rizoma. A ideia de rizoma tem inspiração na botânica, devido ao seu formato variável, com ramificação em qualquer ponto e crescimento horizontalizado. Sob essa lógica, podemos aproximar o conceito de rede à figura do rizoma como uma proposta de pensamento não linear para discutir a práxis que abarca uma multiplicidade de conexões, atravessando todos os campos do saber, sem privilegiar este ou aquele conhecimento⁽¹¹⁻¹²⁾.

Prosseguindo no conceito de Rede, podemos defini-la ainda como um sistema de organização formal e não formal, que se estabelece no processo das relações sociais, constituída por vários atores. É nesse campo relacional que as produções subjetivas tomam potência, produzindo atenção, acolhimento e cuidado. Uma rede rizomática caracteriza-se por se constituir dessa inter-relação, que se compõe a partir de conexões entre todos os lados, pessoas e serviços⁽¹²⁾.

Essa maneira de ver as relações e a produção do cuidado psicossocial, numa rede acentrada, com múltiplas conexões e rizomática, entende-se que a rede não parte de uma estrutura, mas se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde articulado e com consistência multiprofissional⁽¹³⁾. Esses movimentos rizomáticos, nos quais os profissionais operam seu processo de trabalho, estão emaranhados de linhas que se transversalizam, sendo estas mediadoras, limitadoras ou propulsoras dos fluxos por onde o usuário vai caminhar para solucionar seu problema de saúde. Sendo que, estas linhas de força podem ser duras ou flexíveis, de fuga, horizontais, verticais e transversalizadas.

No trabalho em rede é possível visualizar diferentes linhas de força que permeiam o território de cuidado, compor com elas, com seus nós críticos, seus deslocamentos inventivos, e então criar novos modos de agir, produzir e transformar, que escapem à rigidez das linhas duras, para promover linhas flexíveis, colocando em movimento outras possibilidades.

Nessa direção, o presente estudo parte da premissa de que a articulação entre CAPSi com AB facilita a construção de uma “rede-rizoma”, a qual favorece a formação de fluxos conectivos e a potência do agir coletivo engendrando agenciamentos singulares e relacionais para produzir o cuidado psicossocial preconizado pelas políticas dirigidas à infância e à adolescência.

OBJETIVO

Cartografar o cuidado em saúde mental à criança e ao adolescente, seus fluxos, linhas e conexões a partir da articulação do Centro de Atenção Psicossocial com os serviços da Atenção Básica.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS sob CAAE n. 76389817.7.0000.5347. Os participantes aceitaram participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Tipo de estudo e Referencial teórico-metodológico

Estudo qualitativo que utilizou a cartografia como estratégia teórica metodológica para acompanhar os movimentos de cuidado no âmbito da atenção psicossocial à criança e ao adolescente. Essa modalidade de pesquisa permite mapear os caminhos percorridos pelos sujeitos e suas relações nas paisagens psicossociais – lugar de produção de vida, cuidado e afetos. Acompanhar a processualidade dos acontecimentos e composições rizomáticas, os campos de força e singularidades, apontando linhas e protagonismos que se observam nos encontros entre pessoas e instituições⁽¹⁴⁾.

Nessa perspectiva, a intenção foi olhar para o campo do cuidado psicossocial à infância e à adolescência e a partir da articulação do CAPSi com AB para acompanhar as composições relacionais e assistenciais, além das modificações dessas paisagens. E nessa dinâmica, onde se encontram em ação atores e sentimentos, é que buscamos rastrear uma rede-rizoma produtora de cuidado e outras singularidades.

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em um município do interior do Rio Grande do Sul, nos cenários dos serviços do CAPSi, serviços da Atenção Básica (eAB/eSF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Redução de Danos (RD) e profissionais ligados à gestão.

Participantes do estudo

Participaram do estudo 40 profissionais, desses, nove são trabalhadores do CAPSi, das áreas de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Pediatria, Acompanhante Terapêutico e Pedagogia; 23 são trabalhadores da ESF/UBS, das áreas da Enfermagem, Medicina, Odontologia, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde; três são profissionais das áreas da Psicologia, Serviço Social e Nutrição do NASF; dois Redutores de Danos e três gestores municipais com formação em Enfermagem e Psiquiatria.

A escolha dos participantes foi definida a partir da inserção da pesquisadora nas atividades desenvolvidas no CAPSi com articulação com os serviços da AB e acontecimentos

cotidianos que envolviam outros atores da rede, pela relevância das informações e das observações sugestivas de contribuições significantes ao objeto do estudo.

Os critérios de inclusão englobaram: o tempo de serviço, a experiência na rede; pessoas que estavam diretamente envolvidas no processo das práticas de saúde, pois proporcionariam uma visão ampliada dessas ações. E foram excluídos da pesquisa os participantes que estavam em férias ou em licença saúde. Para este estudo utilizou-se as entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais do CAPSi e os serviços da AB. Os profissionais entrevistados foram identificados pelas letras PR (profissional), seguida do local de trabalho do entrevistado, (PR CAPSi; PR AB).

Produção e análise dos dados

A produção de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2017, para tanto, foram utilizadas como estratégias a observação participante, entrevistas semiestruturadas, registros em diários de campo e restituição do material para análise conjunta com as equipes envolvidas.

A observação participante coloca o pesquisador ativamente em todo o processo, isto porque o pesquisador mantém-se no campo em contato direto com as pessoas, no qual observador e observado tornam-se parceiros abertos ao plano dos afetos e dos territórios existenciais⁽¹⁵⁾. Para adentrar nesse território de observação e acontecimentos aderiu-se a um roteiro que incluía atividades diárias, visitas aos serviços, reuniões, processos de trabalho partilhados, situações cotidianas de cuidado, estranhamentos e contradições.

Tais acontecimentos e sentimentos foram registrados em diários de campo, um instrumento utilizado para anotações das ações observadas e atividades das quais a pesquisadora participou. O diário de campo permite anotações acerca das impressões e afetos produzidos em cada experiência⁽¹⁶⁾, além de captar as conversas do cotidiano, dar voz aos diversos sujeitos e saberes presentes no campo de estudo.

A entrevista na pesquisa cartográfica se aproxima de uma conversa e, como tal, acolhe as opiniões, as palavras de ordem que aparecem ao longo da entrevista, mas sem se fixar nelas, ficando à espreita, aproveitando os instantes de maior expressividade, variações e rupturas. É importante deixar-se levar, tomando para si o assunto, deixando-se afetar por tudo o que ali está ocorrendo (fluxos de falas, ideias etc.) percorrendo com o entrevistado as diferentes linhas que estão sendo traçadas⁽¹⁷⁾.

As entrevistas foram gravadas e, após, foi realizada uma análise prévia, de modo a organizar os resultados provisórios para a restituição, e, em seguida, permitir aos participantes

o acesso ao conjunto das informações, de modo que todos pudessem ter oportunidade de alterá-las ou garantir sua credibilidade.

Para a cartografia o processo de restituição é inseparável da pesquisa, de modo que seu sentido vai além da devolutiva quando a pesquisa é finalizada. A restituição possibilita a criação de um campo de análise coletivo, ao expor os dados coletados, pondo-os em debate, permitindo o posicionamento de cada participante em relação às situações-problema que vivenciam no cotidiano, propor críticas e novas ações⁽¹⁸⁾.

Após, as entrevistas foram transcritas na íntegra, para posterior análise, com o propósito de dialogar com as ferramentas-conceitos desenvolvidas por Deleuze e Guattari que sustentam a proposta da pesquisa cartográfica e autores nacionais que trabalham nessa vertente e com a temática de saúde mental.

RESULTADOS

Essa experiência cartográfica permitiu acompanhar, no âmbito da articulação do CAPSi com os serviços da AB, encontros e atravessamentos entre profissionais e serviços para pensar e fazer o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. Para sistematizar esses achados, estabeleceram-se temáticas, na qual foram identificados encontros no campo relacional dos trabalhadores que geram cuidados diferenciados, forças da ordem molar e instituinte que interferem, limitam ou mobilizam novas práticas de cuidado.

Rede rizoma: integração com serviços da atenção básica

Uma rede-rizoma se constrói onde há desejo ou vontade de cuidar, de criar possibilidades de encontros, apostando, de forma coletiva e solidária, na produção do cuidado conforme aparece nos excertos a seguir:

A gente consegue trabalhar junto, coisa que antes não acontecia, de uns tempos pra cá a gente definiu assim, cada trabalhador é referência de uma ESF ou UBS [...] Então o profissional se organiza da forma que achar melhor para estar em contato [...] no interior mesmo, demanda tu ter um transporte disponível, tem localidades bem longe aqui da cidade [...], eu fiquei referência no (interior), então eu liguei, me apresentei, disse que estaria aqui para qualquer coisa que elas quisessem conversar, elas poderiam também me ligar, ou da mesma forma eu se eu tivesse algum usuário (em atendimento em comum) eu ligaria pra elas e a gente faria troca de informações, às vezes eu vou à reunião delas [...]. (PR CAPSi)

[...] como é que a gente pensou em trabalhar? A gente se reúne uma vez por mês, falamos por telefone, sentamos uma hora, uma vez por mês para discutir os casos de saúde mental lá na ponta, quer dizer, o CAPS sai de

dentro do casulo e vai para a atenção básica conversar sobre aquele caso [...]. (PR CAPSi)

A gente tem a nossa reunião mensal de matriciamento (encontro com profissionais dos CAPS e ESF para discussão de casos), onde a gente encontra um profissional de referência de cada CAPS, infantil, CAPS AD, CAPS I, eu acho esse momento bem importante, a gente pode fazer um ligamento dos pontos de determinados usuários. (PR AB)

Rede Rizoma: espaços-encontros para planejar e compartilhar o cuidado

Uma rede rizomática pressupõe a produção de um cuidado articulado, conectado a pessoas, ações e serviços. Nesse sentido, é possível perceber que os profissionais buscam espaços para planejar ações conjuntas e compartilhar a corresponsabilização pelo cuidado.

Eu vejo que já melhorou bastante, o contato com as equipes, as equipes também já nos procuram [...] penso que ainda pode ser melhor, talvez, quem sabe para o próximo ano ter reuniões mais sistemáticas. (PR CAPSi)

[...] tem várias coisas que já melhoraram muito, porque anos atrás tinha coisa que funcionava bem mais lentamente, hoje já evoluiu bastante, acho que principalmente a comunicação entre as unidades e o CAPS, eu acho que estão mais próximas e eu acho que também como a gente, tem as equipes que discutem os casos (matriciamento), então acho que isso também aproximou bastante [...]. (PR AB)

[...] quando a gente já atende o usuário aqui e daqui a pouco o usuário falta os atendimentos com frequência, com psiquiatra ou com psicólogo, a gente faz uma busca ativa, nessa busca ativa a gente já envolve a ESF, liga para lá, fala com a enfermeira, fala com o próprio Agente de Saúde, e pede algum retorno [...]. (PR CAPSi)

[...] estamos sempre em contato por telefone, a gente já se reuniu no início do ano com todos os representantes dos CAPS, vem um representante de cada CAPS, que fica (de referência) pra determinada unidade e se conversa sobre todos os casos de usuários que têm em acompanhamento. (PR AB)

Nós não temos dificuldade nenhuma em relação a fazer encaminhamento para rede, tu segue aquele protocolo normal que é o sistema de referência, mas nós gostamos, e eu acho que facilita mais, a conversa, mesmo tu tendo que seguir aquele encaminhamento formal, nós fizemos o contato verbal por telefone, a gente liga, fala com alguém lá, por exemplo uma criança, “Olha nós estamos encaminhando uma criança assim, assim” procuramos relatar um pouco mais sobre o caso, o que a gente sabe sobre essa criança [...] a gente tem um acesso muito bom com o CAPSi [...]. (PR AB)

Rede rizoma: o agir coletivo e a dinâmica de trabalho

A forma com que os profissionais se organizam nas suas dinâmicas de trabalho, e relacionam-se entre si para produzir esse cuidado, permite um agir coletivo, com foco nas pessoas e suas necessidades de saúde, sendo percebida força pujante para a atenção psicossocial nos relatos abaixo:

[...] o acolhimento é feito a qualquer momento, por qualquer profissional e durante a reunião da equipe a gente vê qual a necessidade [...]; então às vezes chega aqui em sofrimento, criança, adulto, a gente acolhe, e vê durante a reunião de equipe, porque todo mundo tem contato, o Agente Comunitário tem mais vínculo do que a gente às vezes [...]. Então qualquer coisa que uma pessoa fale daquela situação, daquela família, daquela pessoa em si ou de todo o contexto familiar, já muda a nossa linha; não vamos passar para a psicóloga, a médica diz deixa comigo que eu tenho um vínculo melhor, então todo mundo troca uma ideia para gente trabalhar melhor. (PR AB)

Quanto menos pacientes tiverem dentro do CAPS para nós é melhor, é sinal que nós estamos fazendo um trabalho bom aqui, de acolher essas situações. (PR AB)

A gente tem um mapa, de todos os pacientes em sofrimento [...] seja criança, ou adulto, ou dependente de álcool e drogas, a gente tem uns alfinetes coloridos no mapa e que a gente revisa com os Agentes Comunitários nas reuniões semanais de equipe [...] E no CAPSi, são poucos os casos, então assim eu posso te dizer o nome de quem eu mandei, eu sei os pacientes que estão em acompanhamento lá e sei o retorno [...], porque assim, meus pacientes, meu território, eu preciso saber o que está acontecendo, isso é uma leitura pessoal nossa, da nossa estratégia. (PR AB)

[...] no grupo mães e bebês, a mãe dizia que o filho de 4 anos estava muito agressivo, muito hiperativo, ela queria medicação para ele. Ai a gente conversou, que não é assim, não se dá medicação direto para criança, que às vezes falta para eles é atenção [...] Então a gente conversou, fez um atendimento com o pai, com a criança e com a psicóloga do NASF, que continua atendendo ele aqui, não precisou encaminhar para o CAPSi, não precisou de medicações [...] a gente conseguiu identificar que a criança queria atenção e estava fazendo tudo aquilo por causa do bebê que antes não tinha e a atenção era voltada toda para ele. (PR AB)

Não se referencia sem necessidade [...] a gente tenta primeiro o acompanhamento com o NASF, a psicóloga tentar intervir junto com a gente, caso seja mais complexo, daí a gente faz o encaminhamento para o CAPSi, através do sistema de referência, eles fazem o atendimento [...] se necessário mantém o acompanhamento lá ou eles vão nos referenciar novamente. A gente tem uma boa articulação, se eu precisar ligar para eles para saber informações sobre o usuário é tranquilo [...] aqui no território tem adolescentes envolvidos com droga, tem pontos de droga, então a gente tem que tentar, a gente está trabalhando junto com o rapaz do Redução de Danos. A gente está tentando fazer um trabalho em conjunto. (PR AB)

Rede rizoma: o plano molar e os “nós” da rede

É possível notar também atravessamentos de força molares nos fluxos de assistência à população infantojuvenil, conforme se pode observar nos relatos abaixo:

Aqui não temos nenhum grupo específico voltado para criança e adolescente em sofrimento psíquico, mas a gente faz o acompanhamento quando chega essa demanda [...]. A gente tem um vínculo bom com todos os usuários e faz o acolhimento, passa para a consulta com a médica e se há necessidade a gente encaminha para o CAPSi, se não, faz só acompanhamento por aqui, também com a ajuda da psicóloga do NASF. (PR AB)

A nossa unidade não existe assim um projeto específico destinado somente a essa parte da infância, da adolescência direcionada a saúde mental. Aqui especificamente, é a demanda espontânea e a demanda referenciada, agora um projeto específico isso não existe. (PR AB)

