

Simone Mainieri Paulon
Mário Francis Petry Londero
ORGANIZADORES

Série Atenção Básica e Educação na Saúde



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O PESQUISAR COMO CUIDADO

e-livro
SUSTENTABILIDADE
editora redeunida

FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE
www.redeunida.org.br

editora

redeunida

1ª Edição
Porto Alegre
2019

editora

redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz Narciso Moebus - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto Gráfico | Capa | Edição Imagem Capa | Diagramação

Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S255 Saúde mental na Atenção Básica: o pesquisar como cuidado [recurso eletrônico] / Simone Mainieri Paulon e Mário Francis Petry Londero, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019. 216 p. : il. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-54329-21-1

DOI: 10.18310/9788554329211

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Educação permanente. 4. Atenção primária à saúde. 5. Pesquisa em saúde. 6. Promoção da saúde. I. Paulon, Simone Mainieri. II. Londero, Mário Francis Petry.

CDU: 614

NLM: WM105

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



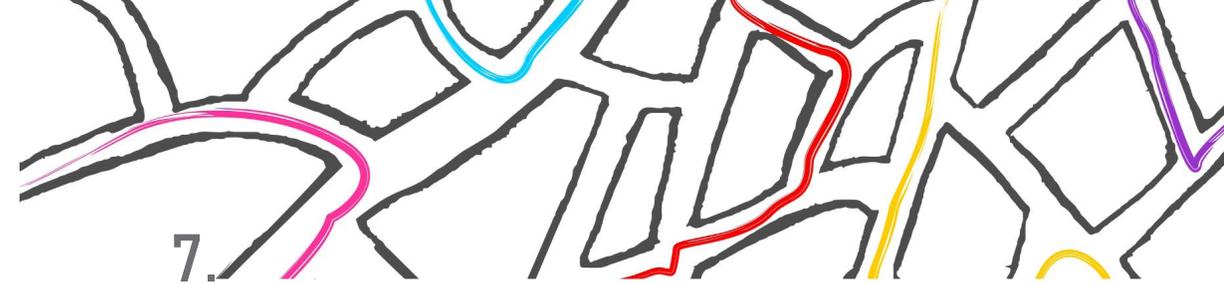
SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p.2753-2762. 2011.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, M. Epistemologias do Sul. *Revista Lusófona de Educação*, n. 13, p.183-189. 2009.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. _____ (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-74.

VIANA, A. L. D. et al. Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p.413-422. 2015.



7. A PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: das Potencialidades da Atenção Básica³⁵

Dafni de Melo
Rosemarie Gartner Tschiedel

A saúde mental da criança e do adolescente ainda é um tema relativamente recente para as políticas públicas de saúde no Brasil, pois existe o reconhecimento de uma lacuna no que se refere ao cuidado à população infanto-juvenil em sofrimento psíquico (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO; DELGADO, 2015). Historicamente, em nosso país, adotamos uma direção de cuidado para as crianças e adolescentes pautada por uma lógica predominantemente punitiva e não efetivamente de cuidado. A institucionalização, com medidas de internação como principal instrumento, consistia na principal diretriz de uma assistência a essa população, apresentando vocação reparadora, adaptativa e punitiva. Tal institucionalização direcionava-se, principalmente, para crianças e adolescentes pobres, partindo de ações de criminalização e patologização da pobreza, como resultados de processos históricos de segregação racial e social (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO, 2004; COUTO; DELGADO, 2015).

Embora não haja uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil consolidada, as bases para tanto já estão estabelecidas por meio de princípios e diretrizes gerais (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) que apontam as estratégias nas quais devemos investir. A constituição de uma rede intersetorial e integrada de serviços é um passo essencial para a constituição dessa Política (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COUTO; DELGADO, 2016). A Atenção Básica, por sua vez, consiste em um privilegiado ponto dessa rede, em parte devido à sua função de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e sua inserção no território, mas igualmente em função

³⁵ Este capítulo se origina da pesquisa de dissertação intitulada “O cuidado à saúde mental da criança em uma Estratégia de Saúde da Família”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

do potencial de efetivação da integralidade do cuidado ao usuário (LANCETTI; AMARANTE, 2012; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse capítulo, visamos a apresentar a pesquisa de mestrado que buscou analisar o cuidado que pode ser construído para a saúde mental da criança, no espaço da Atenção Básica, mais especificamente, em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A mencionada investigação se deu por meio da metodologia da pesquisa-intervenção, orientada pelas ferramentas conceituais da Análise Institucional, com a produção de encontros de grupo focal com os trabalhadores de uma ESF. Inicialmente, deparamo-nos com um não lugar para a criança nas ações de saúde mental desse serviço, essa não se constituía como um sujeito usuário da atenção básica, no que concerne à saúde mental. O foco estava colocado apenas na possibilidade de atender à criança, que necessitasse de um cuidado em saúde mental, na atenção especializada, não cabendo isso a uma ESF. Entretanto, criaram-se condições para que emergisse outro discurso acerca de um cuidado em saúde mental voltado para a criança, com o resgate de ações - já implementadas no passado dessa equipe de Estratégia de Saúde da Família - que se estabeleceram igualmente enquanto práticas de promoção de saúde. Desse modo, ressaltamos o potencial da Atenção Básica na promoção do cuidado à saúde mental da criança a partir das peculiaridades desse âmbito da saúde, como a longitudinalidade, o vínculo, a atenção às necessidades de saúde da população e o trabalho em território dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Política de Saúde Mental Infante-Juvenil: traçado histórico

Couto e Delgado (2015) expõem o panorama brasileiro acerca da agenda política construída para assistir as crianças com sofrimentos psíquicos severos e persistentes. Os referidos autores apresentam a constatação de que constituímos em nosso país, durante o período do século XX, uma agenda política para dar conta dos problemas da pobreza e do abandono, em suas sobreposições com a carência e a “delinquência”, por meio da institucionalização destas crianças. Assim como nos processos de institucionalização dos adultos que, sob a marca da loucura, foram enclausurados em hospitais psiquiátricos, as crianças são também institucionalizadas e enclausuradas, no entanto, sob a marca da pobreza.

