

A Cidade e a Infância: Possibilidades da Saúde Mental na Atenção Básica

Ana Paula Chisini Freitas¹

¹ *Prefeitura Municipal de Porto Alegre,
Porto Alegre, RS, Brasil.*

Cristian Fabiano Guimarães²

² *Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul,
Porto Alegre, RS, Brasil.*

Luciane Susin¹

¹ *Prefeitura Municipal de Porto Alegre,
Porto Alegre, RS, Brasil.*

Resumo: Este estudo se configura como um relato de experiência sobre o encontro entre infância e Atenção Primária à Saúde, a partir do trabalho em uma Unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre, por meio do núcleo profissional da psicologia. Essa vivência faz parte do percurso formativo do Programa Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. A partir do encontro com as demandas relativas à saúde mental de crianças nesse contexto, que frequentemente se apresentavam como questões individuais, comportamentais, e carregavam expectativa de correção, buscou-se problematizar as lógicas de cuidado em tensionamento nesse cenário, considerando a realidade do cotidiano de trabalho. Sobretudo, buscou-se problematizar as possibilidades de acompanhamento de crianças, para além do encaminhamento, na atenção primária em saúde. Para tal, apresentamos concepções ampliadas com relação à infância, considerando que esse período não trata apenas de um corpo orgânico em desenvolvimento, mas também de um sujeito em constituição. Assim, como possibilidade de intervenção com as crianças na Atenção Básica, utilizou-se um dispositivo grupal que se mostrou uma potente estratégia de acolhimento e de envolvimento da equipe na escuta das questões da infância na Unidade de Saúde.

Palavras-chave: Infância, Atenção primária à saúde, Saúde mental, Psicanálise.

The City and the Childhood: Mental Health Care Possibilities in Primary Care

Abstract: This study is a report about the intersection of childhood and Primary Health Care based experience, in a Family Health Unit in the municipality of Porto Alegre, based on the Psychology professional center. This experience is part of the educational path at the Primary Care Program of the Integrated Health Residency from the Public Health School of the state of Rio Grande do Sul. From the Mental Health demands of children in this context, which often presented themselves as individual, behavioral issues, and carried an expectation of being corrected, we sought to problematize the logics of care in tension in this scenario, considering the reality of the everyday job. Above all, we aimed to problematize the possibilities of follow up on the children, beyond the referral, in Primary Care. To this end, we presented expanded conceptions regarding childhood, considering that, this period is not just about a developing organic body, but also a subject in constitution. Thus, as a possibility of intervention with children in Primary Care, the use of group device proved to be a powerful strategy for welcoming and involving the team in listening to childhood issues in the Health Unit.

Keywords: Childhood, Primary health care, Mental health, Psychoanalysis.

La Ciudad y la Infancia: Posibilidades de Salud Mental en Atención Primaria

Resumen: Este estudio es un reporte de experiencia sobre el encuentro entre la infancia y la Atención Primaria de Salud, a partir del trabajo en una Unidad de Salud Familiar en la ciudad de Porto Alegre, a través del núcleo profesional de Psicología. Esta experiencia es parte del curso de especialización del Programa de Atención Primaria de la Residencia Integrada en Salud de la Escuela de Salud Pública del Estado de Rio Grande do Sul (ESP / RS). A partir del encuentro con las demandas relacionadas con la Salud Mental de los niños en este contexto, que a menudo se presentaron como problemas de comportamiento individuales y tenían la expectativa de corrección, buscamos problematizar la lógica de la atención en tensión en este contexto, considerando la realidad de la vida cotidiana de trabajo. Sobre todo, buscamos problematizar las posibilidades de acompañar a los niños, además de la derivación, en Atención Primaria de Salud. Con este fin, presentamos conceptos ampliados en relación con la infancia, considerando que este período no es solo un cuerpo orgánico en desarrollo, pero también de un sujeto en constitución. Así, como una posibilidad de intervención con niños en Atención Primaria, se utilizó un dispositivo grupal, que resultó ser una potente estrategia para acoger e involucrar al equipo en la escucha de los problemas de la infancia en la Unidad de Salud.

Palabras clave: Infancia, Atención primaria de salud, Salud mental, Psicoanálisis.