A gente não faz nenhum trabalho com essa faixa etária. A gente faz orientações sobre prevenção como qualquer outra estratégia. Então são cuidados de saúde bucal que a gente realiza nas escolas, e também nessa parte da adolescência a gente está bastante em cima da vacina do HPV. A gente tem um de nossos usuários encaminhados para a psicóloga (NASF), outros casos a gente não tem [...] e se vier a ter a gente vai encaminhar primeiro para a psicóloga e a gente vai fazer atendimento, e se houver necessidade ela vai encaminhar para o atendimento especializado. (PR AB)

A gente tem acesso ao CAPS só através dos encaminhamentos, a gente não faz um trabalho junto ao CAPS. A gente vê o problema, o médico encaminha e só se precisar medicação contínua, precisar de receita [...] não tem uma integração, é a mesma coisa que tu me perguntasse quem trabalha no CAPS, não sei, quem é o médico lá no CAPS, não sei quem é [...] então falta comunicação, acho que falta integração [...]. (PR AB)

Eu noto que têm muitos encaminhamentos desnecessários, a gente recebe muito encaminhamento de criança e adolescente das Unidades através do médico. (PR CAPSi)

[...] tem a dificuldade de deslocamento, como muitos precisam ir até o interior, então acaba que realmente fica muito no burocrático, principalmente por telefone. O que acontece também, muitas vezes tu tem o teu trabalho, tem a tua agenda que tu não consegue se deslocar, e fica falho, fica uma certa lacuna. Eu acredito que pudesse ser aqui também, no nosso serviço, acho que seria uma boa, não só a gente ir até eles (ESF), mas eles também terem a chance de vir no nosso serviço, até mesmo para conhecer, para ver o que nós temos a oferecer, quais são as nossas condições também, eu acho que seria bastante válido. (PR CAPSi)

Rede Rizoma: o desejo como produção de potência para um agir psicossocial

Os profissionais reconhecem suas fragilidades, e esse reconhecimento pode ser um disparador do desejo como produção de potência para um agir psicossocial, provocando

movimentos desterritorializantes nos modos de cuidar, e inventando novas maneiras de promover e produzir o cuidado conforme se constata nos trechos a seguir:

A gente tem uma pessoa referência de cada CAPS que a gente procura [...] a gente tem reuniões às vezes, vem um profissional de cada CAPS aqui na unidade, para gente discutir o caso e a comunicação por telefone. Mas eu acho pouco, eu acho que falta ter um matriciamento aqui no interior, existe na cidade e no interior tem esse buraco, porque muitas coisas a gente não se sente capaz de resolver [...] têm assuntos que a gente prefere discutir numa reunião, com a presença dos outros profissionais, a gente sente falta do matriciamento, essa questão dos encontros mesmo, pra discussão de casos. (PR AB)

Eu me questiono muito, a quantidade de serviços especializados que nós temos hoje em dia, e eu me pergunto, tem melhorado? Se de repente não seria o momento da gente parar, repensar e capacitar mais as equipes dos serviços que a gente já tem e tentar melhorar cada vez mais essa articulação, acho que estar capacitando sempre, estar capacitado para a gente entender exatamente, qual é o papel de cada um [...] Eu acho que a capacitação é uma coisa fundamental, no momento que tu sabe o que tu tem que fazer e tu sabe como fazer, facilita bastante. (PR CAPSi)

Tem profissional que não trabalha com saúde mental, que é carente (de conhecimento), o NASF nos dá um apoio legal, mas eu acho que a gente precisava de mais apoio, e os médicos também precisam de apoio de um psiquiatra, os nossos médicos são quem mantém as receitas das medicações controladas, eu acredito que eles precisam também de apoio para esse manejo e isso nós não temos assim, um matriciamento em psiquiatria, eu acho que é importante. (PR AB)

[...] eu não sei fazer propaganda enganosa. Eu acho que a gente fica mais é na parte curativa mesmo, infelizmente, em minha opinião. (PR AB)

[...] será que o teu filho tem indicação de estar num serviço desses?, Ou ele pode ser atendido pelo médico da família, pela equipe? [...] Ou o profissional está sobrecarregado de tarefas dentro do serviço e não tem tempo pra fazer esse olhar? [...] não é crítica ao colega. A equipe está ajudando a pensar? [...] Eu acho que é muito grande esse não olhar de todos os serviços, não é desse, nem daquele, não é nem apontando, mas de todos. Onde é que estão até chegar uma criança no serviço especializado?. (PR CAPSi)

DISCUSSÃO

Todo rizoma compreende linhas, duras ou molares, linhas flexíveis ou moleculares e linhas de fuga. As linhas duras asseguram a homogeneização do rizoma, que é, em si, heterogêneo, compõem o plano de organização e também relações horizontais e verticais presentes entre as equipes e entre os setores dos quais fazem parte. As linhas flexíveis, por outro lado, são responsáveis pelos afetamentos que ocorrem nas relações, criando condições para o estabelecimento de agenciamentos, constituindo-se ainda por uma conjugação de

fluxos diversos e heterogêneos. Já as linhas de fuga se formam nas brechas ou fissuras dessas outras linhas, dando passagem para inúmeras formas criativas e inventivas do cuidar, movimentos necessários para que a articulação se exerça e deslocamentos aconteçam^(11,14).

É possível visualizar que no processo de trabalho dos profissionais, estes procuram integrar suas ações com os serviços da atenção básica, se reconhecendo como parceiros no cuidado e apontando o avanço e qualificação nas relações, embora enfatizem que a qualificação está em permanente construção.

Sobre as ações que desenvolvem em conjunto mencionam a realização de reuniões mensais, um arranjo organizacional que prevê que cada profissional do CAPSi seja referência de determinada unidade de saúde da atenção básica. Esse dispositivo foi criado para promover a articulação entre os serviços, além de estabelecer um espaço para pensar e agir em saúde mental, e também pensar sobre o cuidado às crianças e aos adolescentes em adoecimento psíquico, seu contexto de vida, suas demandas e necessidades⁽¹⁹⁾. Do mesmo modo, valorizam a comunicação informal, via contato telefônico, como outra aliada para a resolutividade das ações de saúde mental.

Para que a rede funcione efetivamente, outro elemento apontado pelos participantes da pesquisa é a colaboração ativa de todos os profissionais. Essa forma de conexão mais relacional, constituída pelos vínculos que os profissionais possuem com os diversos serviços de saúde da cidade, costuma ocorrer de forma frequente, via contato telefônico, para estabelecer uma comunicação mais direta e informal, especialmente quando exige decisões rápidas, ou a necessidade urgente de algum atendimento, de informar sobre encaminhamentos, condutas e contrarreferência.

Esses espaços-encontros mencionados para a realização de ações conjuntas foram pensados não apenas para resoluções pontuais, mas também para priorizar um diálogo multiprofissional, troca de experiências e a promoção de cuidados singulares⁽²⁰⁾, incorporando aos seus processos de trabalho “conexões desejantes” que produzem vida e saúde⁽²¹⁾. A comunicação informal referida pelos profissionais como outra ferramenta de integração entre os serviços, é considerada uma aliada na organização do fluxo dos usuários entre os pontos da rede, na identificação da demanda e uma forma de colocar a rede e os sujeitos em movimento⁽²⁰⁾. Essa lógica rizomática de trabalho, pensada para promover a atenção psicossocial no município estudado, atua de forma contrária ao que tem sido apontado na literatura, cujas ações articuladas entre CAPSi e AB são restritas e ocorrem meramente de maneira pontual⁽²²⁾.

Os profissionais também enunciam práticas de atenção psicossocial ao mencionarem modos de fazer e interagir com os usuários que fazem a diferença na organização da dinâmica do trabalho e produção de novos saberes/fazeres. Esse modo implicado que mobiliza e afeta os trabalhadores para possibilidades de experimentação singulares e formas múltiplas de cuidar frente a cada situação, são disparadores de potência e uma forma para construir novos modos de existência e novas formas de conviver (com) e viver o sofrimento mental⁽²³⁾.

E os serviços de atenção básica, ao incluírem, dentre as suas práticas cotidianas, um cuidado em saúde mental construído na perspectiva do acolhimento, construção de vínculos de afeto e confiança e disponibilidade de escuta efetiva⁽²⁴⁾, além de efetivarem o cuidado, tecem redes de suporte não somente para os usuários dos serviços, mas também para os profissionais, valorizando variados saberes e contextos, ou seja, incluindo-os na corresponsabilização pelo cuidado⁽²⁵⁾.

A articulação entre o CAPSi e a atenção básica mostra-se promissora quando é visível a realização de atividades em conjunto. Concomitante a isso, a parceria com o serviço de RD e o NASF, a partir do matriciamento, é ressaltada pelos profissionais como um dispositivo de potência e cuidado em rede; uma possibilidade de interlocução e trabalho compartilhado.

Neste estudo, evidenciaram-se parcerias e articulações com outros serviços, como o NASF e o RD. Estes novos arranjos organizativos fortalecem a criação de redes vivas e constroem conexões que aumentam a potência para produzir o cuidado. O apoio matricial, enquanto NASF foi relatado pelos participantes como um dispositivo de articulação, que auxilia os profissionais da atenção básica a acolherem seus usuários, e também na condução e intervenção terapêutica nos casos mais simples de saúde mental. Contudo, embora este apoio entendido como potencialmente positivo na construção do cuidado colaborativo e de resolutividade, requer que se entenda esse apoio oferecido para além do clínico-assistencial, em que os profissionais do NASF realizam atendimento clínico, individual ou coletivo aos usuários; mas do ponto de vista técnico-pedagógico, em que esses profissionais também compartilham seus saberes e práticas com os demais profissionais de saúde⁽²⁶⁻²⁷⁾, atentando para que esse serviço gere o protagonismo de profissionais da AB e não uma dependência.

Além do trabalho integrado com o NASF, observa-se também que há a preocupação de se trabalhar em conjunto com o serviço de RD, em especial em casos que envolvem o público adolescente que faz uso de substâncias psicoativas. Nota-se, dessa forma, que os profissionais do serviço passaram a reorganizar a dinâmica do trabalho para acolher o público adolescente, procurando efetivar redes e alianças entre os diversos serviços existentes,

indicando entender que a clínica extrapola as paredes do consultório, e, às vezes, do próprio serviço⁽²⁸⁾.

É possível notar também atravessamentos de força molares nos fluxos de assistência à população infantojuvenil, pois notou-se a inexistência de ações específicas para a faixa etária da infância e adolescência em alguns serviços, através da oferta de ações de saúde mais pontuais, comuns aos demais usuários dos serviços, como orientações gerais em relação à saúde, cuidado odontológico e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Contudo, ainda que haja relatos que contemplem ações que considerem as particularidades do cuidado em saúde mental ao público infantojuvenil, notou-se a inexistência de ações específicas para a faixa etária da infância e adolescência, pois, os atendimentos geralmente estão voltados para ações mais pontuais e de ordem clínica. Os profissionais da atenção básica relataram que não há práticas específicas para essa população, sendo desenvolvida apenas a oferta de grupos de mães e bebês, puericultura e cuidados no âmbito ginecológico, odontológico, e ações relacionadas a orientações de prevenção à gravidez e infecções sexualmente transmissíveis, indo ao encontro de estudos existentes na literatura⁽²⁹⁾. Tal realidade demonstra que o processo de trabalho da AB ainda está muito ancorado no campo molar do saber clínico, centralizado em ações curativas, portanto, a construção de um novo modo de atenção passa a ser um desafio para esses trabalhadores.

Outro atravessamento aprisionado pela lógica instituída e tomado por linhas duras da burocratização foi a realização de encaminhamento para a rede especializada. Os profissionais relataram que a demanda em sofrimento mental que chega à atenção básica é, na maioria das vezes, referenciada ao CAPSi sob a justificativa de que muitos profissionais não possuem capacitação para lidar com essas questões e, por isso, solicitam, com frequência, avaliação, conduta e tratamento, transferindo o cuidado para o CAPSi.

A predominância da lógica do encaminhamento para o CAPSi, apoiada na noção ainda hegemônica, de que problemas de saúde mental não fazem parte das ações da Atenção Básica, e que os profissionais não se consideram aptos ou responsáveis por essas situações corrobora outros estudos^(30,24). Contudo, encaminhamento não os exime da responsabilização compartilhada, pois encaminhamentos, às vezes, são necessários para outros serviços, especialmente quando a rede de Atenção Básica não consegue resolver as demandas do usuário, sendo necessária maior compreensão da forma como esse encaminhamento é concebido e realizado.

Considerando-se que a proposta de encaminhamento implicado é preconizado pelo Ministério da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde mental de crianças e

adolescentes, é recomendado que se peça ajuda/apoio para situações que exigem alguma especificidade e, em alguns casos, se compartilhe o cuidado⁽³¹⁾.

Outro aspecto apontado nas falas dos profissionais diz respeito ao fato de as ações de cuidado em conjunto estarem restritas aos limites físicos do serviço, referindo dificuldades de acesso por falta de transporte e de agendas lotadas que tomam todo o tempo de trabalho.

Nessas dinâmicas burocráticas do plano organizacional, que insistem em capturar novos modos de fazer cuidado, impedindo a desterritorialização do trabalhador frente às demandas institucionais, tem-se, de um lado, os profissionais da AB tomados por tais forças, e, do outro, os profissionais do CAPSi que referem não integrar mais ações em conjunto com a AB devido à agenda lotada pela alta demanda e dificuldades de infraestrutura com transportes para locomoção nas unidades de saúde mais distantes. Nessa direção, o processo de trabalho do CAPSi também é encontrado capturado pela rotina do serviço, ao se limitar às ações dos espaços institucionais, desconsiderando a potencialidade do território, visando ao cuidado em redes⁽³²⁾.

Em ambos os cenários encontra-se um campo de forças que inviabiliza movimentos instituintes de mudanças e possíveis linhas de fuga, pois, de um lado, o encaminhamento desimplicado e instituído reforça ações pautadas nas especialidades, e, do outro, a clínica é absorvida pelas questões estruturais e agenda lotada. Essas configurações promovem fixidez na rede de cuidado, deixando-se capturar por uma estrutura enrijecida, preestabelecida por condutas isoladas, impedindo, assim, processos inventivos.

No entanto, quando os profissionais reconhecem a necessidade de incluir-se na rede do outro, se permitem ser mais um colaborador nessa rede, e um agenciador de conexões, podem desestabilizar formas determinadas e instituídas, desenvolver uma multiplicidade de agenciamentos e invenções no espaço psicossocial⁽³³⁾.

Em oposição às forças molares, uma perspectiva de ruptura com as formas instituídas do saber e a necessidade de processos de resistência e singularização foram identificadas nos profissionais, ao assumirem suas limitações e passividades para enfrentar o modo tradicional de cuidar. Além disso, há o entendimento de que o sofrimento psíquico demanda investimentos na formação e a reinvenção de saberes e práticas.

Esses movimentos já são experimentados por alguns profissionais quando falam sobre as suas limitações e passividades para romper com o modo tradicional de cuidado ofertado, ao assumirem a necessidade de apoio no sentido de uma retaguarda especializada de assistência, evitando encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atendimento e aumentando a capacidade resolutiva da equipe de referência⁽³⁴⁾, de formação/capacitação, possibilitando a

estas equipes um suporte técnico-pedagógico de maneira a potencializar o cuidado comunitário e a corresponsabilização dos casos existentes de saúde mental nos territórios⁽³²⁾ e de um olhar ampliado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Percebe-se, nos relatos, que os profissionais reconhecem suas fragilidades quanto à realização de ações de cuidado e construção de novas práticas em saúde, deixando-se afetar com a vida dos usuários que se encontram em sofrimento psíquico, e inventando novas maneiras de promover e produzir o cuidado.