Tal configuração mirava a figura do menor – a infância em perigo e perigosa se constitui como alvo destas políticas públicas (COUTO; DELGADO, 2015).

Antes de se constituir como o menor perigoso, a criança ocupou, no cenário da sociedade brasileira, um lugar de instrumento do poder patriarcal – considerando as diferentes posições das crianças brancas livres, com a possibilidade de se tornarem aquelas a perpetuar o poder patriarcal, e das crianças negras escravizadas, com a função de sustentarem o poder patriarcal com seu trabalho. As primeiras foram educadas sob a moral cristã, para que se tornassem adultos responsáveis, ainda que fossem meros objetos a serviço do desejo e da vontade paterna, durante suas infâncias (COSTA, 2004; DEL PRIORE, 2010). Diferentemente, as segundas eram educadas tendo o trabalho como um fim, sendo isso também estabelecido pelas relações que as crianças brancas estabeleciam com as crianças negras, reproduzindo a lógica escravocrata por meio de humilhações e de violência física (GOÉS; FLORENTINO, 2010).

A introdução da medicina higienista no Brasil, no contexto da transformação do país em Estado autônomo, provocou mudanças na configuração do lugar ocupado pela criança. Assim, ela passa a ser objeto não somente do poder paterno patriarcal, mas também do saber médico o qual intervém diretamente no modo dos pais cuidarem e educarem seus filhos. Costa (2004) aponta que se constitui uma espécie de troca de favores entre a medicina e o Estado, de maneira que as famílias de elite apoiassem o Estado recém constituído, como resultado das intervenções higienistas no espaço da intimidade da família. Essa nova posição da criança, investida do saber médico que visa a prolongar sua vida e sua saúde, incorpora os sentimentos de esperança e de promessa de futuro à semelhança da recente nação que havíamos acabado de nos tornar. Esse papel da criança saudável e feliz e a promessa de um adulto análogo (CORAZZA, 2004), é reservado apenas para as crianças brancas e da elite. Ainda assim, olha-se para o sujeito adulto que essa irá se tornar e não para o sujeito criança do momento. Para as demais crianças, é construída uma nova figura, a do menor.

A criança como menor surge como parte do incremento dos processos de urbanização e industrialização, concomitante à intensificação da pobreza. Segundo Couto e Delgado (2015), os Códigos de Menores consolidaram o binômio carência/delinquência, sobrepondo-se o ato infracional ao abandono, sendo esta

a marca do Modelo Tutelar de Justiça Juvenil. Com o Código de Menores de 1927, “o Estado escolhe educar pelo medo” (PASSETI, 2010, p.309) ao eleger as políticas de internação como o caminho para o ‘cuidado’ e ‘proteção’ das crianças abandonadas e infratoras. Já a Política Nacional de Bem-Estar do Menor e o Código de Menores de 1979, adotou uma metodologia baseada no conhecimento biopsicossocial que considerasse todas as condições que englobassem a vida das crianças e adolescentes (PASSETI, 2010). Conforme refere o autor, pretendia-se modificar o comportamento destes sujeitos pela educação em reclusão, como objetivo último de formar um indivíduo para a vida em sociedade. Paseti (2010) pontua, entretanto, que o projeto trazido pelo paradigma biopsicossocial do Código de Menores de 1979 não foi efetivo em diminuir a cultura de violência, como se pretendia, mas foi efetivo apenas em estigmatizar crianças e jovens moradores das periferias como “menores perigosos”. Por conseguinte, incrementam-se os processos de segregação social e racial sem a construção de uma política social que se ocupasse de cuidar dos sofrimentos psíquicos das crianças e de modificar a permanente condição socioeconômica desigual. Tem-se como resultado a criminalização da pobreza.

Mirando especificamente no que poderiam ser consideradas políticas de cuidado para a saúde mental infantil, temos a constituição de um saber psiquiátrico sobre a infância que se deu a partir da personagem da “criança imbecil” e não da “criança louca” (LOBO, 2015). A partir da análise de estudos e pesquisas realizadas no Brasil, em meados do século XIX e início do século XX, Lobo (2015) percebe nesses um empenho em confirmar a não existência da loucura na infância. A autora compreende que, considerando esse empenho, foram construídas as ideias da “idiotia” como uma fase inicial da vida ou ainda de uma propensão das crianças em desenvolver tal condição. Sendo assim, a psiquiatrização da infância passou primeiramente pela educação, pois indicavam-se os especialistas da educação para as crianças que eram consideradas “idiotas”. Lobo (2015) ressalta a ideia de que as figuras das anormalidades infantis emergiram pela justificativa da “prevenção e controle do fardo e perigo social” (p. 201), de maneira que podemos perceber uma conexão entre os processos de criminalização da pobreza mencionados anteriormente.