Introdução

A Cidade e o Desconhecido

Chego em Rubi como quem chega a uma cidade totalmente desconhecida, mas muito desejada. Trago comigo mapa e bússola, tentativas de me orientar pela cidade imaginada. Chego sabendo que cidades são feitas de ruas, esquinas, casas, pessoas e que caminhos levam a lugares. Mas logo me descubro estrangeira, dessas que não encontram o destino simplesmente por ter um trajeto programado. Tratava-se de uma cidade de muitos detalhes, não havia mapa capaz de antecipá-la. Chego em Rubi e descubro que, para chegar de fato, era necessário caminhar um pouco mais (Diário de campo).

A experiência de chegar em um território por meio da inserção em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre não foi

possível somente pela estrada que me levou até lá, construída por vivências no campo da saúde mental e pela perspectiva do apoio matricial. Na verdade, chegar exigiu a criação de mais caminho, para que fosse possível caminhar junto. Ainda que carregasse comigo algumas certezas, como a necessidade de fazer circular o cuidado em saúde mental sem centralizá-lo na psicologia, o trabalho só se tornou possível a partir do encontro com a realidade daquele serviço.

A ESF é a proposta de organização prioritária da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS)¹, considerada a principal porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS)² do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, também se configura como coordenadora do cuidado, centro de comunicação da rede e ordenadora das ações e serviços.

Trata-se, portanto, de uma estratégia fundamental do SUS, que, segundo a Portaria, articula um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção,

¹ Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, os termos são sinônimos.

² São definidas pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como “. . . arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”. Este trabalho é realizado por equipes multiprofissionais e direcionado a uma população adscrita, por meio da territorialização, com o objetivo de estimular relações de vínculo e responsabilização, além de garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, conforme a Política Nacional de Atenção Básica.

É nesse cenário que ocorre o primeiro ano do Programa Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde³, na modalidade multiprofissional, da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP-RS). A psicologia é um dos núcleos que compõem essa residência, juntamente com a enfermagem, a medicina de família, a odontologia, o serviço social, a fonoaudiologia, entre outros. A inserção dos(as) residentes nesse contexto se dá a partir de uma *semana típica*, que define o conjunto mínimo de atividades a serem realizadas durante o percurso formativo em serviço, tais como acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e reuniões de equipe.

Embora essas atividades sejam comuns a todas as profissões, a prática acontece de maneiras diferentes de acordo com cada núcleo profissional. Nesse sentido, é importante ressaltar que aqueles que compõem a equipe mínima da saúde da família (enfermagem, odontologia e medicina de família) se inserem em fluxos e processos de trabalho já existentes. No caso da psicologia, a inserção institucionalizada na Atenção Primária se dá a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)⁴, de acordo com o atual modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Trata-se de equipes multiprofissionais que trabalham a partir do apoio matricial, com os dispositivos da discussão de caso, interconsulta etc. Não há, portanto, profissionais de psicologia lotados nas Unidades de Saúde da Família administradas pela Prefeitura de Porto Alegre. A proposta da residência, ao contrário, propõe sua inserção enquanto parte da equipe em tempo integral – o que produz a necessidade de *constituir* um trabalho, já que ele não está previamente organizado.

Nesse contexto, o cenário que encontrei foram duas equipes de saúde da família em um território

cujas populações, naquele momento, já extrapolava a quantidade prevista pelo Ministério da Saúde para cada equipe, de 2 mil a 3,5 mil pessoas, e contava ainda com uma área de ocupação em expansão. Além das habituais atividades de assistência realizadas, a unidade tinha uma variedade de grupos de promoção da saúde, como o da caminhada, da horta, do movimento e de convivência. Com relação à Rede de Atenção Psicossocial, havia dois serviços ambulatoriais de atenção secundária: a equipe especializada em saúde da criança e do adolescente (Eesca) e a equipe de saúde mental adulto (Esma). Além disso, contava com um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSij) de referência, que se encontrava em outra região do município, de difícil acesso tanto para os(as) profissionais quanto para os(as) usuários(as).