Diante disso, reafirma-se que o sofrimento psíquico demanda investimentos na formação e na reinvenção de saberes e práticas. Essa falta de conhecimento sentida pode ser um fio condutor na busca por mais (in)formação e (trans)formações nas suas produções de cuidado, em especial na área de saúde mental, pois ao confidenciarem essa fragilidade profissional, anunciam uma ruptura com um saber rígido e já estabelecido de que algumas áreas estão restritas ao saber especialista. E convocam a criação de outras linhas que possibilitam novos fluxos, agenciamentos e devires, no contexto da saúde mental infantojuvenil.

Limitação do estudo

Cabe destacar, ainda que, esta pesquisa tenha sido realizada em um serviço de CAPS infantil e os serviços da atenção básica, representando, assim, características e relações existentes em âmbito local, não se configura uma limitação, pois o propósito é justamente não tomar os resultados para a generalização, uma vez que a cartografia acompanha a dinâmica do processo, seus percursos, conexões e os atravessamentos do seu momento.

Contribuição para a saúde

A possibilidade de se incluir a saúde mental no escopo das ações dos serviços da AB vem se ampliando, favorecendo a prática interprofissional colaborativa e agenciamentos possíveis para a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu cartografar o espaço de cuidado em saúde mental infantojuvenil, os movimentos realizados pelos serviços para romper com seus modos de agir, e pensar sobre a importância de se produzir conexões/parcerias na perspectiva psicossocial a partir da articulação entre os serviços do CAPSi e da AB.

Os profissionais desses serviços se reconhecem como parceiros no cuidado, e concordam que ações de saúde mental realizadas de forma compartilhada favorecem a abertura de novos agenciamentos do cuidado psicossocial à criança e ao adolescente. Esses novos arranjos têm sido construídos em reuniões mensais, no apoio matricial e com a parceria com outros serviços, seja para a discussão de caso sobre os usuários envolvendo a saúde mental, na construção de projetos terapêuticos compartilhados de cuidado, ou para maior aproximação dos serviços visando fluxos mais coletivos.

Nesse território de cuidado também se observou atravessamentos no plano molar como os encaminhamentos, ao confundirem que, muitas vezes, não se sentem capazes de lidar com a demanda de saúde mental que chega à AB, bem como a inexistência de atividades em saúde mental específica para a população juvenil, restringindo as atividades aos grupos de mães e bebês, ou de puericultura, e para a faixa etária que compreende o adolescente são ofertadas ações mais pontuais, de ordem clínica e odontológica. Essas configurações instituídas por linhas duras impedem processos inventivos convocando os sujeitos a realizarem pontos de ruptura na perspectiva da atenção psicossocial. Essa falta de conhecimento, ou necessidade de apoio e capacitação revelada como fragilidade, pode ser também o fio condutor para a desterritorialização de práticas endurecidas e a possibilidade criação de outras linhas que possibilitem novos fluxos, agenciamentos e devires, no contexto da saúde mental infantojuvenil.

Para tanto, é preciso que os profissionais compreendam que o CAPS não é o único espaço de cuidado em saúde mental, bem como, o entendimento do lugar de potência que a AB ocupa em compor coletivamente modos de cuidar, ampliando, assim, possibilidades do trabalho em rede.

FOMENTO

Esta é uma pesquisa financiada pela Coordenação de Apoio ao Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio de bolsa de Doutorado no país.

REFERÊNCIAS

1. Silveira CB, Costa LSP, Jorge MSB. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2018; (19):61-70. doi:10.19131/rpesm.0203

2. O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. *Br J Gen Pract* 2016; 66(651):e693-e707.
3. Marcolino TQ et al. Community of practice in occupational therapy for mental health on primary care: expectations and impacts. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*, 2016; 24(4):733-41. doi:10.4322/0104-4931.ctoAO0788.
4. Silva JF, Cid MFB, Matsukura TS. Atenção psicossocial de adolescentes: a percepção de profissionais de um CAPSij. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos*, 2018; 26(2):329-43. doi:10.4322/2526-8910.ctoAO1081.
5. Wenceslau LD, Ortega F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2015;19(55):1121–32. doi: 10.1590/1807-57622014.1152.
6. Ceballos-Garcia Y, Paula CS, Ribeiro EL, Santos DN. Child and Adolescent Psychosocial Care Center service use profile in Brazil: 2008 to 2012. *Braz J Psychiatr.* 2018. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0011.
7. Teixeira MR, Couto MCV, Delgado PG. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2017; 22(6): 1933-19. doi: 10.1590/1413-81232017226.06892016.
8. Shidhaye R, Shrivastava S, Murhar V, Samudre S, Ahuja S, Ramaswamy R, Patel V. Development and piloting of a plan for integrating mental health in primary care in Sehore district, Madhya Pradesh, India. *The British Journal of Psychiatry*, 2016; 208, s13–s20. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153700.
9. Couto MCV, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. *Psic clin* 2015; 27(1):17-40. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
10. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827.
11. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. Rio de Janeiro: Ed 34; 2011.
12. Carvalho MN, Franco TB. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. *Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 2015; 25(3):863-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300010>.

13. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Network for Psychosocial Care: what is the place of mental health? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2014 [cited 2019 Dez 5];24(1): 253-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>.
14. Romagnoli RC, Amorim AKMA, Severo AKS, Nobre MT. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Rev. Subj.* [online]. 2017, 17(3):157-18. doi: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i3.6075>.
15. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup, V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 52-75.
16. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: Passos E, Barros RB, Kastrup V, Escóssia L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 17-31.
17. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S. (org.). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2014.
18. Ribeiro DM, Miranda LL, Feitosa GL, Cardoso NFS, Oliveira PSN, de Oliveira TCD. Pesquisando com professores: a centralidade do diário de campo e da restituição em uma pesquisa-intervenção. *Revista de Psicologia, Fortaleza*, 2016 [cited 2019 Nov 20];7(1): 81-93. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/3675>
19. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto contexto enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 19]; 24(1): 112-120. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00112.pdf.
20. Zanardo GLP, Bianchessi DLC, Rocha KB. Devices and connections in the psychosocial assistance network (RAPS) of Porto Alegre - RS. *Est. Inter. Psicol., Londrina*, 2018 [cited 2019 Dez 10]; 9(3): 80-101. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000300006&lng=pt&nrm=iso.
21. Fortuna CM, Matumoto S, Mishima SM, Rodríguez AMMM. Collective Health Nursing: desires and practices. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(Suppl 1):336-40. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>.
22. Silva EA. O trabalho em equipe na saúde mental: construções rizomáticas e (re)invenções. *Rev. NUFEN* [online]. 2019; 11(2): 1-18. doi: <http://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02artigo50>.

23. Argiles CTL, Andrade APM, Kantorski LP, Willrich JQ. Processos de subjetivação e relações micropolíticas do modo de atenção psicossocial. *Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia)*, 2018; 36(2): 285-97.
24. Delfini PSS, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(12):e00145816. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00145816>.
25. Tãno BL, Matsukura TS. Intersectoriality and care in mental health: experiences of psychosocial care centers for children and adolescents (CAPSIJ) in Brazil's Southeastern region. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2019; 29(1): e290108. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>.
26. Correia PCI, Goulart PM, Furtado JP. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Saúde em Debate*, 2017; 41(spe): 345-59. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s25>.
27. Maffissoni AL, Silva KJ, Vendruscolo C, Trindade LL, Metelsk FC. Matrix role of the Primary Care Extended Centers: an integrative review of the literature. *Saúde em Debate*, 2018; 42:1012-23. doi: 10.1590/0103-1104201811918.
28. Quintanilha BC, Belotti M, Tristão KG, Avellar LZ. The production of care in a Center of Psychosocial Care for Children and Adolescents. *Mental*, 2017; [cited 2019 Oct 30]. 11(20):261-78. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a14.pdf>.
29. Silva JF, Matsukura TS, Ferigato SH, Cid MFB. Adolescence and mental health from the perspective of Primary Healthcare professionals. *Interface (Botucatu)*, [Internet]. 2019; 23: e18063. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.180630>.
30. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc*, 2015; 24:244-58. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>.
31. Delfini PSS, Reis AOA. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012; 28(2):357-366. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.
32. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu)*. 2016; 21(61): 373-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.
33. Argiles CT, Kantorski LP, Willrich JQ, Coimbra VC. Singularization processes in the psychosocial mode. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2017; 27(1):61-77. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000100004>

34. Treichel CAS, Campos RTO, Campos GWS. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180617. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180617>.

**8 ARTIGO – PRÁTICAS INTERSETORIAIS: CARTOGRAFANDO SEUS EFEITOS
NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL**

PRÁTICAS INTERSETORIAIS: CARTOGRAFANDO SEUS EFEITOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

RESUMO

Objetivo: Conhecer as práticas intersetoriais de cuidado a partir dos encontros produzidos por uma rede de trabalho intersetorial na atenção psicossocial infantojuvenil.

Método: Pesquisa qualitativa sustentada metodologicamente na cartografia. Para a colheita dos dados utilizou-se: observação participante, registros em diário de campo e entrevista semiestruturada com 40 profissionais vinculados ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Redução de Danos, serviços da Atenção Básica e Estratégia da Saúde da Família e profissionais ligados à gestão no período de agosto a dezembro de 2017 em um município do interior do Rio Grande do Sul. A análise ocorreu por meio da criação de cenas produzidas nos encontros do trabalho intersetorial e desenhadas através de práticas intersetoriais.

Resultados: A intersectorialidade é uma prática prioritária para as políticas públicas, uma aposta na transversalidade de ações entre os diferentes setores, e um desafio, pois muito além de agregar setores, convoca ações criativas e a superação das estruturas cristalizadas e instituídas para a criação de novos arranjos instituintes de trabalho.

Conclusão: Práticas intersetoriais são necessárias, pois, a partir delas sujeitos de diferentes setores agenciam seus saberes e poderes para a discussão e resolução de situações complexas que exijam um olhar coletivo para qualificar o cuidado.

DESCRITORES: Pesquisa Qualitativa. Saúde Mental. Serviços de Saúde. Criança. Adolescente. Colaboração Intersectorial.

INTRODUÇÃO

As políticas atuais de atenção à saúde mental para crianças e adolescentes preconizam algumas diretrizes de cuidado, dentre as quais a construção permanente de uma rede articulada em todas as suas instâncias, atendendo esta população de forma intersetorial. Essa nova lógica pressupõe que os serviços de saúde mental e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) atuem na função de promover a inserção social das pessoas em sofrimento, prezando pela construção de práticas intersetoriais e de parcerias com outros grupos sociais.

Ações dessa natureza favorecem o desenvolvimento infantojuvenil e são fundamentais para garantir um cuidado integral.¹ Além de favorecer o avanço da política, o cuidado vai além do âmbito da saúde, exigindo, do trabalho em rede intersetorial, ações interdisciplinares e práticas intersetoriais mais resolutivas.²

Compreendem-se por práticas intersetoriais as ações que se desenvolvem em diferentes espaços, integradas aos diversos setores, serviço de saúde mental, saúde, outras políticas públicas e programas que atendam as necessidades de saúde e cidadania dos usuários.³ Assim, os componentes sociais existentes na rede — educação, saúde em geral, assistência social e justiça — assumem uma função importante que extrapola o fazer técnico do tratar, incluindo ações de acolher a demanda e planejar o cuidado em conjunto.

As práticas intersetoriais às crianças e aos adolescentes, no campo da saúde mental, devem ocorrer no sentido de favorecer ações colaborativas, relações horizontais e a realização de práticas que levem em consideração as reais demandas, a fim de que se tornem mais significativas e que promovam a participação ativa de todos os atores envolvidos.⁴

E a consolidação dessa rede infantojuvenil está intrinsecamente relacionada à ação conjunta do CAPSi em parceria com os componentes intersetoriais. Isto porque, entre o CAPSi e a articulação dessa rede intersetorial, deve haver continuidade e complementaridade da ação estratégica, pois o cuidado em saúde mental dirigido à infância e adolescência não pode ficar restrito à oferta de serviços de saúde mental, devendo potencializar-se pela articulação de diferentes setores.⁵⁻⁷

No momento atual, essa consolidação se torna um desafio ainda maior pelo desmonte que está sendo produzido na política nacional de saúde mental desde final de 2015. Coordenadores de saúde mental opositores à reforma psiquiátrica brasileira possibilitaram a implementação de normativas que desvalorizam os

serviços comunitários substitutivos ao modelo manicomial. A Resolução n.32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite do setor saúde, que posteriormente foi reforçada pela Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde⁸, teve o objetivo de incluir os hospitais psiquiátricos na rede de atenção psicossocial e desvincular a destinação dos recursos procedentes de fechamento de leitos manicomiais para serviços comunitários.

Além das políticas formais de consolidação da rede de atendimento à criança e adolescência, nota-se, na micropolítica dos serviços de atenção a esse grupo, uma dificuldade de compreensão do trabalho integral e intersetorial que reconheça diferentes necessidades sociais e de saúde: Educação, lazer, proteção social e saúde biopsicossocial. No que tange à Saúde Mental, o cuidado tem sido tratado como uma responsabilidade única dos CAPSi, desconsiderando a interlocução de outros setores na corresponsabilização compartilhada dos casos e situações. Observa-se também um foco excessivo na medicalização da infância, por causa da busca por diagnósticos precoces com a justificativa de uma qualidade de vida futura, mas que, em sua maioria, são pautados no controle comportamental das crianças e adolescentes, na visão exclusivamente orgânica e não nas experiências de vida, nos fatores históricos, sociais, culturais, família, violência, entre outros.⁹

Assim, a intersetorialidade não é somente uma organização de múltiplos serviços, ampliando-se como uma possibilidade para os trabalhadores constituírem uma rede comunitária de atenção sensível e capaz de ofertar alguma resposta às diferentes demandas de cuidado na saúde mental de crianças e adolescentes. Para tanto, deve-se considerar que para pensar a saúde, é necessário avaliar múltiplos fatores e determinantes socioculturais. Ou seja, é preciso a ajuda de outros setores que possam contribuir para incluir práticas de promoção à saúde, pois isso exige ações complexas para as especificidades dessa população.¹⁰

Diante da relevância de abordar as práticas intersetoriais no campo da saúde mental infantojuvenil, conforme diretrizes de cuidado no âmbito das políticas públicas que apontam para a necessidade de articulação e aprimoramento do diálogo entre os equipamentos intersetoriais propõem-se, neste estudo: conhecer as práticas intersetoriais de cuidado a partir dos encontros produzidos por uma rede de trabalho intersetorial na atenção psicossocial infantojuvenil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, utilizando-se a cartografia como estratégia teórica metodológica para acompanhar os movimentos de cuidado no âmbito da atenção psicossocial à criança e ao adolescente. Neste estudo, optou-se pela cartografia por esta permitir acompanhar a processualidade dos acontecimentos, os caminhos percorridos pelos sujeitos e suas relações nas paisagens psicossociais – lugar de produção de vida, cuidado e afetos. Para tanto, realizou-se um mapeamento desses encontros, visando acompanhar os movimentos das práticas intersetoriais e os seus efeitos na rede.

Um mapa totalmente flexível, cujos percursos eram construídos à medida que os processos iam sendo vivenciados, como desejos nos corpos são capturados da realidade e impactados pelas forças presentes na rede de relações.¹¹ Nesses percursos foram possíveis ainda acompanhar a produção do desejo como força disparadora de processos de cuidado, visualizar encontros de alta ou baixa potência entre os diferentes sujeitos e os movimentos que realizam na produção da rede de cuidado nos diversos cenários e contextos de trabalho.