Descortina-se, nas últimas décadas, a possibilidade de construirmos um novo cenário para o cuidado da saúde mental da criança que se baseie na concepção

da criança como um sujeito e não mero objeto. Avaliamos inclusive, que isso se constitui como um desafio para a atuação nas políticas públicas: operar práticas de cuidado que considerem a criança um sujeito. As condições que possibilitaram tal mudança do lugar da criança se devem à inauguração de outro modelo da matriz de leitura de nosso Estado. Perante os problemas da criança (COUTO; DELGADO, 2015), a partir da promulgação da Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, adotando a Doutrina da Proteção Integral (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010a).

Panorama Atual: o que temos consolidado e os desafios atuais

Os processos da Reforma Psiquiátrica apresentam uma acentuada defasagem no que diz respeito à criança e ao adolescente, pois, como Couto e Delgado (2015) nos situam, tais processos significaram a superação da ausência total de projetos de cuidado e da desassistência. Foi apenas com a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001, que a saúde mental da criança e do adolescente emergiu como uma questão relevante. Em seu relatório final, indica-se com contundência a necessidade da criação e fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente, assim como se enfatiza a urgência da criação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, sendo este eleito como um foco prioritário das discussões daquele ano (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A Portaria GM Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, define e estabelece as diretrizes para a implantação e funcionamento do CAPS, criando o Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência (CAPSi). Pela primeira vez, se estabelece um serviço de atenção psicossocial voltada para o público infanto-juvenil. Já a Portaria Nº 3.088, 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresentando todos os serviços que a compõe: Atenção Básica em saúde (Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas, Estratégia de Saúde da Família), Atenção Psicossocial Especializada (Centro de Atenção Psicossocial, em suas diferentes modalidades), atenção de urgência e emergência, atenção hospitalar e atenção residencial de caráter temporário (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Essa mesma Portaria que estabelece a

RAPS enfatiza a promoção de cuidados em saúde para os grupos mais vulneráveis, inclusive nessas as crianças e os adolescentes (BRASIL, MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2011). Desse modo, a rede de saúde que deve atender ao público infanto-juvenil já se encontra definida nas legislações brasileiras, em seus parâmetros populacionais de implantação e orientações gerais de funcionamento.

A publicação “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) estabelece as diretrizes e princípios para conduzir uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil ainda a ser construída. Sendo este o desafio na assistência à saúde mental da criança e do adolescente brasileiros: a própria construção dessa política (BRASIL, MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2005). Como um princípio primeiro e essencial para a efetivação desse cuidado, é preciso considerar a criança e o adolescente como sujeitos, o que implica na compreensão desses como sujeitos de direito, possuidores do direito ao cuidado, e igualmente implica em reconhecer seu sofrimento em sua singularidade, próprio àquele sujeito e à condição em que se encontra. O acolhimento universal e o encaminhamento implicado são dois princípios que estão imbricados, uma vez que visam a garantir a responsabilização do cuidado, independentemente do local no qual este ocorra, assim como busca a legitimação, por parte do profissional, da demanda daquele que buscou ajuda, escutando sua demanda e acompanhando, posteriormente, o encaminhamento realizado. O território como lugar psicossocial do sujeito se configura como um princípio, posto que o cuidado deve ser situado no contexto de vida da criança ou do adolescente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Como fundamentais princípios para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, a construção permanente da rede e a intersetorialidade do cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) estão estreitamente interligados, ao considerarmos a complexidade inerente à infância e à adolescência. A intersetorialidade é ponto essencial e nevrálgico para esta política. Nevrálgico pelo intrincado de sua constituição ao envolver diversos setores e atores, ainda assim, se configura essencial, uma vez que a vida das crianças e adolescentes percorre serviços de diferentes setores que podem se constituir como importantes espaços de atenção e cuidado, independentemente da natureza de seu objetivo. Couto e Delgado (2016) ressaltam que o processo de implantação de uma Política de

Atenção à Saúde Mental Infanto-Juvenil tem passado por duas ações consideradas estratégicas: a primeira consiste na oferta dos CAPSi e a segunda consiste na “construção de estratégias para articulação da saúde mental com os setores historicamente envolvidos na assistência à infância” (p.164).

As “diretrizes operacionais para os serviços de saúde para crianças e adolescentes têm por objetivo apresentar alguns pontos norteadores para todo e qualquer serviço de saúde que se proponha a prestar atenção a crianças e a adolescentes” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.15). Dessas diretrizes, destacamos o reconhecimento da legitimidade da demanda daquele que busca o cuidado, o que nos remete à importância da Lei Nº 8.069 com a introdução da Doutrina de Proteção Integral, considerando a criança e o adolescente como sujeito de direitos (BRASIL, CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2010). A afirmação de que a criança e o adolescente devem ser considerados como sujeitos não é leviana, é justamente isso que poderá possibilitar a efetiva construção de um cuidado que possa diferir radicalmente do que viemos oferecendo ao público infanto-juvenil nos últimos séculos. Lobo (2015) aponta o esforço dos médicos psiquiatras dos séculos passados em estabelecer que a criança não estaria passível à loucura, mostrando como tem sido construído nosso imaginário social e cultural apartando a criança deste enigma da loucura. De maneira que, como pontua Couto (2004), precisamos operar a desconstrução deste “mal-entendido da saúde mental”, de que a criança não sofre ou adocece. Considerar a criança como sujeito implica que ela possa se responsabilizar como tal, inclusive se responsabilizar por seu sofrimento e sua demanda de saúde mental (COUTO, 2004; BRASIL, 2005). Outra diretriz interessante de ser ressaltada é a chamada ao comprometimento dos responsáveis pela criança ou adolescentes no processo do cuidado a ser realizado pelos serviços, o que exemplifica a complexidade da atenção à infância e adolescência, mencionada anteriormente.