Diante desse cenário, para constituir um trabalho na Atenção Básica, foi necessário seguir caminhando, de forma a reconhecer os detalhes de uma cidade única e singular, isto é, reconhecer as pequenas possibilidades. O trajeto percorrido durante a experiência em uma Unidade de Saúde da Família é, justamente, um caminho de detalhes: entre dificuldades, imprevistos e surpresas.

A Cidade e o Encontro

Depois de muito caminhar em Rubi é que me dou conta: a cidade é feita de crianças. E não para por aí. A cidade é feita de crianças que são feitas de histórias. Elas são recheadas de elementos, cores, personagens, numa trama sem fim de possibilidades. Muitas são assustadoras, difíceis de escutar ou complexas, difíceis de compreender. Muitas partes não vêm nem das crianças, mas dos outros. Algumas já datam de anos e outras são produzidas ao longo dos dias. Além disso, deixam efeitos, que se materializam em rastros pela cidade. Ainda que todas as crianças sejam feitas de histórias, nenhuma consegue ser igual à outra (Diário de campo).

No processo de constituir um trabalho na Atenção Básica, encontrei a infância. Foram muitas as situações de crianças que chegaram à Unidade

³ Trata-se de um programa de educação em ambiente de serviço.

⁴ Instituído como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

de Saúde naquele ano, trazidas pela família ou pela escola, com endereçamento, principalmente, à psicologia. Tratava-se de demandas que tomavam forma como questões comportamentais e individuais, carregando um componente importante: aguardavam, em sua maioria, correção. Centralizavam no indivíduo (e no corpo da criança) sintomas que, não raro, denunciavam situações e condições muito mais amplas, relacionadas aos contextos da família, da escola, da comunidade, e à vulnerabilidade e desigualdade social.

Quando do encontro dessas “queixas” com o serviço de saúde, há muitos caminhos a serem tomados. Talvez o mais fácil seja atender às demandas pelo que elas têm de mais concreto, através de intervenções sobre questões individuais e comportamentais, reduzindo a criança a um corpo diagnosticado, passível de ser corrigido, adaptado e, para a Atenção Básica, encaminhado para serviços especializados. Todavia, será esse o caminho mais potente no encontro com a infância?

A assistência à saúde das crianças faz parte do trabalho na Atenção Primária. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 33, cujo título é *Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento* (Ministério da Saúde, 2012), os profissionais de saúde devem seguir o desenvolvimento infantil por meio das consultas de puericultura, acompanhamento programático destinado a crianças de 0 a 2 anos⁵. Neste documento, embora predomine a perspectiva das questões orgânicas, a dimensão do *meio ambiente* aparece como um fator determinante, uma vez que sem ele não é possível produzir um indivíduo. Portanto, “o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade” (Ministério da Saúde, 2012, p. 121).

Além disso, a *Caderneta de Saúde da Criança: Menina* (Ministério da Saúde, 2018), utilizada nas consultas de puericultura e fonte de orientações para pais e cuidadores(as), reafirma a importância do meio ambiente e aponta a necessidade de um olhar sobre os *aspectos relacionais e afetivos*, principalmente nos primeiros anos de vida. Apresenta um instrumento de vigilância do desenvolvimento, com marcos que a criança atinge conforme a idade, que também

conta com indicadores do desenvolvimento psíquico. A *Caderneta* refere ainda que, caso a criança não se comporte como esperado, causando angústia ou dúvidas, é indicado buscar o profissional de saúde (Ministério da Saúde, 2018) – possivelmente da Atenção Primária, considerando que este ponto de atenção é a principal porta de entrada do SUS.

Essas perspectivas são consonantes ao *conceito ampliado de saúde*, que considera a influência de determinantes e condicionantes no processo saúde-doença, como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, . . .”, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS. A partir dessa perspectiva, retira-se o cuidado em saúde de uma perspectiva individualizante e fragmentária, conforme descrito pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, focado apenas na doença, ampliando as possibilidades de atuação.

Para a Atenção Básica, uma dessas possibilidades é a estratégia de *promoção da saúde*, que prevê o enfoque nos aspectos que influenciam o processo saúde-adoecimento, de acordo com a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. No entanto, para Campos (2006) “a promoção tem receitado estilos de vida e feito análises de risco com a mesma arrogância que antigamente a clínica se adjudicava para influenciar a vida dos pacientes” (p. 67). Desse modo, faz-se necessário, por meio de uma intervenção coletiva e comunitária, mudar o foco da promoção para a *produção da saúde*, colocando-se em defesa da vida, superando a dicotomia entre clínica e promoção da saúde.