A cartografia requer habitar um território¹², envolver-se no território geográfico e existencial das sensibilidades e afetos, e mergulhar no território da pesquisa, e que aqui se apresenta como cenário, o CAPSi e as instituições de articulação da rede de um município da região Sul do Rio Grande do Sul, Brasil.

Participaram do estudo 40 profissionais vinculados ao CAPSi, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Redução de Danos, serviços da Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde – UBS / Estratégia da Saúde da Família – ESF) e profissionais ligados à gestão. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: possuir seis meses de atuação no serviço; e estar em exercício profissional na ocasião da colheita de dados, excluindo-se, conseqüentemente, aqueles que estavam em afastamento por motivo de férias e licença.

O método solicita ao pesquisador cartógrafo, além da imersão no campo, estar em contato direto com as pessoas, à espreita não apenas de situações cotidianas ocorridas nos espaços geográficos, mas de tudo que toma conta da paisagem. Para a produção dos dados e acompanhamento desse processo cartográfico as ferramentas utilizadas foram: o diário de campo (elaborado a partir de observações no cotidiano do percurso cartográfico), observação participante e entrevista semiestruturada, entre os meses de agosto a dezembro de 2017.

O diário de campo é um instrumento de pesquisa de grande relevância,

utilizado para registrar a vivência do campo de pesquisa habitado, as observações, inquietações e percepções do pesquisador, além de captar, no dia a dia, as experiências vividas, e os diálogos com os envolvidos no processo investigativo.¹³ Aparentemente, é um processo individual, mas ganha dimensão coletiva quando traz à cena falas e diálogos que emergem dos encontros no campo pesquisado.

É tarefa do cartógrafo, dar língua aos afetos que pedem passagem.¹⁴ Dessa forma, a observação ganha perspectiva de implicação, pois está muito além da percepção subjetiva e de julgamentos de valor, ao contrário, explorar a implicação, é falar das instituições que nos atravessam, é pôr em análise, conjuntamente com os demais envolvidos, as relações estabelecidas com as diversas instituições que atravessavam o campo investigativo.¹⁵

Aqui, as produções que se quer dar voz são as práticas intersetoriais produzidas no plano do coletivo, enquanto ações que conectam os sujeitos ao plano das forças e convocam outras formas de subjetivação, trazendo à cena composições de potências, conexões e conversações sobre seus fazeres e saberes.

Cartografar é “desenhar a rede de forças à qual o objeto ou fenômeno em questão se encontra conectado, dando conta de suas modulações e de seu movimento permanente”.^{16:57} Dessa forma, ao se colocar em análise as práticas intersetoriais cartografadas nos encontros com os profissionais nas reuniões com a rede, nas entrevistas individuais e análise de implicação do pesquisador, foi possível conhecer os efeitos dessas práticas no cotidiano institucional, e as forças que atravessam o cuidado em saúde mental infantojuvenil, seja pelos modos reprodutivos e fragmentados ou de cooperação para a criação de ações coletivas.

Assim, escolheu-se como forma de construção descritivo-analítica, a apresentação de cenas. Essas composições de enunciados são falas-ideias compostas por fragmentos de entrevistas, que trazem para o palco, as vozes dos participantes misturadas à voz da pesquisadora, além de outras vozes, de outros autores que fundamentassem a discussão e dessem passagem aos afetamentos e implicações.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra PR (profissional), seguida do setor de trabalho correspondente do entrevistado (PR CAPSi, PR NASF, PR ESF).

RESULTADOS

EM CENA: UMA (CO)PRODUÇÃO DE CUIDADO COLETIVO

Serão apresentadas duas cenas produzidas durante o percurso cartográfico, no encontro do pesquisador com o seu campo de investigação que marcaram acontecimentos sustentados pelas práticas intersetoriais.

Cena 1: Nós não fazemos saúde mental sozinhos: a criança não é de um serviço

A intersetorialidade é uma prática necessária para as políticas públicas, pois é a partir dela que sujeitos de diferentes setores agenciam seus saberes e poderes para discussão e resolução de situações complexas que exijam um olhar coletivo para qualificar o cuidado: [...] *Esses encontros, eu percebo que eles existem, e são necessários cada vez mais, cada vez mais exigem da gente esse contato, para gente poder juntos, cuidar do usuário, cuidar da família, cuidar do adolescente, da criança [...]* (PR CAPSi).

E nesse processo de cuidar colaborativo, o encontro intersetorial da educação, realizado pelo Setor Educação em conjunto com os demais setores da rede, tem presença e pauta na primeira quarta-feira de cada mês: [...] *as reuniões com a Rede, que envolvem o CT (Conselho Tutelar), CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), a escola, o agente comunitário de saúde, as Estratégias, [...] acho que isso é bom, porque cada um tem uma informação [...]* *A reunião que a gente está indo, da educação, por exemplo, aquele dia falou-se num usuário, uma situação especial [...]* *uma informação que a mãe não trouxe para mim no acolhimento, não trouxe nos atendimentos com a psicóloga, e é uma situação especial que pode ter a ver no modo como ela está agindo com esse filho, então é uma coisa que vem a contribuir com o acompanhamento, então assim, eu vejo muito boa essas reuniões, não é, ah tem reunião aqui, tem reunião ali, mas acho que funciona, porque aí todo mundo fica mais ou menos sabendo tudo que está se passando com o usuário e podem pensar numa ação conjunta, cada um dentro do seu núcleo de atendimento, mas pensar numa ação mais conjunta* (PR CAPSi).

Esse espaço promovido pela educação é formado por profissionais da secretaria e supervisão de educação, constituído ainda pela coordenadora da Atenção Básica (AB) e um profissional representante do CAPSi, do Conselho

Tutelar, do CREAS, CRAS e Primeira Infância Melhor (PIM). A partir desse encontro, esses profissionais buscam assegurar a interlocução entre os setores para discutir os casos que surgem geralmente reportados por um professor ou orientador educacional, sobre uma criança ou adolescente com problemas relacionados a negligências de várias ordens, uso de drogas em geral, violências de todos os tipos, transtornos mentais, falta de suporte familiar, infrequência escolar, dentre outras situações que se reflitam no desenvolvimento educacional ou que requeiram a construção de uma rede de proteção social ampliada.

Essa composição não é permanente, pois nem sempre estão presentes todos os membros convidados. Algumas reuniões das quais participei não estive presente nenhum representante da ESF/UBS ou do NASF. Contudo, ainda que um ou outro serviço falte a esse agenciamento, esses profissionais reunidos não assumem a centralidade do cuidado, pois o espaço foi criado para pensar sobre ações, planejar o cuidado e rediscutir casos se necessário, mas também para aproximar os setores e fortalecer os laços de trabalho, de comunicação e de continuidade do cuidado.

A reunião inicia com a exposição do caso, e percebe-se que a maioria dos profissionais presentes tem algum conhecimento prévio sobre a família, criança ou adolescente em questão, pois já os atenderam em algum momento, atenderam outro membro da mesma família, ou essas pessoas foram ou são usuários de algum dos outros serviços representados pelos profissionais presentes. Esse espaço coletivo, formado para pensar sobre o cuidado, tem relação com encontros afetivos, pois são espaços assim que possibilitam aos profissionais compartilharem a experiência sobre o atendimento anterior, ou a circunstância em que tiveram contato com a criança ou adolescente e sua família.

Mesmo que nessas reuniões nem sempre estejam presentes todos os profissionais representantes de cada setor, estes não estão afastados da responsabilidade de cuidar do seu usuário: *Agora a gente tem até um caso bem difícil, mas isso é mais um problema com a mãe do que com a criança, a mãe passou o ano letivo todo indo junto para escola, [...] porque ele não vai sozinho e para ele poder participar da aula a mãe tem que ir junto [...] agora a mãe precisou internar por problemas de saúde [...] ele foi para a escola só uma vez com o pai, [...] a escola teve que acionar o Conselho Tutelar [...] a gente vai começar um outro suporte, com a psicóloga do NASF, porque ela acha que é mais questão da mãe [...] acompanhamento aqui com os dois (mãe e filho), daí agora entrou em contato, a*

escola, a educação, a secretária de educação pedindo para gente dar mais um suporte [...] Mas essa questão das professoras aqui é tranquilo [...] têm um vínculo bem bom, quando elas detectam alguma coisa sempre nos procuram primeiro, para ver o que a gente pode fazer, o que pode ser feito junto com elas [...] (PR ESF).

Esses movimentos articulam vários elementos e são produzidos pela ação do “fazer”, baseados no entendimento de que nenhum serviço está sozinho ou desarticulado dos demais, e que o cuidado pressupõe um olhar coletivo. Todavia, para isso é necessário que se conheça o núcleo familiar dessa criança ou adolescente, os seus contextos, a fim de poder auxiliar a identificação dos aspectos e situações que podem estar contribuindo para o problema, ou de que modo auxiliar a equipe a pensar sobre estratégias de cuidado e criação de projetos coletivos.

Nesse plano de forças, aberto a conexões e discussões para atendimentos em conjunto ou com o profissional de referência, importa ressaltar que o contato com os profissionais, mesmo aqueles que não estejam prestando o cuidado direto no momento, sempre é mantido: *[...] ontem eu fui atender um caso de um menino, a mãe precisa ir para escola com ele, ele só vai se a mãe tiver junto, as professoras tentaram durante todo o ano, um trabalho para tentar fazer com que o menino se sentisse seguro só com a turma, com a professora, mas não é assim, nesse caso específico, a mãe precisa entrar junto na sala, então é assim ele senta ali na frente e a mãe está sentada no fundo da sala [...] (PR NASF).*

No entanto, vale considerar que muitas vezes os problemas não se resolvem naquele momento, por envolverem questões complexas que demandam diversos setores e tempo. Porém, nesse encontro nota-se que os profissionais procuram alinhar e articular suas condutas de intervenção, em um cuidado corresponsável e uma rede com conectividade possível para o momento e para cada caso. E os desdobramentos se estendem para mais encontros, afirmando a potência da interlocução de pessoas e ações. Esse modo de fazer o cuidado acontece não apenas em conjunto, mas avança para os seus locais e núcleos de trabalho, porém, sem perder a potência do agir coletivo.

Cena 2 – Um olhar sobre o cuidado entre-setores: transversalizando ações

A gente tem facilidade de comunicação, tanto com Atenção Básica, quanto com as Escolas, Conselho Tutelar, o próprio Ministério Público, os próprios serviços da Assistência Social [...] A gente sempre conseguiu articular muito bem, claro tem

alguns pontos que poderiam melhorar, mas essa articulação a gente consegue, sempre que precisa [...] é bem tranquilo (PR CAPSi).

Faz parte das atribuições do CAPSi o cuidado à criança e ao adolescente, atuando como um articulador e organizador da rede de serviços de saúde mental. Assim, observa-se, no município campo de pesquisa, a existência da interlocução entre esse serviço com outros espaços do território. Nessa conformação de atuação, a assistência não está restrita a um único serviço, mas desenvolvida a partir de ações extramuros cujas práticas possibilitam a potência intersetorial.

Entretanto, os profissionais percebem que estar nesse cenário implica sair dos seus lugares tradicionais de prestar assistência, e experimentar uma rede onde seus modos de produzir cuidado precisam movimentar-se para outros lugares, permitindo-se afetar e deixar-se ser afetado. E esse movimento de se deslocar das certezas é intensamente demonstrado pelos profissionais ao falarem sobre a rede que possuem: *[...] nunca vai existir uma rede perfeita, emendas, rasgos sempre terão, mas eu acho que mesmo assim, que aqui a gente tem um privilegio muito grande [...] somos privilegiados no sentido de, não sei se por ser uma cidade menor, ou se, por ter uma rede um pouco mais organizada, e o pessoal todo se conhecer, isso facilita muito essa articulação do trabalho em rede [...]* (PR CAPSi).

A partir dessa trama de nós e linhas ora fortes, ora frágeis, e, às vezes, porosos, somados à constante experimentação desterritorializante que revelam seus modos de atuar, não é possível pensar: *[...] o que é meu? O que é teu? O que é nosso? Eu acho que é o nosso [...] vamos conversar juntos. Trabalhar em rede é complicado nesse sentido, no momento em que tu tens que te comprometer e não passar o caso para o outro serviço. É a mesma coisa, tu fizeste o acolhimento, tu discutiste o caso da pessoa, então como tu vais chegar na reunião e achar que o caso é para um pedagogo ou psicólogo, tu já estás envolvido, não tem como sair fora* (PR CAPSi). Na constituição desse processo de cuidar com foco nas práticas intersetoriais, os profissionais se veem na necessidade de "estar junto discutindo os casos", "de estabelecer parceria", imersos nos afetos que pedem passagem e requerem agenciamentos coletivos.

Desse modo, considera-se que essas parcerias são promotoras de encontros intersetoriais, e ativadoras de potência, pois possibilitam garantir os fluxos e conversar sobre o cuidado, produzindo novas redes e transformações nas práticas e nos modos de vida da população em questão *[...] vou te dar um exemplo, tem uma*

menina que eu atendo, uma adolescente que está interna no CASEF (Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino) – FASE/RS. Ela está recebendo proteção de medida, é uma menina que foi acolhida, institucionalizada no CASEF em julho desse ano, em função de um assalto que ela cometeu, por uso de drogas, é uma família que já é acompanhada pela rede [...], inclusive os irmãos dela são usuários também daqui (CAPSi) e ela está recebendo proteção de medida também. Então, a assistente social do CASEF conversou comigo, para montarmos um plano de tratamento para que ela possa sair de lá. A tarde tem uma reunião da Rede, dos serviços da assistência, o CAPSi, o conselho tutelar, e o próprio CASEF, vem um pessoal de Porto Alegre conversar conosco, para gente montar um plano de tratamento para que essa menina quando sair de lá continue o tratamento aqui, continue a vida dela aqui, e seja bem assistida pela Rede (PR – CAPSi).

Cabe considerar que a aplicação de medida socioeducativa é uma prática institucional estabelecida de tratamento aos adolescentes em conflito com a lei. Ao mesmo tempo em que essa medida se insere em uma intervenção punitiva, na linha dura da norma e do controle, tem uma configuração flexível. Isto porque oferece práticas de ressocialização e assistência de maneira interativa, participativa, com possibilidades de encaminhar esse socioeducando ao retorno do seu território mediante liberdade assistida, visando ao processo de autonomia, reinserção social e fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Os profissionais estão atentos à construção de ambientes que estimulem ações intersetoriais e auxiliem o desenvolvimento dessa adolescente, e mesmo diante das adversidades por ela vivenciadas há intercessões profissionais implicadas em fazer diferente. Esse movimento de cuidado horizontalizado, que, ao mesmo tempo, se transversaliza com a rede e não renuncia aos muros normativos instituídos, atravessa os desafios com uma construção coletiva produzida em ações conjuntas por meio de relações que vão proporcionar espaços capazes de promover uma interlocução mais afetiva, significativa e que (re)inclua a socioeducanda na sociedade.

Ao “caminhar” por esses serviços, ao participar desses encontros e me impregnar com o território e as pessoas, foi possível conhecer uma rede que não tem forma, nem lugar, não é fixa, nem rígida, ela existe à medida que são necessárias ações conjuntas. Essas diversas conexões fortalecem a ideia de que “nem tudo é para a saúde mental”. Ou seja, busca uma desconstrução da demanda

especializada e a criação de estratégias de ordem coletiva, potencializando o cuidado à população infantojuvenil “fora”, transversalizado, articulado com outros níveis de atenção, ocupando outros espaços, envolvendo toda a comunidade e os diversos atores que neles se encontram, produzindo, assim, resultados mais significativos para o cuidado intersetorial.

DISCUSSÃO

A atenção em saúde mental dirigida às crianças e aos adolescentes ganhou novo contorno, sinalizando a necessidade de agenciamentos de outros pontos de atenção, de modo articulado com os diversos serviços disponíveis na rede, e não mais limitada a um único serviço especializado, como o CAPSi.