A III CNSM também instituiu a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, com a promulgação da Portaria MS/GM Nº 1.608, de 03 de agosto de 2004, considerando a necessidade de ampliação da rede assistencial e a alta prevalência dos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As recomendações e relatórios oriundos das reuniões deste Fórum focalizaram algumas das questões mais

problemáticas deste campo, como a institucionalização de crianças e adolescentes em abrigos, em medidas socioeducativas e em instituições psiquiátricas.

O panorama atual do cuidado à saúde mental da criança assim está configurado, no que concerne ao registro legislativo e de orientações do Ministério da Saúde, sem uma política organizada e estruturada, mas com as bases para tanto e com a composição da rede de serviços definida. Entretanto, enfrentamos sérios desafios no que tange à construção dessa rede, seja com a implantação e expansão dos serviços em si, seja com a efetivação do cuidado à saúde mental da criança nos serviços já existentes.

Contam-se mais de quinze anos da publicação da Portaria GM Nº 336 e ainda assim a quantidade de CAPSi implantados é muito aquém da necessidade e até mesmo do que é indicado, considerando os critérios populacionais estabelecidos pela republicação da Portaria 3.088 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). De acordo com dados recentes, 65% dos municípios que se enquadram como aptos para dispor de Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil não contam com esse. Do mesmo modo, os demais serviços que compõem a RAPS e que devem atender a essa população, encontram-se distribuídos de forma desigual pelo território nacional, existindo em número insuficiente (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018).

Avaliando a implantação dos quatro pontos da RAPS (Atenção Primária em Saúde, APS, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção Residencial de Caráter Transitório e Atenção Hospitalar) voltados para o público infanto-juvenil, apenas três municípios no país contam com essa estrutura (Teresina, no Piauí, Janaúba, em Minas Gerais e Sorocaba, em São Paulo), enquanto que 144 municípios, pelos critérios, poderiam possuir essa rede (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). Quanto à presença de equipamentos da APS, Atenção Psicossocial Especializada e Atenção Hospitalar simultaneamente, somente 34 municípios são cobertos com esses e 45,2% se encontram na Região Sul (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). Couto, Duarte e Delgado (2008) afirmam que foi realizado um maior investimento na expansão da cobertura de CAPSi nos centros urbanos, ao compararmos com décadas passadas, no entanto, analisando dados atualizados, Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018) demonstram que são poucas as cidades que

contam com mais de um serviço dessa natureza – Fortaleza, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Campinas, Sorocaba, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

Previamente ao acesso às informações da pesquisa de Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018), ao ponderarmos sobre a rede de saúde mental voltada para o público infanto-juvenil presente na cidade de Porto Alegre, apontávamos o quão aquém essa se constituía com apenas três CAPSi em uma capital estadual com população estimada de 1.484.941 pessoas, no ano de 2017 (IBGE, 2017). Com esses dados atualizados, é possível colocar em perspectiva a situação de Porto Alegre, nesse quesito, ficando evidente que, apesar da rede ainda incipiente e também insuficiente, a cidade se encontra com ‘boa’ cobertura, em um contexto nacional de distribuição díspare da rede de atenção psicossocial, sendo uma das nove cidades no país que possui mais de um CAPSi, conforme já informado (MACEDO; FONTENELE; DIMENSTEIN, 2018). De acordo com a análise desses autores acerca da expansão da RAPS, sob a perspectiva da regionalização do SUS, a região Sul encontra-se em situação privilegiada ao compor os grupos caracterizados como de “médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços” e “alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços” (idem).

O cuidado à Saúde Mental e a Atenção Básica

A Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, se configura como uma das principais referências para a construção de nosso Sistema de Saúde, em suas primeiras experiências de serviços municipais de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), definindo algumas das bases sobre as quais se assentam a Atenção Básica no Brasil. Nessa, é colocada ênfase sobre a responsabilização dos governos acerca da saúde dos povos por meio de ações que incidam nas questões sociais que influenciam a saúde, reiterando-a como um direito humano (idem). Difunde-se a noção de que, como função da Atenção Primária à Saúde, se encontra a promoção da integralidade e a acessibilidade (ibidem). Pontua-se a participação da comunidade como precípua fator da APS, configurando uma composição de saberes que são valorizados para além dos saberes biomédicos, como um contraponto ao elitismo médico (ibidem). Starfield (2002) resalta algumas características principais que percebemos como concretizadas em nosso Sistema de Saúde, sejam elas: espaço de primeiro contato,

longitudinalidade do cuidado, integralidade, coordenação da atenção, orientação para a comunidade e centralidade na família.

A Atenção Básica construída com o Sistema Único de Saúde assenta-se nos princípios acima citados, e se configura como tal especialmente pela implantação dos programas Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo estes essenciais para a consolidação do SUS e para a ampliação da capacidade de agência sobre os determinantes gerais do processo de saúde-doença da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Considera-se a AB como a estratégia central de organização do SUS (SILVA, et al, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Essa organiza-se a partir de seu território adstrito, sobre o qual deve planejar e programar ações a fim de atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, construindo relações de vínculo e responsabilização para com a comunidade, de modo a se promover a participação desta (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). De acordo com alguns dos princípios estabelecidos em Alma-Ata, as funções da Atenção Básica no SUS são a ordenação de redes e a coordenação do cuidado, assim como se constituir como base, sendo resolutiva (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O espaço da AB é privilegiado para o cuidado em saúde mental seja para aqueles sujeitos que já se encontram em acompanhamento nos serviços especializados de saúde mental ou para aqueles que não o são (LANCETTI; AMARANTE, 2012; DELFINI; REIS, 2012). A proximidade dessas equipes com a população e com os demais serviços do território, a tendência a gerar menos estigma, um vínculo maior e mais intenso e a fácil acessibilidade são alguns dos motivos pelos quais o espaço da Atenção Básica se configura como importante espaço de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; DELFINI; REIS, 2012; LANCETTI; AMARANTE, 2012; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; TSZENIOSKI et al, 2015).