Nesse sentido, considerando o papel estratégico da Atenção Básica e as orientações para um trabalho ampliado, quais as possibilidades de escuta das demandas da infância, para além do sintoma e do encaminhamento? Que estratégias de acompanhar as crianças podem ser inventadas? Essas perguntas foram fundamentais para a construção de intervenções nesse contexto, uma vez que se transformaram em pistas no decorrer do trabalho em uma Unidade de Saúde da Família. Aqui, guiam um novo caminho, que se configura na elaboração da experiência junto com as crianças e a infância na Atenção Básica.

A estratégia metodológica adotada para este estudo se aproxima da pesquisa-intervenção. Segundo

⁵ O Ministério da Saúde (2012) recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, duas no segundo e, a partir disso, consultas anuais, devendo ter atenção maior às crianças que necessitarem.

Passos e Barros (2015), há uma inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir. É no plano da experiência que se agenciam sujeito e objeto, teoria e prática (Passos & Barros, 2015). A dimensão do encontro desconstrói a suposta neutralidade do pesquisador, uma vez que “todo conhecimento se produz em um campo de implicações cruzadas, estando necessariamente determinado neste jogo de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças” (Passos & Barros, 2015, p. 19).

Dessa forma, foi a partir da dimensão da experiência que emergiram as problematizações apresentadas neste estudo, já que se trata, segundo Bondía (2002, p. 24), de “um encontro ou uma relação com algo que se experimenta, que se prova”. O sujeito da experiência é algo como um território de passagem, isto é, uma superfície sensível onde são produzidas marcas, efeitos, afetos (Bondía, 2002). Bondía (2004) nomeia esse processo *ensaio*, ou seja, uma operação que pode ser compreendida como uma linguagem da experiência, que modula de maneira particular a relação entre experiência e pensamento, subjetividade e pluralidade. Ensaiar, nesse sentido, está relacionado à operação de um modo experimental do pensamento, de uma escrita que se pretende pensante e pensativa e de uma forma de vida que não renuncie a uma constante reflexão sobre si mesma (Bondía, 2004).

Nesse sentido, elaborar a experiência a partir do ensaio enquanto escrita narrativa cria condições para emergir aquilo que produziu marca – e que, portanto, carrega potência de produzir conhecimento. A partir desse conceito, pretende-se produzir um relato de experiência composto por narrativas do encontro com a infância no contexto da Atenção Primária à Saúde, no primeiro ano da Residência em Atenção Básica da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), em uma Unidade de Saúde da Família do município de Porto Alegre.

É importante ressaltar que essa escrita se produz a partir da perspectiva da profissional de saúde/pesquisadora, uma vez que coloca em questão a experiência vivida e as decorrentes marcas e reflexões. Nesse sentido, não serão apresentados casos nem situações específicas do trabalho, de modo a não expor nenhum indivíduo ou grupo. O trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética da Escola de Saúde Pública/Secretaria de Saúde (ESP/SES-RS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), pareceres nº 3.232.892 e 3.267.575, respectivamente.

Pode a Infância Interrogar o Tempo da Atenção Básica?

A Cidade e a Caminhada

Depois de me dar conta de que Rubi é feita de crianças que são feitas de histórias, ajusto mapa e bússola e sigo caminhando, agora junto à cidade. Nesse momento, encontro um novo detalhe: o tempo. A cidade anda acelerada, por vezes corre, para dar conta de todas suas funções. São tantos os detalhes que a cidade precisa dar conta que às vezes ela até se perde, reencontrando-se em cada corpo que vive nela, quando consegue garantir que ele funcione como deve. Os corpos por vezes resistem ao cuidado que a cidade oferece, fazendo caminhos diferentes ao esperado, o que a faz correr cada vez mais. Por isso a cidade cansa. E, quando a cidade cansa, não há tempo de escutar as histórias. No entanto, elas continuam ali produzindo seus efeitos. As histórias são, para a cidade, como detalhes (Diário de campo).