Recomenda-se, portanto, o envolvimento dos trabalhadores, com o entendimento de que a intersetorialidade se afirma em práticas apoiadas na ideia de corresponsabilização e potencialização do trabalho entre os diferentes atores sociais, setores e instituições.¹⁷ Porém, estudos que se dedicam ao cuidado intersetorial no campo da saúde mental infantojuvenil sinalizam um descompasso entre a proposição e a sua efetiva materialização.¹⁸

As cenas aqui apresentadas mostram que a necessidade da intersetorialidade é reconhecida, e os profissionais demonstraram reconhecer que, para a sua efetivação de fato, alguns movimentos são necessários, a começar pela ideia de que nenhum setor é mais importante do que o outro, e nenhuma ação deve ser solitária ou setorializada. Mas para que o exercício intersetorial se mostre potente, é preciso avançar na noção de que a intersetorialidade se torne um modo de gestão baseado na articulação e cooperação entre setores. E, além disso, são necessárias inovações no seu desenho, maiores investimentos em novos arranjos institucionais e estruturas transversalizadas de trabalho, apoiadas no fazer coletivo e no entendimento de que o objeto prioritário das ações desenvolvidas são as pessoas e suas necessidades.

Ainda nessa experiência de campo, presenciou-se o empenho no trabalho em rede, a interação e o compartilhamento de intervenções entre profissionais de diferentes serviços. Em um estudo realizado para identificar as possíveis parcerias e contatos estabelecidos entre os serviços de saúde mental, os autores relataram que Atenção Básica, Assistência Social e Educação são os principais serviços/setores envolvidos nas situações de cuidado à população infantojuvenil. E também que a

corresponsabilização afirmada entre os setores é uma grande aliada do trabalho intersetorial para a produção ampliada de saúde e qualificação da rede.¹⁷

Na primeira cena apresentada é possível notar o setor educação preocupado com uma demanda que envolve questões do âmbito psicológico, social e jurídico e, para isso, buscam a realização de um trabalho no território articulado com outros recursos disponíveis, para que soluções conjuntas possam responder às necessidades de crianças e adolescentes, em especial aquelas em sofrimento psíquico. Pensar sobre esse *modus operandi* exige que o objeto prioritário das ações aconteça além dos espaços coletivos. Isto é, que promova agenciamentos capazes de lidar com as imprevisibilidades e complexidades sem perder de vista as sensibilidades e as formas de subjetivação por parte dos profissionais na adoção de estratégias de prevenção e promoção de saúde, considerando o modo singular, os aspectos biopsicossociais e culturais das crianças e adolescentes, e seus contextos familiares e comunitários.¹⁹⁻²⁰

Embora a escola seja um espaço de grande circulação de crianças e adolescentes, e seja reconhecido o seu papel na identificação de problemas de saúde mental infantojuvenil, é inegável que também tenha se tornado um ponto de encaminhamento para os serviços especializados. E nesse contexto escolar, atinente às dificuldades na aprendizagem, por exemplo, percebidas pelos professores como “doença mental”, a qual deve ser resolvida/tratada por profissionais da área “psi”, e, para tanto, exige diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde, ao compor essa rede é necessário que se enfrente a tendência de naturalizar o discurso medicalizante e patologizador da vida.

Para essa realidade, é indispensável que haja a desconstrução dessa demanda, suscitando, nesses equipamentos, a construção de práticas que façam frente à ressignificação de condutas institucionais normalizadoras e a possibilidade de novos modelos de atuação relativos à queixa escolar.²¹ Nesse sentido, assinala-se, ainda, a importância de um fazer-saber voltado ao ato de ampliar o grau de cooperação intersetorial e à compreensão de que nem todos os problemas vivenciados pelos indivíduos são questões de saúde mental e necessitem de tratamento nos serviços especializados.²²

É essencial reconhecer também que para se discutir intersetorialidade, precisa-se avançar para uma reflexão de que não se está tratando somente da quantidade de serviços que se organizam em determinados casos, mas de que

forma ocorre essa cooperação e qual a visão de modelo de cuidado está inserida nesses serviços. O atual modelo de saúde está fundamentado na cultura da Medicina, que tem por base a ideia de sociedade como objeto de higienização, disciplina dos corpos e regulação de comportamentos, recorrendo a terapias medicamentosas e aos diagnósticos como principais formas de abordagem e tratamento.⁹

Esse discurso de valorização da cultura medicalizante, quando atrelado à infância e à adolescência, e de forma majoritária na idade escolar, convoca a construção de um trabalho mais aproximado entre educação e saúde. Contudo, como resultado desse processo de normalização do comportamento infantil, percebe-se ainda, setores limitados em suas características, criatividade e desejos, e uma lógica patologizadora medicalizante cada vez mais expandida nos serviços de saúde, educação, assistência social.⁹

Outra questão exposta na cena, o trabalho baseado na família, observa-se que os profissionais demonstram conhecer e incorporar não somente a criança no cuidado, mas seu núcleo familiar. Quando se propõe mudança de modelo, pensando sobre redes de cuidado integrais e intersetoriais, a família deve ser o foco de trabalho, pois lá estão as bases para conhecer a realidade, história, cultura, questões econômicas, sociais, valores e crenças. Dessa forma, a saúde não é somente a recuperação da doença ou objeto de intervenção, mas de promoção de vida e cuidado em sua organização psicossocial.

Entende-se que para que isso ocorra é essencial incluir a família no trabalho intersetorial em saúde, visando fortalecer o cuidado ou conhecer a realidade de vida da criança ou do adolescente.

Essa ideia pode potencializar o papel protetivo da família no cuidado, na promoção da integridade física e psíquica e prevenção no surgimento de possíveis riscos psicossociais. Por outro lado, o ambiente familiar pode repercutir negativamente, sobretudo quando a participação dos familiares é escassa em ações dentro do serviço e em outros espaços de articulação e existência de vínculos frágeis e conflitos.²³

Nessa perspectiva de práticas intersetoriais, ou seja, de investimentos na potência do trabalho coletivo, articulado com os recursos do território, e dentro de uma abordagem transversalizada de cuidado, pode-se pensar em uma rede que atue por transversalidade, que aposte na potência das conexões e de novas

produções de cuidado que a intersetorialidade pode promover. A transversalidade estabelece outros modos de comunicação, que fujam da horizontalidade, encarregada apenas de integrar diferentes setores, sem estabelecer relação de conexão entre eles ou a verticalidade, transmitida através de normas ou demandas instituídas.²⁴

Concorda-se que as práticas intersetoriais acontecem na coexistência de movimentos de verticalidade e horizontalidade, com movimentos de transversalidade, no emaranhado desses processos presentes nas equipes e entre os setores. Contudo há de se apostar no deslocamento produtivo de novas realidades, articulando setores, sustentando processos inéditos e abrindo-se para a invenção,²⁵ além de apoiar os profissionais a exercitarem sua capacidade de analisar o campo de forças instituídas e instituintes, as zonas de cuidado coletivo que estão inseridas e resistir ao instituído presente na sua rotina profissional.²⁶

A partir dos depoimentos destacados nas cenas percebe-se que a comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde e demais setores em prol de seus usuários não acontece apenas de modo pontual, ou em situações que exigem respostas emergenciais, o que demonstra o estabelecimento de fluxos interinstitucionais e de comunicação.

Para o setor saúde, esse esforço implica reconhecer que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população. Ao adotar a perspectiva do trabalhar junto, nas premissas da intersetorialidade, da reciprocidade dos atores que atuam no contexto do cuidado coletivo, há possibilidades do compartilhamento de conhecimentos, compromissos, afetos, responsabilidades e ações, garantindo assim a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde, a continuidade do cuidado e o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários.²⁷

As cenas ainda mostram que os profissionais atribuem a estrutura e o bom funcionamento da rede intersetorial ao fato de pertencerem a um município de pequeno porte, e de as pessoas se conhecerem, o que garante parcerias na identificação e possibilidade de realizar um cuidado compartilhado. E isso reforça o fato de que uma rede não funciona por si só, mas se estabelece e cria vida a partir de movimentos e deslocamentos desencadeados pelos trabalhadores, pautados no diálogo e no conhecimento dos diferentes serviços que a compõem.²⁸

Importa destacar, ainda que os profissionais reconheçam como positiva e potente a rede intersetorial que possuem, os quais apontam que existem lacunas e/ou práticas que não respondem ao preconizado pelas políticas públicas. Contudo, eles não se distanciam da equipe sensível às questões e do desejo de qualificar cada vez mais o cuidado ofertado.

Essa capacidade de estranhamento, em relação ao modo de produzir cuidado e possibilidades de se promover outras direções, e também de desestabilizar as certezas na construção de novos modos de operar ações voltadas para o cuidado à população infantojuvenil, não impede que se aposte que é possível articular estratégias que coloquem em movimento outras possibilidades, ainda que nas brechas e fendas, ou produzidas pelos impasses para serem vencidos, inventados e reinventados a cada nova experiência.²⁰

Outro ponto de destaque observado é a interface dos profissionais do CAPSi com os profissionais das unidades socioeducativas, setor da assistência social e da justiça para garantir a proteção integral do socioeducando. Evidencia-se que é indispensável o envolvimento de vários atores sociais, pois, medidas socioeducativas necessitam mediação por meio da Justiça da Infância e Juventude do ciclo de atenção à saúde e assistência social.

As mediações transversais, intersetoriais e articuladas entre setores são um desafio para os trabalhadores. Estudos sinalizam fragilidades no que tange a resistências pessoais dos profissionais das unidades e da rede, a necessidade de melhoria e de fortalecimento da articulação com a rede territorial externa, e o esforço de reconhecer as equipes internas de saúde mental como extensão da rede enquanto pontos de atenção para o cuidado.²⁹ A fragmentação das ações e dificuldades de articulação com a rede de saúde, além da falta de engajamento e responsabilidade dos profissionais pelo atendimento aos adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa, também se somam a tais fragilidades, pois as características da instituição total que as unidades socioeducativas apresentam se contrapõem aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente à integralidade.³⁰

A intersectorialidade, portanto, vem sendo discutida como um princípio operativo prioritário das políticas públicas e uma aposta para a transversalidade de ações articuladas com os diferentes setores, e também como um desafio estrutural, político e social, pois, muito além de agregar setores, convoca ações criativas, novas

respostas organizativas, e a superação das estruturas cristalizadas e instituídas para a criação de novos arranjos instituintes de trabalho.

A despeito das limitações, destaca-se a pesquisa ter sido realizada somente em um serviço de saúde mental infantojuvenil e englobar apenas a perspectiva dos profissionais vinculados ao CAPSi e demais profissionais dos serviços que compõem os serviços de Atenção Básica atuantes no cuidado da criança e do adolescente. Por outro lado, acredita-se que este estudo é relevante para fomentar a potência das conexões que a intersetorialidade convoca para a construção de ações coletivas e da necessidade de reflexões, planejamentos e efetivação de estratégias de cuidado para essa população. Desse modo, considera-se importante a realização de novos estudos que abordem as práticas intersetoriais voltadas para essa população, porém, que incluam a perspectiva do público infantojuvenil e da família.

CONCLUSÃO

O cuidado às crianças e aos adolescentes em sofrimento psíquico exige ações complexas que sejam capazes de responder às especificidades dessa população, o que se apresenta ainda como um desafio para o fortalecimento da rede intersetorial. Sendo assim, considera-se que os encontros que aqui ocorreram entre os corpos-profissionais para favorecer as práticas intersetoriais na produção de ações mais resolutivas, contribuem para a produção de novos agenciamentos capazes de criar inovações e exercer a potencialidade transformadora do devir intersetorial.

Dessa forma, as análises deste estudo permitem observar que as práticas intersetoriais desenvolvidas, além de favorecer agenciamentos coletivos, engendram, em suas ações, o compromisso e a necessidade de corresponsabilização pelo cuidado ao seu usuário, e também demonstram o conhecimento das atribuições dos próprios e dos outros setores, o conhecimento do território e dos contextos de cuidado.

Na primeira cena — Nós não fazemos saúde mental sozinhos: a criança não é de um serviço — mostra uma rede de pessoas atuantes, participativas e implicadas na construção do cuidado que extrapola o espaço físico do encontro criado, convocando a conectividade entre os distintos serviços da rede e seus atores. A outra cena — Um olhar sobre o cuidado entre-setores: transversalizando ações — traz cenários de cuidado para o palco, os quais pedem uma produção de

cuidado capaz de engendrar outras redes para atender as necessidades dos usuários, buscando a comunicação e articulação com outros serviços.

Nesse sentido, considera-se relevante dar visibilidade às práticas intersetoriais de cuidado produzidas pelos trabalhadores e seus efeitos na rede de saúde que se ampliam para a rede de cuidado, pois são construídas de forma singular e de acordo com a necessidade de cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes ADSA, Cid MFB, Speranza M, Copi CG. A intersectorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2019,27(2):454-61.
2. Cid MFB, Squassoni CE, Gasparini DA, Fernandes LHO. Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. *Pro-Posições*, 30, e20170093. Epub April 18, 2019.
3. Scheffer G, Silva LG. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 2014, (118):366-93.
4. Cid MFB, Gasparini DA. Ações de promoção à saúde mental infanto-juvenil no contexto escolar: um estudo de revisão. *Revista FSA, Teresina*, 2016, 13(1):97-114.
5. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clín* 2015; 27:17-40.
6. Petersen I, Marais D, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Chisholm D et al. Strengthening mental health system governance in six low-and middleincome countries in Africa and South Asia: challenges, needs and potential strategies. *Health Policy Plan*, 2017, 32:699–709.
7. Roy K, Shinde S, Sarkar BK et al. India's response to adolescent mental health: a policy review and stakeholder analysis *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2019, 54:405.
8. Ministério da Saúde (BR). 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. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, 2019.
9. Batista KA, Oliveira PRS. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte CE. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. São João del Rei, set-dez, 2017; 12(3)e1361.
10. Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, 2016, 40(111)193-205.
11. Silva PS, Figueiredo NMA. Cartographic research: theoretical and methodological reflections for nursing. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 25]; 27(4): e5610016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400602&lng=pt. Epub 08-Nov-2018.

12. Alvarez J, Passos E. Cartografar é habitar um território existencial. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L da (Org.). *Pistas do método cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 131-49.
13. Chaves AGCR, Paulon SM. Sobre o pesquisar uma pesquisa: notas metodológicas acerca das experimentações de uma abordagem metodológica participativa. *Pesqui. prá. psicossociais* [online]. 2015, 10(1):11-23, [cited 2019 jan 27]. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1809-8908.
14. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade. 2015
15. Romagnoli RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, 2014, 26(1):44-52.
16. Barros LP, Kastrup V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos E, Kastrup, V, Escóssia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 52-75.
17. Tãno BL, Matsukura TS. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2019, 29(1)e290108.
18. Delfini PSS, Bastos IT, Reis AOA. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(12):e00145816.
19. Pinto ACS, Luna IT, Silva AA, Pinheiro PNC, Braga VAB, Alves e Souza AM. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2014, 48(3):555-64.
20. Romagnoli RC, Amorim AKMA, Severo AKS, Nobre MT. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Rev. Subj.* [online]. 2017, 17(3):157-18.
21. Freire KES, Viégas LS. School complaints at a CAPSi in Salvador-Bahia: an analysis from a critical school psychology point of view. *Revista Educação em Questão*, Natal, 2018, 56(48):202-26.
22. Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, São Carlos, 2018, 26(4):904-14.
23. Covelo BSR, Badaró-Moreira MI. Links between family and mental health services: family members' participation in care for mental distress. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1133-44.
24. Guattari F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1987.
25. Romagnoli RC. Transversalizando as políticas públicas: quando a intersetorialidade se torna rizomática. *Psicol. estud.*, Maringá, 2017, 22(3):421-32.
26. Sousa Severo AK, Melo AKA, Romagnoli RC. Experiences in the health services network and in the street: Captures and detours in psychology training for public health

services. *Journal of Health Psychology*, 2016, 21(3)302–12.

27. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, 19(11), 4371-82.

28. Wetzell C, Pinho LB, Olschowsky A, Guedes AC, Camatta MW, Schneider JF. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm*, 2014, 35(2):27-32.

29. Ribeiro DS, Ribeiro FML, Deslandes SF. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(3):e00046617.

30. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *Saúde Debate* 2015; 39(spe):120-31.

Cabe confidenciar, nestas reflexões finais, que neste estudo não se tem a pretensão de expressar uma verdade, ou respostas permanentes, mas produzir visibilidades e dizibilidades de um coletivo desejante em movimento, na construção de multiplicidades de cuidado.

As portarias ministeriais recomendam que o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ocorra no território, sinalizando a necessidade de agenciamentos de outros pontos de atenção à saúde de modo articulado. Nessa nova lógica, comendo com os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, os serviços de Atenção Básica são considerados importantes para incorporarem o cuidado em saúde mental em suas ações e, assim, fortalecer a articulação com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial e outras instâncias setoriais. Além disso, os serviços de saúde mental e da atenção básica possuem capacidade para imprimir arranjos assistenciais diferenciados, com possibilidade de articular/compartilhar cuidados entre os serviços, evocando uma “rede-rizomática” de conexões, fluxos e variadas linhas.

A ideia de uma rede-rizoma parte de uma configuração heterogênea e de conexões múltiplas, sem direções lineares, pois, não possuem pontos fixos, dado que operam em movimentos. Não há início, nem fim, não existem interferências de onde vêm, nem para aonde vão, pois, não se limitam a formas hierárquicas de organização. Podem desenvolver-se no meio, entre, com intercessões e fluxos, mas também podem ser rompidos em qualquer ponto, e retomar as conexões de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Ao cartografar os movimentos, as relações de força e linhas de fuga a partir da articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica, foi possível observar que a rede de cuidado em saúde mental infantojuvenil pode emergir de um desenho rizomático; e que a produção do cuidado deve acontecer para além dos muros instituídos dos serviços substitutivos em saúde mental, fazendo “pontes” com outros espaços territoriais.

Além disso, utilizar o diário de campo, elaborado a partir de observações no cotidiano do percurso cartográfico, a observação participante e a entrevista semiestruturada para compor a caixa de ferramentas proporcionou cartografar as paisagens psicossociais – lugar de produção de vida, cuidado e afetos, no qual foi necessário, além da imersão no campo, estar em contato direto com as pessoas, à espreita não apenas de situações cotidianas ocorridas nos espaços geográficos, mas de tudo o que tomava conta da paisagem.

Durante o “caminho cartográfico” me encontrei imersa no campo de pesquisa, vivenciando as intensidades e afecções que os encontros produziam, acompanhando os fluxos, captando movimentos de territorialização e desterritorialização que emergiam desses

encontros entre pessoas e ações. Ainda nessa condição nômade de cartografar, de habitar diversos lugares e possibilidades de encontros entre os trabalhadores, gestores e usuários, era convocada constantemente, nesses percursos, a fazer movimentos e deslocamentos, realizar rastreios e pousos, praticar experimentações e me (des)territorializar, abrindo espaço para os estranhamentos, atravessamentos e a produção de novos modos de cuidado entre a Saúde Mental e a Atenção Básica.

E nesse percurso cartográfico, das observações e das narrativas dos profissionais, foi possível conhecer uma rede que não tem forma, nem lugar, não é fixa, nem rígida, ela existe à medida que são necessárias ações conjuntas. Essas diversas conexões fortalecem a ideia de que "nem tudo é para a saúde mental". Ou seja, existe uma desconstrução em curso da demanda especializada e a criação de estratégias de ordem coletiva, potencializando o cuidado à população infantojuvenil "fora", ocupando outros espaços, constituindo, assim, uma rede de conectividade entre os diversos atores que neles se encontram, e, por conseguinte, produzindo resultados mais significativos para o cuidado psicossocial.

O município, local deste estudo, é reconhecido no Estado como um dos precursores do Cuidado Psicossocial Comunitário, conferindo aos seus trabalhadores um sentimento de orgulho e satisfação da rede de serviços que possuem. Os resultados deste estudo apontam, em relação às ações intersetoriais, uma articulação já estabelecida com os setores da Assistência Social, Educação e de Justiça. Essa forma mais transversalizada de operar o cuidado fortalece as conexões entre as pessoas de diferentes núcleos de saberes e amplia a compreensão de que o cuidado psicossocial só é efetivado quando extrapola os serviços de saúde.

As equipes do CAPSi e AB se reconhecem como parceiros no cuidado quando questionadas sobre o trabalho articulado entre esses serviços, e concordam que ações de saúde mental realizadas de forma compartilhada potencializam o cuidado psicossocial à criança e ao adolescente, e favorecem a abertura de novos agenciamentos e conexões. Esses novos arranjos têm sido construídos em reuniões mensais, ou sempre que necessário, para discussão de caso sobre os usuários, construção de projetos terapêuticos compartilhados de cuidado, ou para maior aproximação dos serviços visando a troca de saberes.

Contudo, esse território é atravessado por forças do plano molar que impedem ou dificultam a criação de outras ações que tragam potência ou sustentação de fluxos mais coletivos. Se, de um lado, no plano burocrático organizacional, os profissionais do CAPSi referem como motivos impeditivos para não integrarem mais ações em conjunto com a AB, a agenda lotada devido à alta demanda e dificuldade de transporte para locomoção de grandes

distâncias, de outro, os profissionais da AB também são tomados pelas linhas duras da burocratização das práticas e sobrecarga dos profissionais, transferindo a demanda recebida de sofrimento mental para o CAPSi sob a justificativa de que muitos profissionais não possuem capacitação para lidar com as questões da saúde mental e, por isso, solicitam com frequência o encaminhamento para a rede especializada, desresponsabilizando-se pelo cuidado.

Essas configurações instituídas por linhas duras impedem processos inventivos e convoca os sujeitos a realizarem pontos de ruptura nesse campo de forças. Isto porque, se, de um lado, o encaminhamento instituído reforça a concepção de saúde mental como “problema de especialista”, de outro, a clínica pautada na agenda promove um enrijecimento, deixando-se capturar e controlar por ações pautadas nas especialidades e nas práticas isoladas de cada profissional.

Em ambos os cenários, os profissionais reconhecem fragilidades para consolidar a articulação da rede, porém, há um reconhecimento da necessidade de avançar para um cuidado no território, da realização de mais atividades externas, deslocando suas práticas para fora dos muros dos serviços promovendo a articulação. Os profissionais também apontaram o apoio matricial realizado pelo NASF como uma possibilidade de colaboração positiva nas práticas de saúde mental; e a comunicação informal, via contato telefônico, como dispositivos articuladores que facilitam a resolutividade das ações.

As ações desenvolvidas no âmbito da AB voltadas para a saúde mental ainda estão restritas à lógica do modelo biomédico e centradas no diagnóstico e na medicação como terapêutica. São praticamente inexistentes atividades de saúde mental voltadas para o público infantojuvenil, pois as atividades desenvolvidas estão restritas aos grupos de mães e bebês, ou de puericultura, e para a faixa etária que compreende o adolescente são ofertadas ações mais pontuais, de ordem clínica e odontológica.

Observa-se que o processo de trabalho da AB em saúde mental está ainda muito ancorado no saber clínico, farmacológico. Porém, para um trabalho na perspectiva da atenção psicossocial serão necessárias rupturas, as quais já são experimentadas por alguns trabalhadores quando revelam que desenvolvem suas ações de forma interdisciplinar, ampliada, com um olhar voltado ao sujeito, para além da doença e do sofrimento, atentos ao seu contexto social, cultural e psicossocial.

Trabalhadores afetados por esses agenciamentos deslocam seus modos de fazer, se colocam disponíveis a problematizações e posicionamentos de formas múltiplas de cuidar frente a cada situação, escapando, assim, dos modelos operacionais determinados pelo campo

do saber instituído. E abrem-se para possibilidades de experimentação singulares e para a produção de novos saberes/fazer. Esse modo implicado mobiliza e afeta os trabalhadores, de maneira que estes são movimentados a repensar suas ações, implicando-se no cuidado do outro, de forma comprometida, produzindo transformações no modo existencial, pois se constroem outros enunciados acerca da doença que antes estava centrada no diagnóstico, na prescrição farmacológica como terapêutica exclusiva, voltando-se para outra forma de responder às necessidades, olhando agora para a complexidade da vida e para novas invenções de fazer cuidado.

A partir dos relatos de alguns trabalhadores notou-se a necessidade de ofertar espaços de atualização/qualificação no campo da saúde mental, pois estes mesmos profissionais confidenciaram que, muitas vezes, não se sentem capazes de lidar com a demanda de saúde mental que chega à AB. Essa falta de conhecimento sentida pode ser o fio condutor na busca por mais conhecimentos, em especial na área de saúde mental, pois, ao confidenciarem essa fragilidade profissional, anunciam uma ruptura com um saber rígido e já estabelecido de que algumas áreas estão restritas ao saber especialista. E também convocam a criação de outras linhas que possibilitem novos fluxos, agenciamentos e devires, no contexto da saúde mental infantojuvenil.

Importa destacar que, em São Lourenço do Sul/RS, essa rede articulada entre CAPSi e AB encontra-se em movimento, sendo construída, pois os trabalhadores verbalizam que nem sempre conseguem ser efetivos, e ainda que reconheçam como positiva e potente a rede que possuem, apontam que existem lacunas e/ou práticas que não respondem ao preconizado pelas políticas públicas. Contudo, é possível considerá-los afetivos, construindo-se a partir de redes vivas, dispostos a não se distanciarem da equipe sensível às questões de saúde mental infantojuvenil e do desejo de qualificar cada vez mais o cuidado ofertado.

Esta pesquisa fundamentou-se na tese de que o cuidado à população infantojuvenil, quando articulado entre o Centro de Atenção Psicossocial e os serviços de Atenção Básica, amplia possibilidades de conexão entre os diferentes serviços e trabalhadores, criando espaços de encontros e discussões que favorecem ações integradas, possibilitando um cuidado em saúde mental compartilhado, resolutivo, acolhedor e integral.

Partindo-se dessa premissa, e da necessidade de que o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes precisa ser realizado nos diferentes espaços — por onde essas pessoas transitam e onde a vida delas acontece e circulam seus desejos e aspirações — entende-se que a articulação entre esses serviços constitui-se em uma nova formação para o modo psicossocial do cuidado agenciado por movimentos de criação, inovação e de potência. Para

sua efetivação são necessárias – a todos nós, os envolvidos – afetações mútuas, deslocamentos para o agir coletivo e movimentos transformadores de desterritorialização e reterritorialização.

Em relação ao limite deste estudo, pode-se considerar o fato de este se restringiu a um único serviço de CAPSi, e aos serviços da AB, com foco dado somente aos profissionais envolvidos nas ações de cuidado realizadas em tais serviços. Assim, outros estudos poderão dar continuidade a essa temática, enfocando novos aspectos e perspectivas importantes no cuidado psicossocial de crianças e adolescentes, entre os quais: encaminhamento via demanda escolar; longa permanência no serviço versus alta/transferência de cuidado; a patologização e a medicalização da infância; crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade; a invisibilidade do adolescente nos serviços de saúde. Da mesma forma, sugere-se contemplar outros grupos — profissionais de outros setores, crianças, adolescentes e familiares.

Por fim, a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, pautada no modo de atenção psicossocial, precisa avançar e nós somos parte dela.

Se hoje,

[...] vivemos capturas por emendas constitucionais, necessitando de uma luta dos coletivos para fazer funcionar nossos direitos [...]. É possível que, no exercício do cuidado, movimentos de desterritorialização, juntamente com o surgimento de novos territórios, sejam produzidos em sua absoluta imanência, sem que se perca de vista a força e a especificidade deste exercício, a desobediência dos insubordinados é o que nos interessa.
(Moebus, 2016)

Logo,

[...] o presente é perturbador e exige atenção [...] Quem sabe haja tempos mais bonitos, mas o presente é hoje, é nosso, e não devemos nos desviar de viver nele, seja ele no meio de uma guerra, ou de uma revolução. Para tal, há de se estar atento às urgências deste nosso presente, desta nossa vida, desta nossa guerra, destes devires-revolucionários.
(Pelbart, 2014)

Porém...

Essa reconstrução só será possível com os agenciamentos maquínicos (do corpo) e coletivos (de enunciação) processando encontros e arranjos que desterritorializem e re-territorializem a produção do cuidado em Redes sempre abertas, porosas e Vivas!
(Silva; Moebus; Ferreira, 2016)

Seguir

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; GOMES, M. P. C.; CHAGAS, M. S.; COSTA, M. A.; SANTOS, N. L. P.; FREIRE, M. A. M.; et al. O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. Livro 2. 1 ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**. 42:e180, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 131-49.

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010, p. 33-45.

ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev Gaúcha Enferm (Online)**. Porto Alegre, v. 32, n. 1, 2011.

BAREMBLITT, G. F. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca da Fundação Gregório Barenblitt/Instituto Félix Guattari (Coleção Esquizoanálise e Esquizodrama), 2010.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: KASTRUP, V.; PASSOS, E.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Editora Sulina; 2015, p. 52-75.

BASTOS, I. T.; JUNIOR, V. S.; OLIVEIRA, T. G. P.; DELFINI, P. S. S.; MUYLAERT, C. J.; REIS, A. O. A Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil para usuários de álcool e drogas. **Rev Esc Enferm USP**; v. 48, n(Esp2), p. 121-7, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1988

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília. 1992.

BRASIL. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336/GM**. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.608, de 3 de agosto de 2004**. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf

BRASIL. 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**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Constitui 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 SUS. Brasília, DF: MS, 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa**. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Versão 2012 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 134, de 01 de fevereiro de 2013** (DOU 04/02/2013). Institui o Componente - Construção no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e redefine os prazos para conclusão das obras e início de funcionamento das UBS financiadas por meio do Plano Nacional de Implantação de UBS nos termos da Portaria nº 2.226/GM/MS, de 18 de setembro de 2009, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.226/GM/MS, de 2009. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de novembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nova Política Nacional da Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2017b. p. 68-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica de n.º 11/2019**, de 04 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

CARVALHO, M. N.; FRANCO, T. B. Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 863-84, 2015.

CARVALHO J; DUARTE MLC; GLANZNER CH. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. **Rev Gaúcha Enferm.**; v. 41, n. (esp):e20190113, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190113>

CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 372-78, 2013.

CAVALCANTI, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 161-78, 2012.

CERVO, M. R. **Entre doces e travessuras: a Produção de Infância no CAPSi**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia. Porto Alegre, 2010.

CERVO, Michele da Rocha; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Um olhar sobre a patologização da infância a partir do CAPSI. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 442-453, dez. 2014

CHAVES AGCR, PAULON SM. Sobre o pesquisar uma pesquisa: notas metodológicas acerca das experimentações de uma abordagem metodológica participativa. **Pesqui. prá. psicossociais** [online], v. 10, n. 1, p:11-23, 2015.

CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C.; AKERMAN, M.; AMARAL, J. H. L.; MACHADO, K. M.; SENNA, M. I. B. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 25, n. 1. P. 1-10, 2014.