No que concerne à criança, em específico, a Estratégia de Saúde da Família, junto com a escola, configuram-se como os serviços de maior presença em todas as regiões do país, considerando a rede de serviços que atende à população infanto-juvenil (COUTO, DUARTE; DELGADO, 2008). A cobertura de ESF no Brasil chega a 58% dos municípios (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). O Relatório da Pré-Conferência Infância e Adolescência (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2002), realizada previamente à III CNSM, ao tratar das políticas intersetoriais, refere a prioridade da construção de uma política intersetorial, “evitando-se o discurso onipotente que pressupõe a resolução de todos os problemas da infância e adolescência através de uma rede exclusiva de saúde mental”. Da mesma forma, Couto e Delgado (2016), ao explicitarem as duas ações estratégicas do processo de implantação de uma política de saúde mental para a população infanto-juvenil, enfatizam que a organização da rede não deve ficar restrita à oferta de serviços de saúde mental.

No entanto, necessitamos de atenção com a republicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) e as mudanças efetivadas. Estabeleceu-se uma flexibilização do número de ACS para a composição das equipes de ESF e da cobertura populacional dessa. Compromete-se, assim, o cumprimento do princípio da universalidade e da acessibilidade, uma vez que os critérios para a flexibilização da cobertura da ESF, apesar da justificativa de acolher as especificidades locais, acabarão à cargo da decisão final da gestão (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Percurso metodológico

Conforme mencionado, essa investigação se deu por meio da pesquisa-intervenção como método, sendo um modo de fazer pesquisa que pretende constituir-se como um dispositivo de transformação da realidade e, do mesmo modo, de transformação das próprias práticas de se fazer pesquisa e de produzir conhecimento (ROCHA; AGUIAR, 2007; BARROS; CÉSAR, 2015). As ferramentas conceituais da Análise Institucional balizam nossa intervenção e produção de dados, uma vez que o movimento institucionalista, em seus pressupostos, possibilita as referidas transformações ao desenvolver um conjunto de ferramentas e conceitos não apenas para a análise das instituições, mas para a intervenção nessas (LABBATE, 2003). Igualmente, ao não efetuar uma separação entre o momento da construção do conhecimento da pesquisa e a prática da pesquisa em si (LOURAU, 1993). A proposição de uma pesquisa-intervenção no cenário dos serviços e políticas públicas de saúde se alinha ao nosso compromisso como pesquisadoras que apostam e investem na

consolidação do Sistema Único de Saúde, buscando contribuir para a construção de diretrizes para tanto (JESUS, 2013).

A intervenção compôs-se com a realização de cinco encontros de grupo focal com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Porto Alegre, nos momentos de reunião de equipe dessa. Participaram da pesquisa os seguintes profissionais: enfermeira, agente comunitária de saúde, técnica de enfermagem, dentista e estagiária de odontologia - com treze participantes ao total. O grupo focal operou enquanto dispositivo de restituição à equipe, a cada encontro propúnhamos um debate a partir da discussão do encontro anterior. Assim, foi possível aos participantes construir reflexões oriundas dos próprios discursos, deslocando-os nos momentos propícios ao ponderarem sobre suas práticas de cuidado da saúde mental da criança.

A questão de qual o cuidado que pode ser construído para a saúde mental da criança na AB guiou todos os encontros. As discussões produzidas focaram nas práticas dos profissionais de saúde na atenção voltada para as crianças moradoras do seu território. O que inicialmente se constituía como um espaço que parecia árido de possibilidades para o cuidado à criança, foi se enriquecendo a partir do resgate de ações já realizadas, promovendo o reconhecimento das capacidades e conhecimentos dos profissionais da Atenção Básica. Destacamos nesse capítulo uma ação discutida pelo grupo de participantes que ilustra as criativas possibilidades da ESF no cuidado à saúde mental da criança.

Agente Comunitário Mirim – promoção de saúde mental infantil

Como já assinalado, durante os primeiros grupos, ao serem questionados sobre quais práticas de cuidado poderiam ser implementadas para a saúde mental das crianças, os participantes se mostravam reticentes. Referiam-se majoritariamente ao encaminhamento, via matriciamento, para a rede especializada e percebiam-se não qualificados para operar esse cuidado. A discussão acerca de práticas de cuidado em saúde mental, inicialmente, tinha como elementos principais o diagnóstico e a medicação, justificando a percepção da equipe, de si mesmo, como não possuindo a especialização necessária. Curiosamente, ao deslocarmos o acento da saúde mental apenas para a criança, a equipe foi capaz de resgatar ações

implementadas anteriormente, as quais não eram percebidas como voltadas para a saúde mental. Em conjunto com a equipe da ESF, operamos o deslocamento desse entendimento, trazendo à tona o potencial de uma ação de promoção de saúde para a saúde mental.