Quando iniciei o trabalho na Atenção Básica, encontrei as situações de saúde mental na infância em uma pasta de matriciamento, no relato de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e em algumas demandas espontâneas. Antes disso, preocupada em resistir à centralização das queixas relacionadas à saúde mental na psicologia e advertida sobre as demandas que chegavam representadas pela frase “quero falar com a psicóloga”, pactuei com a equipe que minha agenda de atendimentos individuais não ficaria aberta para marcação.

Em vez disso, a proposta era que, chegando o(a) usuário(a) no acolhimento da unidade, o(a) profissional pudesse oferecer uma escuta inicial, orientado(a) pelas questões norteadoras das fichas de matriciamento – ferramenta utilizada no acolhimento em saúde mental na unidade, que contava com questões orientadoras para a escuta inicial. A ficha para crianças e adolescentes era disponibilizada pela própria equipe especializada em saúde da criança e do adolescente (Eesca) do território. A ficha para adultos, por sua vez, foi construída naquele contexto pelas residentes, com respaldo da equipe de saúde mental adulto (Esma) de referência. A partir dessa estratégia, a demanda poderia ser qualificada em reunião,

possibilitando a discussão e a construção conjunta de possibilidades de cuidado.

Entre resistências e movimentos de abertura, alguma circulação foi se produzindo, especialmente por meio da contribuição dos(as) profissionais nas discussões. No entanto, ainda que, por vezes, falar sobre os casos fosse possível, a passagem para a divisão de responsabilidades e construção de estratégias se mostrou mais difícil de sustentar. Diante desse cenário, no qual o fluxo de acolhimento e atendimento em saúde mental parecia não estar muito bem definido como processo de trabalho da equipe, foi difícil desconstituir a centralização da demanda.

A partir disso, minha inserção no contexto da infância começou pela retomada de casos antigos, materializados nas fichas guardadas na pasta de matriciamento, que precisavam ser reavaliados devido ao tempo decorrido desde o primeiro acolhimento. “Estar na pasta” significava indicação de encaminhamento; todavia, era necessário que um profissional da equipe levasse o caso à reunião de matriciamento. Essa reunião se configurava como uma rodada de casos mediada pela Eesca⁶, na qual cada profissional representante de uma equipe de saúde da família trazia as situações para discussão, que podia resultar em algum encaminhamento, em orientações para seguimento na Atenção Básica ou, ainda, em uma indicação de nova discussão, com mais elementos do caso.

Com relação aos encaminhamentos, na própria reunião, quando necessário, já eram agendadas consultas de neuropediatria, pediatria e psiquiatria, principalmente. As demandas para psicologia e fonoaudiologia geralmente acabavam em lista de espera, por não haver horários de atendimento suficientes. Dessa forma, “estar na pasta” não garantia o encaminhamento, seja porque necessitava que alguém fizesse esse movimento, seja porque, dependendo do conteúdo, este não seria suficiente para a discussão ou para garantir vaga de atendimento.

Concomitante a isso, eu era acionada pelos ACS nos casos preocupantes. Para além da reunião, buscavam-me contando situações difíceis de escutar que pareciam não conseguir compartilhar com o restante da equipe há algum tempo. Por fim, chegaram as demandas espontâneas – que, discutidas em reunião conforme o fluxo que estabelecemos, também acabavam na minha agenda para acolhimento, o que

denunciava uma importante força em jogo, de centralização da demanda na psicologia.

Nesse momento inicial, surgiram muitas questões referentes à rede de saúde que encontrei: quais as situações que devem ser encaminhados para a equipe especializada e para qual especialidade? A Atenção Básica só encaminha ou consegue acompanhar algumas situações? Quais as orientações para o cuidado da infância nesse contexto? Qual o lugar da saúde mental, para além do orgânico, no desenvolvimento infantil? O encaminhamento se dá somente pelo que aparece enquanto sintoma? E, sobretudo, qual a concepção de infância e de saúde mental presente nas práticas em saúde?