COIMBRA, V. C. C. **O processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial sob a perspectiva da integralidade**. Subprojeto do CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil. Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde. Pelotas, 2008.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV Santa Maria**. v. 7, n.2, p. 66-77, mai/ago. 2014.

COSTA, D. F. C.; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo Social. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-82, 2012.

COUTINHO, C. V.; VASCONCELOS, M. F. F.; ANDRADE, T. B. E. S. Felicidade clandestinas no SUS Aracaju: Brincantes no Produzir Saúde e Subjetividades. In: PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. P. (Org.). **Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado** [recurso eletrônico]. 1 ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA; 2019. 216 p.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. IN: FERREIRA, T. (Org). **A criança e a saúde mental: enlacs entre a clínica e a política**. BH: Ed. Autêntica, p. 61-74, 2004.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 384-9, 2008.

COUTO, M. C. V. **Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira.** 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental). Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia desafios atuais. **Psic clin**, v. 27, n. 1, p.17-40, 2015.

CUNHA, C. C.; BOARINI, M. L. O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n. 1, p. 68-78, 2011.

CUNHA, A. M. C; YASUI, S. Apoiador matricial: uma possibilidade de promover a interdisciplinaridade entre profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública, Florianópolis**, v. 4, n. 1, p.107-16, 2011.

DELEUZE, G. **Conversações.** Rio de Janeiro: Ed 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs – capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 1. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira, Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. São Paulo: Editora 34, 2011 (2 Edição).

DELEUZE G, PARNET C. **Diálogos.** Trad. de José Gabriel Cunha. Lisboa: Relógio D'Água Editores; 2004.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M. T.; ANTONELI, P. P.; GUIMARÃES, P. O. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1483-92, 2009.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde mental nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.18, n. 2, p. 357-66, fev. 2012.

DELFINI, P. S. S. **O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças.** Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

DELFINI, P. S. S.; LEAL, B. M. M. L.; DACAL, C. S.; BORDINI, D. Articulação Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Atenção Básica à Saúde. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, CB. (Orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede.** 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 208-20.

DINIZ, S. G. M et al . Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, e57067, 2016.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 23-41, 2005.

DOMBI-BARBOSA C.; BERTOLINO, M. M. N.; FONSECA, F. L.; REIS, A. O. A. Conduas terapêuticas de atenção às famílias da população infantojuvenil atendida nos

Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) do Estado de São Paulo. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v. 19, n. 2, p. 262-8, 2009.

EMERICH, B. F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v.20, n.56, p.207-16, 2016.

EMERICH, B. F.; YASUI, S.; BARROS, A. C. F. Apoio matricial, formação e saúde mental: conversas necessárias para sustentar o SUS em tempos sombrios In: JORGE, M. S. B.; CARVALHO, M. R. R.; COSTA, L. S. P. (Org.). **Dispositivo do cuidado no contexto do matriciamento em saúde mental na atenção primária: articulações entre saberes e práticas**. - Fortaleza: EdUECE, 2018.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infantojuvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Espaço para a saúde**, v.10, n. 1, p. 34-46, 2008.

FERNANDES, A. D. S. A. **Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas**. 2014. 136 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional)-Universidade Federal de São Carlos, 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.** v. 24, n. 3, p. 977-90, 2016.

FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**; v. 41. N. 2, p. 251-9, 2007.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, v. 2, n.2, p. 121-36, 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família. In: FRANCO, T. B.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. (org). **A produção da subjetividade do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FERREIRA, V. S. C. (Orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, p. 19-44, 2009.

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**; v. 19, n. 56, p. 60-76, 2014.

FERREIRA, I. R. C.; VOSGERAU, D. S. R.; MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Cien Saude Colet**; v. 17, n. 12, p. 3385-98, 2012.

FREIRE, F.; SILVA, G.; RAMMINGER, T. Gênese da rede de atenção psicossocial no município de volta redonda-RJ: um olhar pela narrativa dos trabalhadores. **Ayvu: Rev. Psicol.** v. 01, n. 02, p. 166-82, 2015.

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 Saude Publica**. v. 34, n. 3, p. 1-12, 2018.

GERHARDT NETO, M. R.; MEDINA, T. S. S.; HIRDES, A. Apoio matricial em saúde mental na percepção dos profissionais especialistas: building a new paradigm. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 139-55, dez. 2014.

GOMES, F.; CINTRA, A.; RICAS, J.; VECCHIA, M. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. **Saúde Soc**, v. 24, n. 1, p. 244-58, 2015.

GUATTARI F. **Caosmose**. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992

GUATTARI, F.; ROLNIK, S: **Micropolítica**: Cartografias do desejo. Petrópolis, Editora Vozes, 1996. 6ª ed.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago, 2019.

HALFON N, HOUTROW A, LARSON K, NEWACHECK PW. The changing landscape of disability in childhood. **Future Child**. v. 22, p13-42, 2012.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-82, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=430040>. Acesso em: abril 2018.

JACOÉ, N. B.; AQUINO, N. M.; PEREIRA, S. C. L.; SOUZA, E. S.; SOUZA, F. C.; SANTANA, M. S.; et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. **Rev Méd Minas Gerais**; v. 24, n. Suppl 1, p. 43-8, 2014.

JAJU, S.; AL-ADAWI, S.; AL-KHARUSI, H.; MORSI, M.; AL-RIYAMI, A. Prevalence and age-of-onset distributions of DSM IV mental disorders and their severity among school going Omani adolescents and youths: WMH-CIDI findings. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**. v. 3, n. 1, 2009.

KANTORSKI, L. P. **CAPSUL – Avaliação dos CAPS da Região Sul do Brasil**: Relatório / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Ministério da Saúde; Coordenação Luciane Prado Kantorski. – Pelotas, 2007.

KANTORSKI, L. P. **Projeto de Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil (CAPSUL II)**. Pelotas, 2011.

KANTORSKI, L. P. (Coord.). **Redes que reabilitam - avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial (REDESUL): relatório final**. Pelotas: UFPEL, 2011.

KANTORSKI, L. P.; NUNES, C. K.; SPERB, L. C. S. O.; PAVANI, F. M.; JARDIM, V. M. R.; COIMBRA, V. C. C. A intersectorialidade na atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental (Online)**, v. 6, n. 2, p. 651-62, 2014.

KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2015. p. 32-51.

KATZ, I.; LUGON, R. Autismo, o campo das deficiências e as redes de atenção psicossocial (RAPS). In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, CB. (Org.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 232-45.

KULPA, S.; BADUY, R. S. A pesquisa e a construção dos pesquisadores em nós. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. V-1, 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis; 2016. 448 p.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, M. Y. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 615-34.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. **A análise Institucional**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: _____. (Org.) **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec; 2010. p.147-69.

LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; ARRIGONI, R.; LEAL, B. M. M. L. A chegada ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C. B. (Orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. 1. Ed. São Paulo: Hucitec; 2016. p. 69-86.

MACERATA I, SOARES JGN, RAMOS JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. **Interface (Botucatu)**; v. 18, n. 1, p. :919-30, 2014.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W. O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 1, p. 126-32, 2013.

MALHOTRA, S.; PATRA, B. N. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in India: a systematic review and meta-analysis. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**. v. 8, n. 1, 2014

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. “Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho”. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Org.). **Trabalho Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. Textos Reunidos. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. et al. “Redes vivas: multiplicidades girando existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde”. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, Out. 2014.

MEIRELLES, M. C. P. **Avaliação dos Processos de Gestão de uma Rede de Atenção Psicossocial à Luz da Teoria da Ação Comunicativa**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

MERIKANGAS KR, HE JP, BRODY D, FISHER PW, BOURDON K, KORETZ DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. **Pediatrics**; v. 125, n. 1, p. 75-81, 2010. DOI:10.1542/peds.2008-2598

MOEBUS, R. L. N. et al. **La desobediencia de las matronas**. Trabalho aprovado no VII CONGRESO IBEROAMERICANO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD, realizado em Setembro de 2016, Barcelona-Espanha.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2015.

NADEAU, L. et al. Partnership at the Forefront of Change: Documenting the Transformation of child and youth Mental Health Services in Quebec. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.21, n.2. May, 2012.

NESS, O.; BORG, M.; SEMB, R.; KARLSSON, B. “Walking alongside”. Collaborative practices in mental health and substance use care. **International Journal of Mental Health Systems**, v.8, n.55, 2014.

NESS, O.; KARLSSON, B., BORG, M., BIONG, S., SUNDET, R., MCCORMACK, B., et al. Towards a model for collaborative practice in community mental health care. **Scandinavian Psychologist**, v. 1, n. 6, 2014.

NORONHA, A. A.; FOLLE, D.; GUIMARÃES, A. N.; BRUM, M. L. B.; SCHNEIDER, J. F.; MOTTA, M. G. C. Percepções de familiares de adolescentes sobre oficinas terapêuticas em um centro de atenção psicossocial infantil. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 37, n. 4, e56061, 2016.

NUNES, C. K. **Atenção Psicossocial Infantojuvenil – interfaces entre a Rede Intersetorial**. 2014. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

NUNES, C. K. **As contribuições da Família no cuidado para a consolidação da Atenção Psicossocial**. Trabalho Acadêmico. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, n. 3, p. e54858, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice** [Internet]. Geneva: OMS; 2010 [citado 4 Abr 2019]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. **Prevención de la conducta suicida**. Washington, DC: OMS, OPAS; 2016.

ONU. Organização das Nações Unidas/ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. 1989.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde/OPAS. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde. 1990.

PAHO. Pan American Health Organization. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018**. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina; 2015.

PASSOS E, KASTRUP V, TEDESCO S. (Org.). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina; 2016.

PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.109-30.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p.17-31.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. In: PASSOS E, KASTRUP V, TEDESCO S. (org). **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina; 2016.

PAULA, C. S.; ZAQUEU, L.; VICENTE, T.; LOWENTHAL, R.; MIRANDA, C. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n. 3, p. 81-95, 2011.

PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; WISSOW, L.; BORDIN, I. A.; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescent in Brazil: Actions needed in public sector. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 3, p. 334-51, 2012.

PAULA CS, BORDIN IA, MARI JJ, VELASQUE L, ROHDE LA, COUTINHO ES. The mental health care gap among children and adolescents: data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. *PLoS One*, v. 9, n. 2, 2014, e88241. DOI:10.1371/journal.pone.0088241

PAULA, C., S.; COUTINHO, E. S.; MARI, J. J.; ROHDE, L. A.; MIGUEL, E. C.; BORDIN, I. A. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Rev Bras Psiquiatr**; v, 37, n. 2, p. 178-9, 2015.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.85-102, 2010.

PAULON, S. M.; LONDERO, M. F. P. **Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado** [recurso eletrônico]. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019. 216 p.

PETERSEN, I. et al. Lessons from case studies of integrating mental health into primary health care in South Africa and Uganda. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 5, n. 8, 2011.

PETRESCO, S., ANSEMI, L., SANTOS, I. S., BARROS, A. J. D., FLEITLICH-BILYK, B., BARROS, F. C., & MATIJASEVICH, A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. (2014).

PINHEIRO, P. S. Comunidades Quilombolas na região das antigas charqueadas: territórios negros e políticas públicas no município de São Lourenço do Sul, RS. **Cadernos do LEPAARQ** Vol. XI | n°22 | 2014.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTOS, V.C. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolutividade. **Ciên e Saúde coletiva**. v. 17, n. 3, p. 653-60, 2012.

PINTO, A. C. S.; LUNA, I. T.; SILVA, A. A.; PINHEIRO, P. N. C.; BRAGA, V. A. B.; ALVES E SOUZA, A. M. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 3, p. 555-64, 2014.

RAMIRES, V. R. R.; et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivo brasileiro de psicologia**. v. 61, n. 2, p. 1-14, 2009.

REIS, B. M.; LIBERMAN, F.; CARVALHO, S. R. Linhas de um fazer entre corpos: a cartografia, a dança, a clínica e uma experiência de pesquisa. **ILINX - Revista do LUME**. n. 7, 2015.

RIBEIRO, F. V. **Ações de prevenção de doenças e promoção de saúde realizadas em uma ESF de São Lourenço do Sul-RS**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, 2017.

RIBEIRO, D. S.; RIBEIRO, F. M. L.; DESLANDES, S. F. Saúde mental de adolescentes internados no sistema socioeducativo: relação entre as equipes das unidades e a rede de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**; v. 34, n. 3, 2018.

ROLNIK S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade. 2015

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n.2, p.166-173, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

ROMERO, M. L.; ZAMORA, M. H. Pesquisando cidade e subjetividade: corpos e errâncias de um flâneur-cartógrafo. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 21, n. 3, p. 451-461, jul./set. 2016.

ROSA, L. C. S. Trainee programs in social work in mental health: challenges for university-social work actions: an experiment in Capsi. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v.17, n. 2, p.251-80, 2008.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria de Saúde de São Lourenço do Sul, Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.saolourencodosul.rs.gov.br/>> Acesso em: 01 out. 2017.

SILVA, J. F.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Psychosocial teenage attention: the perception of CAPSij professionals. **Cad Bras Ter Ocup**. v. 26, n. 2, p. 329-43, 2018.

SILVEIRA, C. B., COSTA, L. S. P., JORGE, M. S. B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 19, p. 61-70, 2018.

SSEBUNNYA, J.; KIGOZI, F.; KIZZA, D.; NDYANABANGI, S. Integration of Mental Health into Primary Health Care in a rural district in Uganda. **Afr J Psychiatry**, v. 13, p.128-31, 2010.

SLOMSKI, A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. **JAMA**, n. 308, p. 223-5, 2012.

SPINDLER, M. M. **Roteiros turísticos no espaço Rural: estudo de caso do roteiro de Turismo Rural Caminho Pomerano em São Lourenço do Sul (RS), Brasil**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Turismo da Universidade de Caxias do Sul, RS, 2013.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 22, n. 6, 2017.

SOUZA FILHO, M. D. et al. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010.

SOUZA, A.C. **Estratégias de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: um movimento das marés.** São Paulo: Ed. Hucitec; 2015.

SPINOZA, B. **Ética.** Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a Atenção Básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 9, p. 1845-53, 2006.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 2, p. 477-86, 2009.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 208-16, 2014.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-47, 2015.

TAÑO, B. L. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e as práticas de cuidado para as crianças e adolescentes em intenso sofrimento psíquico.** 2014. 207 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

TEDESCO, S.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013.

TEIXEIRA, R. M.; JUCÁ, V. J. S. Caracterização dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do município de Salvador (BA). **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 70-84, 2014.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006 - 2011). **Estud psicol.** (Campinas), v. 32, n. 4, p. 695-703, 2015.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. Atenção Básica e o cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1933-19, 2017.

TSZESNIOSKI, L. C.; NÓBREGA, K. B. G.; LIMA, M. L. L. T.; FACUNDES, V. L. D. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciênc Saúde Colet**, v. 20, n. 2, p. 363-70, 2015.

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, 2014.

URADA, D. et al. Integration of substance use disorder services with primary care: health center surveys and qualitative interviews. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 9, n.15, 2014.

VICENTE, J. B.; MARCON, S. S.; HIGGARASHI, I. H. Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. e0370014, 2016.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1121-32, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>

WEITZMAN C, WEGNER L, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Council on Early Childhood, Society for Developmental and Behavioral Pediatrics, et al. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. **Pediatrics**; n. 135, p. 384-95, 2015.

WHO. World Health Organization. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. Genebra, World Health Organization; 2001.

WHO. World Health Organization . **Child and adolescent mental health policies and plans**. 2005. Retirado de http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf.

WHO. World Health Organization. **Atlas Child and Adolescent Mental Health Resources**. Global Concerns: implications for the future. Geneva, 2005.