O projeto Agente Comunitário Mirim visava a instruir as crianças sobre a profissão de agente comunitário de saúde, promovendo a possibilidade de elas vivenciarem o agir do ACS, tendo a duração de dois anos. As crianças participantes tinham entre oito e dez anos de idade, sendo relatado pela equipe que elas participavam da ação demonstrando um compromisso para com o projeto, comparecendo com assiduidade. A atividade se iniciava no espaço da ESF, no qual as ACS promoviam um momento educativo instruindo as crianças quanto às atividades e atribuições do ACS. Em seguida, as crianças acompanhavam as ACS em suas ações no território, experimentando *in loco* aquilo que haviam estudado previamente.

As atividades dos Agentes Comunitários Mirins também se estendiam para além das tarefas habituais das ACS. Propunham-se também atividades educativas acerca de determinados temas como, por exemplo, o uso responsável da água. Efetivava-se um debate sobre a temática, para em seguida ser realizada uma visita à Estação de Tratamento de Água e Esgoto da região, acompanhados de alunos da creche do território. Apesar de a creche não compor o projeto Agente Comunitário Mirim, seus alunos participavam dessas atividades educativas que ocorriam fora do espaço da ESF e não focadas nas ações de saúde comumente promovidas por essa equipe. Para viabilizar tais atividades de campo, a equipe da ESF firmou parceria com uma empresa local de ônibus.

E ficou uns dois anos e ninguém faltava e aí a gente conseguia ônibus da empresa [...] pra ir levar as crianças pra ver o espaço que a gente não tinha aqui [...] Então era tudo educação continuada, 'ah, tu não pode desperdiçar água', 'por que não pode desperdiçar água?', aí ia lá no DMAE pra ver onde surgia o, têm projetos do DMAE³⁶ pras crianças, a gente fazia, junto com o Agente Mirim ia a creche, as crianças da creche também participavam de algumas atividades fora do posto.

Acerca da proposta desse projeto, contamos com o relato da equipe, pois a profissional que o propôs não se encontra mais na ESF. O Agente Comunitário

³⁶ Departamento Municipal de Águas e Esgoto de Porto Alegre.

Mirim foi proposto a partir do olhar atendo dessa ACS para as crianças do território. Relata-se que essa possuía um vínculo com os pequenos a partir de sua atuação na sala de acolhimento e de vacinação. Observando as crianças na circulação e em seu habitar o território, preocupou-se com o contexto da ociosidade e do uso de substâncias psicoativas, devido à presença do tráfico dessas substâncias na região. Tal observação não ocorria apenas nas situações de trabalho, mas, igualmente, no cotidiano da vida em território, uma vez que é moradora desse.

Desmembraremos essa ação a partir de três linhas de análise. A primeira linha diz respeito à própria constituição do projeto Agente Comunitário Mirim e suas implicações para a produção de cuidado na atenção básica, especificamente partindo da Estratégia de Saúde da Família. De acordo com o relato da equipe participante da pesquisa, a agente comunitária de saúde que deu o “pontapé inicial” para essa atividade havia construído com as crianças do território uma relação afetiva, a partir de sua atuação na sala de acolhimento e de vacinação. Desse modo, foi possível acompanhar o crescimento e desenvolvimento de vários pequenos usuários da ESF. Contribuiu para tanto, o fato de ser moradora do território, convivendo também com essas mesmas crianças em sua vivência cotidiana. Assim, criaram-se condições para que essa ACS estivesse atenta às demandas da comunidade e suas possíveis necessidades de saúde.

Destacamos o lugar que o afeto ocupa na relação entre profissionais de saúde e usuários como potência para o cuidado em saúde mental a ser produzido na atenção básica. Franco e outros (2009) afirmam que são os afetos que possibilitam a construção de significados para o cuidado em saúde e para a relação entre trabalhadores e usuários, considerando que o processo de trabalho em saúde é sempre relacional. Ao tratar da falsa polarização entre vigilância e clínica, Franco e outros (2009) discorrem sobre a produção de uma subjetividade – advinda dos processos de formação do SUS – que opera produzindo serviços e sujeitos implicados com “a promoção e prevenção de saúde, e por outro lado, pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora” (FRANCO et al, 2009 p. 30). Compreendemos, no entanto, que essa prática de cuidado constituiu um espaço entre trabalhadores de saúde e usuários que abrangia tanto a promoção de saúde quanto o estabelecimento de um espaço relacional de cuidado marcado pelos afetos. Essa relação na qual está colocado o afeto como meio de se constituir o vínculo possibilitou que se propusesse a ação em questão.

Imbricado com esse lugar que o afeto pode ocupar nessas relações, temos a noção de território, ambos operando nas práticas de cuidado em saúde instauradas, ao possibilitar uma disponibilidade afetiva da equipe, permitindo que essa (na figura específica da ACS) pudesse identificar uma demanda da população e se responsabilizar por essa, criando uma intervenção inédita para dar conta do problema percebido. A inserção no território é potente para o estabelecimento de vínculo com os usuários, ao permitir o exercício de práticas de cuidado que se fundamentem no uso de tecnologia leve. A tecnologia leve se dá no espaço relacional entre o usuário e o trabalhador de saúde e é no encontro entre esses sujeitos que se desenrolarão os processos produtivos de saúde (MERHY, 2013). Nesse espaço relacional construído, abre-se o espaço para a escuta das demandas não formalmente endereçadas aos profissionais de saúde e para a emergência da produção de soluções que não seriam enquadradas como sendo da clínica biomédica tradicional. Morosini, Fonseca e Lima (2018) apontam para as implicações das particularidades do ACS enquanto simultaneamente profissional de saúde e morador do território no qual trabalha. Sublinham uma aguçada possibilidade de identificar as necessidades de saúde da população, assim como da percepção dos potenciais meios de intervenção. Retomando a questão da responsabilização da demanda, amarrando-a com a noção de território, Souza (2015) refere tal conexão, avaliando que essa deve acontecer nos espaços de vida dos sujeitos usuários da rede de saúde.

Nossa segunda linha de análise configura-se pela mirada nessa ação de saúde compreendendo-a como um dispositivo de promoção de saúde que opera igualmente como uma prática de cuidado de saúde mental. Retira-se, assim, o foco do que poderia ser considerado um cuidado medicalizado e baseado na lógica biomédica que teria o diagnóstico e a medicação como elementos essenciais. Especificamente a respeito das práticas de profissionais da pediatria e medicina geral que atuam na ESF, Tanaka e Ribeiro (2009) sublinham que as práticas que esses referem utilizar centram-se no encaminhamento para serviços de saúde mental e na orientação. Já Gomes e outros (2015) relatam que os mesmos profissionais (pediatras e clínicos gerais), apesar de não concordarem com a forma instituída do encaminhamento que tem como principal desfecho a prescrição medicamentosa, não propõem outra forma de intervenção e não se envolvem na discussão com o especialista a respeito dessa conduta prescrita. Assim, seguem realizando a manutenção da medicação por meio da mera renovação de receitas (GOMES et al, 2015).

Depreendemos, a partir dos estudos trazidos acima que, em geral, os profissionais da atenção básica apresentam uma visão limitada de sua atuação como agentes de cuidado em saúde mental, corroborando os dados produzidos nessa pesquisa. Ambas pesquisas citadas (TANAKA; RIBEIRO, 2009; GOMES et al, 2015) focaram apenas os profissionais da medicina, enquanto nossa pesquisa contou com a participação de profissionais da enfermagem, da odontologia, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (a profissional da medicina que compunha a equipe não teve a disponibilidade para participar dos grupos, da mesma forma como não participava das reuniões de equipe). Com isso, temos postas algumas diferenças, considerando o atravessamento das profissões dos trabalhadores referidos e, ainda assim, foram produzidos resultados similares. No entanto, as semelhanças não se sustentam por completo.

Em nossos grupos, inicialmente, os participantes sustentavam tal visão limitada de sua ação como operadores de um cuidado em saúde mental – apresentando como foco desse o encaminhamento, o diagnóstico e a medicação. A partir do resgate da história daquela equipe de Estratégia de Saúde da Família, foi possível a construção coletiva do entendimento de que a saúde mental também pode ser produzida por meio de ações não medicalizadas, as quais podem se configurar como promotoras de saúde. Compreendemos o cuidado em saúde mental a partir da formulação de Rotelli, Leonardis e Mauri (1990), no qual se foca a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (p.30) e não a doença mental em si, em seus aspectos diagnósticos e sintomáticos apenas. Já a promoção de saúde tem como enfoque intervir nos “aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País [...] e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O projeto Agente Comunitário Mirim operou como uma ação de saúde mental, bem como de promoção de saúde, posto que visava a atenuar uma situação de risco das crianças da comunidade. Mesmo que não tenha sido expressa uma demanda formal, para que a equipe da ESF interviesse no contexto de vida das crianças desse território, a escuta dessa necessidade de saúde foi realizada, constituindo-se uma prática de cuidado ampliada. Cabe ressaltar as indicações das publicações ministeriais, nas quais se aponta a inseparabilidade da saúde geral e saúde mental, destacando-se que as ações de saúde mental podem ser incorporadas no cotidiano da atenção básica

sem que isso exija um trabalho além do que já é realizado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Demonstramos, assim, que para a constituição de um cuidado à saúde mental da criança na atenção básica, em situações de sofrimento psíquico que não se caracterizam como graves, não necessitamos acessar apenas conhecimentos específicos ou especializados.

A terceira e última linha de análise que desfiaremos nesse capítulo diz respeito à noção de rede. Tem-se instaurada a ampla concordância de que, para a construção e efetivação de uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil, faz-se imprescindível a construção de rede intersetorial e intrasetorial articulada, na qual a noção de rede se constitui como orientadora para o cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE 2005; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; PAULA et al, 2012; BRASIL, 2014; COUTO; DELGADO, 2015; COUTO; DELGADO, 2016). A ação Agente Comunitário Mirim não seria possível sem a existência de uma rede que foi montada entre a saúde, o setor da educação (com a participação eventual dos alunos da creche, ampliando os efeitos da ação) e o setor do transporte local, através da parceria com uma empresa de ônibus da região. A montagem dessa rede, com a interlocução de diferentes atores, parece-nos cumprir a exigência que a saúde mental da criança implica, uma vez que essa necessariamente traz à cena diversos setores.

Considerações Finais

A saúde mental da criança é um âmbito do setor da saúde que carece ainda de política e rede consolidadas, em face ao descompasso diante do já materializado em termos de saúde mental voltada para a população adulta, a partir dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Especificamente com relação ao cuidado nesse âmbito, na Atenção Básica, esta é um *locus* a ser mais explorado e investido pelos profissionais de saúde em geral, considerando seu potencial para a produção de saúde, a concretização da integralidade e a ampla acessibilidade da população.