WHO. World Health Organization. **World Organization of Family Doctors (WONCA)**. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva, Bangkok: WHO, WONCA; 2008.

WHO. World Health Organization. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. From manicomial logic to territorial logic: impasses and challenges of psychosocial care. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 400-8, 2016.

YASUI, S. **Vestígios, Desassossegos e pensamentos soltos: Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Tempos Sombrios**. Trabalho apresentado para obtenção do título de livre – docente em Psicologia e Atenção Psicossocial. Universidade Estadual Paulista – Campus de Assis, 2016.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 56-77, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da Pesquisa intitulada “**SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**” que tem como objetivo geral: Cartografar os movimentos, as linhas de forças e de fuga a partir da articulação entre o CAPSi e AB.

Trata-se de um estudo que entendemos que contribuirá para o avanço do conhecimento científico, formulação e implementação das Políticas Públicas de Saúde Mental, bem como a qualificação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes.

Para tanto serão realizadas entrevistas com os profissionais do CAPSi e da Atenção Básica que acompanham as crianças ou adolescentes que frequentam o CAPSi e observação com anotações em diário de campo. As entrevistas terão duração média de entrevista de 30 minutos, e serão realizadas no local de trabalho em data e horário pré-agendados pelos participantes.

Destaca-se que a pesquisa não possui riscos, nem procedimentos invasivos, contudo compreendemos a possibilidade de desencadear desconfortos e emoções advindas das etapas metodológicas do estudo (entrevista e observação). Deste modo, a pesquisadora se responsabilizará por providenciar a atenção necessária aos participantes, ou providenciará acompanhamento para a superação de possíveis conflitos, caso venham a apresentar algum agravo à saúde, em decorrência da pesquisa.

A pesquisa não prevê benefícios diretos aos participantes, mas a possibilidade de contribuir com a produção de conhecimentos na área da saúde mental infantojuvenil, além das reflexões necessárias ao ensino, pesquisa e práticas em saúde.

Todos os procedimentos adotados no estudo obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com seres Humanos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os arquivos de áudio gravados e as transcrições serão armazenados em CD-ROOM e HD externo ficando em poder da pesquisadora por cinco anos e após este período serão incinerados. Salientamos que a participação é voluntária, e todos os participantes terão garantidos o anonimato, o direito a desistir da pesquisa a qualquer momento e o livre acesso aos dados quando for de seu interesse. Serão seguidas as condutas éticas, o rigor com o tratamento dos dados e o compromisso ético quando da realização das entrevistas.

Desta forma, pelo presente consentimento, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Declaro que estou de acordo em participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário. Este formulário de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado por mim em duas vias ficando uma em meu poder e a outra com o pesquisador responsável pela pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

ASSINATURA DA ORIENTADORA DA PESQUISA: _____

OBS: Caso surja qualquer dúvida em relação à pesquisa, entre em contato com: Orientadora: Agnes Olschowsky. Email: agnes@enf.ufrgs.br. Pós-graduanda: Cristiane Kenes Nunes. E-mail: cris_kenes@hotmail.com. Telefone: (51)981711981 e Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS). Telefone: (51) 33083738

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Data:

Local:

- Ação/Atividade desenvolvidas
- Articulação dos serviços (os movimentos de articulação no território)
- Processos de trabalho das equipes (diálogo entre serviços e entre profissionais)
- Comportamento dos profissionais nos serviços (vínculo/acolhimento)
- Organização do fluxo de atendimento (movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação)
- Ações intersetoriais (inserção social do usuário no território, articulação com outros profissionais, parceria com outros equipamentos comunitários, clubes, associações culturais)
- Resolubilidade assistencial nas dimensões individual e coletiva do cuidado (dificuldades encontradas, estratégias de superação)
- atendimentos compartilhados (com quais profissionais, como é tomada essa decisão, discussão prévia e posterior do caso)
- Práticas coletivas, reuniões de equipe, discussão de casos, visita domiciliar, articulação com outros serviços (relacionados ou não à saúde mental)
- Atividades (ações individuais e coletivas em que os profissionais da saúde mental e AB estiveram envolvidos)

Relato da Observação:

Impressões e Considerações (notas de campo):

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS TRABALHADORES AB

Identificação:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Pós-Graduação:

Questões disparadoras:

1. Você poderia falar/descrever/ o trabalho realizado no serviço em relação à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico? Como acontece esse cuidado?

2. Quais são as formas de comunicação entre os serviços (AB com CAPSi)? Com quem, quando, em que situações vocês se falam para resolver os problemas?

3. Quais são os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes desse território?

4. Conforme as práticas cotidianas, quais são as limitações e desafios enfrentados nas práticas de cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico?

5. Diante do território que compartilham, como pensar um trabalho conjunto entre o CAPSi e a AB?

6. Além do CAPSi, AB, quais outros locais (serviços de saúde e outros setores) vocês consideram que contribuem no cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico?

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTAS
TRABALHADORES CAPSi**

Identificação:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Formação:

Pós-Graduação:

Questões disparadoras:

1. Você poderia falar/descrever/ o trabalho que realizam em conjunto com a AB em relação à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico? Como acontece esse cuidado?
2. Quais são as formas de comunicação entre os serviços (CAPSi com AB)? Com quem, quando, em que situações vocês se falam para resolver os problemas?
3. Quais são os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes desse território?
4. Conforme as práticas cotidianas, quais são as limitações e desafios enfrentados nas práticas de cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico?
5. Diante do território que compartilham, como pensar um trabalho conjunto entre o CAPSi e a AB?
6. Além do CAPSi, AB, quais outros locais (serviços de saúde e outros setores) vocês consideram que contribuem no cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico?

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**Autorização da Secretária Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul para a
realização da pesquisa**

Ilma Sra. Arita Gilda Hubner Bergmann

MD - Secretária Municipal de Saúde

São Lourenço do Sul, ____ de _____ de 2017.

Prezada Senhora

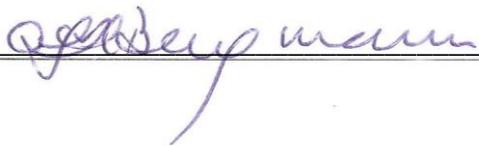
Ao cumprimentá-la cordialmente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e os serviços de Atenção Básica do município, a qual servirá para a construção da Tese de Doutorado em Enfermagem requerida pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o título: **“SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL”** parte do requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem da doutorada Cristiane Kenes Nunes, CPF: 00875371094, matrícula 00259301, e orientado pela Profa. Dra. Agnes Olschowsky. Tal investigação tem como objetivo geral: Analisar a articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e a Atenção Básica (AB) para promover a atenção psicossocial.

Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no estudo, em consonância a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Solicitamos, respeitosamente, na concordância do desenvolvimento da pesquisa, assine este documento. Ressaltamos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Cristiane Kenes Nunes
Fone: (51) 98171-1981
Email: cris_kenes@hotmail.com

Agnes Olschowsky
Fone: (51) 99653-8685
Email: agnes@enf.ufrgs.br

Ciente. De acordo.  Data ___/___/___

ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DE SAÚDE MENTAL

Autorização do Coordenador de Saúde Mental do Município de São Lourenço do Sul para a realização da pesquisa

Ilmo Sr. Flávio José Machado Resmini

MD - Coordenador de Saúde Mental

São Lourenço do Sul, ____ de _____ de 2017.

Prezado Senhor

Ao cumprimentá-lo cordialmente, solicitamos que seja apreciada a possibilidade de realizar uma pesquisa junto ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e os serviços de Atenção Básica do município, a qual servirá para a construção da Tese de Doutorado em Enfermagem requerida pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o título: **“SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL”** parte do requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem da doutorada Cristiane Kenes Nunes, CPF: 00875371094, matrícula 00259301, e orientado pela Profa. Dra. Agnes Olschowsky. Tal investigação tem como objetivo geral: Cartografar os movimentos, as linhas de forças e de fuga a partir da articulação entre o CAPSi e AB. Assumimos desde já, o compromisso ético de resguardar todos os sujeitos envolvidos no estudo, em consonância a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que trata de Pesquisa envolvendo Seres Humanos e com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, capítulo III, artigos 89, 90,91 e artigos 94 e 98.

Solicitamos, respeitosamente, na concordância do desenvolvimento da pesquisa, assine este documento. Ressaltamos que o tema é relevante e pode trazer contribuições para qualificar o atendimento e as políticas de saúde mental para a infância e adolescência. Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradecemos, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

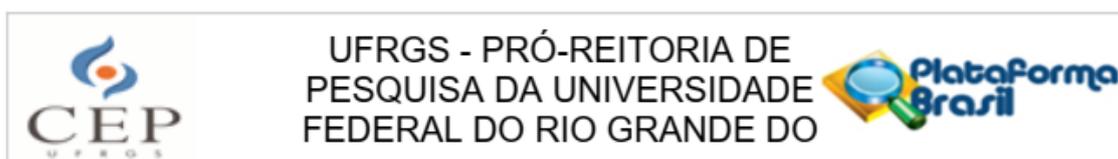
Cristiane Kenes Nunes
Fone: (51) 98171-1981
Email: cris_kenes@hotmail.com

Agnes Olschowsky
Fone: (51) 99653-8685
Email: agnes@enf.ufrgs.br

Flávio José Machado Resmini
Coordenador de Saúde Mental
SMS - São Lourenço do Sul/RS

Ciente. De acordo. _____ Data ___/___/___

ANEXO III – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOBRE CARTOGRAFAR A ARTICULAÇÃO ENTRE O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL E A ATENÇÃO BÁSICA: UM PERCURSO PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76389817.7.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.350.300

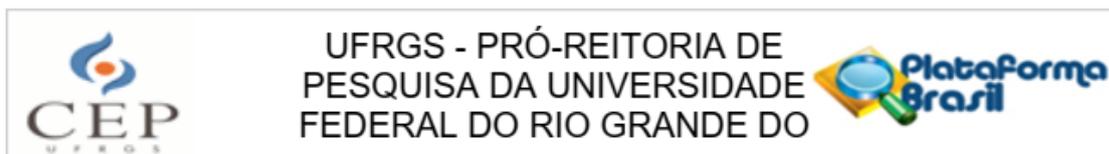
Apresentação do Projeto:

Trata-se de retorno de diligência do projeto de doutorado de CRISTIANE KENES NUNES do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS.

A pesquisadora busca compreender a Atenção Básica (AB) componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), "como um dos pontos de atenção estratégico para o cuidado em Saúde Mental da Criança e Adolescente (SMCA),[...] possibilitando assim, um cuidado ampliado para além dos serviços de saúde mental especializados", Acrescenta que a "pesquisa se justifica pela necessidade de investir em dispositivos que extrapolem o cuidado especializado, de conhecer as possibilidades e dificuldades assim como os desafios para a articulação entre o CAPSi e a Atenção Básica para a continuidade da atenção psicossocial".

Caracteriza-se como pesquisa qualitativa com abordagem cartográfica. Cartografia "sustenta-se nas ideias de Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011) surge como um princípio de rizoma significando fluxos de intensidades, conexões que produzem a realidade social". Para Paulon e Romagnoli (2010) a cartografia é "como um mapa aberto que vai se desenhando pelas conexões que o campo de pesquisa oferta", produzindo sentidos, mergulha "nos afetos que permeiam as

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.300

relações provocadas pelos encontros”.

Cenário será o CAPSi e todas as suas conexões de articulação com os serviços de AB do Município de São Lourenço do Sul. Participantes serão os trabalhadores do CAPSi e da Atenção Básica totalizando 40.

Para coleta de informações serão utilizadas observações, entrevistas e o diário de campo.

Para análise será empregado a Esquizoanálise que “parte da análise das linhas, de concepções de subjetividades”. Segundo Deleuze e Guattari (2011) a Esquizoanálise “não incide em elementos nem em conjuntos, nem em sujeitos, relacionamentos e estruturas. Mas, sim em linhas que se atravessam, que transversalizam tanto os grupos quanto os indivíduos.”

As questões éticas referentes a pesquisa com seres humanos foram respeitadas.

Objetivo da Pesquisa:

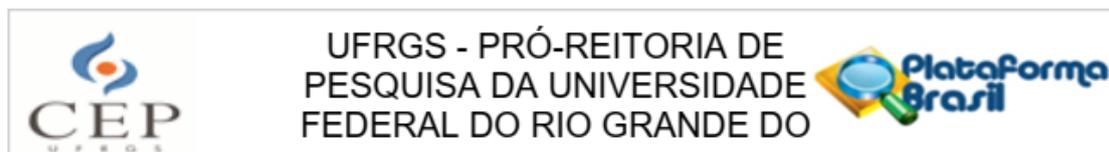
Cartografar os movimentos, as linhas de forças e de fuga a partir da articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil-CAPSi e a Atenção Básica-AB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras referem que a pesquisa “não possui riscos, nem procedimentos invasivos, contudo compreendemos a possibilidade de desencadear desconfortos e emoções advindas das etapas metodológicas do estudo (entrevista e observação). Deste modo, as pesquisadoras se responsabilizarão por providenciar a atenção necessária aos participantes ou acompanhamento para a superação de possíveis conflitos, caso venham a apresentar alguma gravo à saúde, em decorrência da pesquisa”

Quanto aos benefícios descrevem que a pesquisa “prevê como benefícios para os participantes a possibilidade de contribuir com a produção de conhecimentos na área da saúde mental infantojuvenil, além das reflexões necessárias ao ensino, pesquisa e práticas em saúde”. Os benefícios apresentados não referem-se aos participantes, sendo portanto benefícios indiretos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.300

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresenta mérito técnico-científico, com relevância social e os resultados poderão contribuir na consolidação dos princípios do SUS na Atenção a Saúde Mental da criança e adolescente. Referencial teórico e metodologia são pertinentes e apropriados aos objetivos da pesquisa. Procedimentos metodológicos estão descritos em detalhes.

As pesquisadoras enviaram carta indicando as alterações realizadas, conforme orientação do CEP.

O número de participantes foi adequado no projeto (25 trabalhadores da Atenção Básica e 15 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil);

Os benefícios foram adequados na Plataforma Brasil e no TCLE;

Cronograma e orçamento foram ajustados na Plataforma Brasil;

A frase do item 4.4 foi revista.

As informações CEP-UFRGS foram inseridas no TCLE (telefone 33083738);

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém informações pertinentes sobre a pesquisa, com redação clara e objetiva.

Apresenta Carta de anuência da Secretária de Saúde e do Coordenador de Saúde Mental do Município de São Lourenço do Sul.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.300

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_992156.pdf	05/10/2017 23:10:27		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AO_PARECER_SOLICITADO_NO_COMITE_DE_ETICA_EM_PESQUISA.doc	05/10/2017 23:07:15	Cristiane Kenes Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.doc	05/10/2017 23:02:01	Cristiane Kenes Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.doc	05/10/2017 23:01:23	Cristiane Kenes Nunes	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	05/10/2017 23:01:00	Cristiane Kenes Nunes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	05/10/2017 23:00:33	Cristiane Kenes Nunes	Aceito
Outros	AutorizacaodaSecretariadeSaude.pdf	12/09/2017 19:03:37	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	AutorizacaoCoordenadordeSaudeMental.pdf	12/09/2017 19:03:07	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	OFICIO_APRESENTACAO_CEP.doc	12/09/2017 19:00:36	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	RoteirodeObservacao.doc	12/09/2017 18:59:36	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistasTrabalhadoresCAPSi.doc	12/09/2017 18:48:12	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevistasTrabalhadoresAB.doc	12/09/2017 18:47:45	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	PARECERCONSUBSTANCIADOCOMPESQ.pdf	12/09/2017 18:41:42	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	12/09/2017 18:34:51	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.350.300

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Outubro de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)