Observamos a potencialidade da Estratégia de Saúde da Família como produtora de práticas de cuidado para a saúde mental da criança em nossa pesquisa, apesar da descrença inicial da própria equipe que não se reconhecia com tal capacidade. A ação Agente Comunitário Mirim, de iniciativa de uma ACS, mantida posteriormente por toda a equipe da ESF, exemplifica a prerrogativa de que a atenção

à saúde mental, inserida na Atenção Básica, não implica necessariamente na criação e inserção de práticas tão diversas das presentemente executadas e previstas em suas atribuições. A pesquisa mostrou, no processo de restituição, que algumas das intervenções realizadas em seu cotidiano significam promover um cuidado à saúde mental (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Constitui-se como uma possibilidade concreta a construção de um cuidado em saúde mental da criança, no âmbito da Atenção Básica, que não seja pautado pela clássica divisão biomédica em especialidades, podendo assim ser implementado por profissionais de saúde componentes de uma ESF. Desse modo, essas práticas de atenção não necessitam estar centralizadas no uso da medicação ou do exercício do estabelecimento do diagnóstico, mas podem sim compor um cuidado de promoção da saúde mental infantil. A ação Agente Comunitário Mirim criou um espaço de cuidado que proporcionou a aprendizagem a respeito dos processos de saúde, bem como a construção de um lugar inédito para as crianças participantes, possibilitando que assumissem um papel ativo na produção de saúde voltada, não apenas para si mesmas, mas abrangendo os moradores de sua região.

Isso foi proporcionado principalmente a partir do trabalho das ACS que, por sua proximidade com a comunidade e sua inserção no território, conseguem se manter disponíveis e sensíveis às necessidades de saúde da população, investindo, portanto, de afeto o seu trabalho. A via de construção do projeto Agente Comunitário Mirim se deu pela sensibilidade voltada para as crianças que frequentavam a ESF. Ressaltamos que o contato com essas não se deu no contexto de atendimento voltado para a saúde mental ou de alguma demanda que partisse disso. O que, por sua vez, fortalece a noção de que o cuidado para a saúde mental da criança, nesse equipamento de saúde, não implica na centralidade em um recorte especializado.

Destaca-se o quão essencial se configurou o fazer do Agente Comunitário de Saúde, no contexto dessa pesquisa, tanto em sua atuação direta com a população de crianças, quanto na iniciativa de propor a atividade destacada no escopo desse capítulo. Compreendemos ser imprescindível fazer tal pontuação frente às mudanças estabelecidas pela recente publicação da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), as quais poderão resultar na diminuição de ACS contratados, simultaneamente ao aumento de suas atribuições – incluindo nessas dos Agentes de Combate a Endemias. Com o acúmulo de funções e diminuição de

profissionais, a prática realizada atualmente pelos ACS ficará prejudicada, possivelmente inviabilizando a construção de trabalhos semelhantes ao do Agente Comunitário Mirim. Urge colocarmos em discussão as mudanças propostas pela atual gestão do Ministério da Saúde, uma vez que comprometerão o cumprimento das premissas e princípios do Sistema Único de Saúde, colocando em risco a existência de iniciativas impregnadas de potência de produção de saúde e de promoção de saúde mental tal qual a estudada.

Referências

- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; CÉSAR, Janaína Mariano. Pesquisa-intervenção em dispositivos participativos: ensejando outras relações entre produção de conhecimento e educação. *Revista Polis e Psique*. v. 5 n. 2. 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentos de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Estatuto da criança e do adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
- _____. Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro, de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica**, v.34. 2013.
- _____. **Republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Diário Oficial da União: Brasília. 2013b.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Fórum nacional de saúde mental infanto-juvenil: recomendações: de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- COUTO, Maria Cristina Ventura. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: FERREIRA, Tania (org.). **A criança e a saúde mental: enlacs entre a clínica e a política**. BH: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004.
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30 n. 4. 2008
- COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política de saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, v. 27 n. 1. 2015.

- COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; & LYKOUROPOULOS, Cristiana Beatrice (orgs). **O Capsi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: HUCITEC. 2016.
- CORAZZA, Sandra Maria. **História da infância sem fim**. Ijuí: Editora Unijuí, 2004.
- DEL PRIORE, Mary. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- DELFINI, Patricia Santos de Souza; REIS, Alberto Olavo Advincula. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2. 2012.
- FRANCO, Túlio Batista et al. A produção subjetiva da Estratégia de Saúde da Família. In: FRANCO, Túlio Batista; ANDRADE, Cristina Setenta; FERREIRA, Vitória Solange Coelho (orgs.). **A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia de saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 2009.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES. 2012.
- GOÊS, José Roberto de; FLORENTINO, Manolo. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- IBGE. Porto Alegre. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>>. Acesso em 20 jun 2018.
- JESUS, Aideivaldo Fernandes. A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. In: LABBATE, Solange (org). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 2013.
- LABBATE, Solange. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1. 2012.
- LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPO, Gastão Wagner de Souza (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2012.
- LOBO, Lília Ferreira. O nascimento da criança anormal e a expansão da psiquiatria no Brasil. In: RESENDE, Haroldo (org). **Foucault: o governo da infância**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. P. 199-217.
- LOURAU, Rene. **René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.
- MACEDO, João Paulo; FONTENELE, Mayara Gomes; DIMENSTEIN, Magda. Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n.1, 2018.
- MERHY, Emerson Elias. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o sistema único de saúde. **Saúde debate**. v. 42, n. 116. 2018.
- PASSETI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (org). **História da criança no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2010.
- ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27 n.4. 2007.
- SILVA, Gilza da et al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.37, n.2. 2017.
- SOUZA, Andrea Cardoso. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo: Hucitec. 2015.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002.
- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **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, 2002.
- TSZESNIOSKI, Luise de Cássia et al.. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2. 2015.