Em meio a tantas perguntas complexas, produziu-se em mim a sensação de um trabalho solitário, sempre a acolher e sem tempo para acompanhar. Essa situação parece reproduzir a lógica de encaminhamento presente no campo da saúde mental, associada com a dificuldade que os profissionais enfrentam para lidar com o diferente. Todavia, há ainda outro fator que dificulta a circulação da demanda e a possibilidade de intervenções compartilhadas na Atenção Primária: um intenso processo de precarização da saúde pública, que prejudica a construção da Rede de Atenção à Saúde Psicossocial. Há, no cotidiano dos serviços, uma importante sobrecarga de trabalho diante de um grande volume de demandas e poucos recursos humanos, além de infraestruturas precárias e contextos de vulnerabilidade, violências e privação de direitos já cristalizados na comunidade.

Dessa forma, sobre a Atenção Básica recaem responsabilidades múltiplas, que produzem um processo de trabalho acelerado. Entre curativos, controle de diabetes e hipertensão, pré-natal e vacinação, a perspectiva biomédica, cujo olhar se direciona principalmente às questões orgânicas, encontra forte sustentação. Soma-se a isso a lógica da produtividade, na qual a quantidade de atendimentos é mais importante do que a qualidade. Não à toa, é um cenário de alta rotatividade de profissionais, o que atrapalha também a produção de vínculo entre equipe e comunidade, bem como a continuidade de um processo de trabalho, tornando-o frágil e instável.

Diante de tudo isso, reconheci-me também inserida em um processo de trabalho acelerado, que parecia impossibilitar o tempo necessário para a produção

⁶ O território não contava com NASF há aproximadamente um ano.

de intervenções. Precisei “forçar paradas”: tempos de acolher, pensar, discutir, encaminhar, acompanhar – para conseguir elaborar aquelas questões que se colocavam a mim, sem sucumbir à demanda. Ainda que a realidade do serviço apontasse para a precarização do trabalho, parecendo impossível sair disso, foi necessário apostar na invenção. Assim, se inicialmente encontrei as crianças como *casos* – em que pareciam colocadas em um lugar circunscrito à adequação, sem possibilidade alguma de deslocamento daquilo que se apresentava como sintoma, restando apenas o encaminhamento – pude aos poucos construir caminhos, junto com a equipe, para encontrar as crianças como *histórias*.

Nesse sentido, Figueiredo (2004) aponta que “o caso não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso” (p. 79). A autora diferencia *história* de *caso*. O primeiro é o relato clínico rico em cenas, conteúdos e detalhes. O segundo, por sua vez, é resultado daquilo que se extrai das intervenções na condução do tratamento – o que implica uma *construção*. Assim, se já está antecipado que a única intervenção possível se dá na apropriação da situação, por meio dos sintomas apresentados, e conseguinte encaminhamento para outro serviço, quais as possibilidades de *construção do caso*?

Segundo Figueiredo (2004), essa construção implica uma condução na direção oposta à hierarquia dos saberes que designam o que é melhor para o(a) usuário(a): em vez disso, é necessário ir em busca de boas perguntas. “A construção do caso pode conter elementos discursivos de familiares, de outros envolvidos, mas não pode perder o fio da meada que é a referência ao sujeito em questão” (Figueiredo, 2004, p. 83). Nesse sentido, a construção se sustenta pelos indicadores que o próprio sujeito oferece, a partir de suas produções (Figueiredo, 2004).

Dessa forma, ainda que o sujeito necessite de atendimento em equipe especializada, o encaminhamento se sustentará a partir do vínculo – não como uma intervenção isolada, mas como parte de uma construção. Esse vínculo acontece na construção do dia a dia, por meio do respeito ao tempo do sujeito: não se trata, portanto, de responder imediatamente à demanda (Val, Modena, Campos, & Gama, 2017). É preciso dar tempo para o sujeito falar, sem compreender de imediato, uma vez que o efeito disso será a possibilidade daquele que fala se comprometer com sua demanda e desenvolver associações

(Marcon, 2016). Na infância, a escuta se abre “às narrativas da família, da criança, das suas produções gráficas, lúdicas, de seus atos” (Bernardino, 2015, p. 65).

Nesse sentido, se a resposta, na Atenção Básica, para a demanda relativa à saúde mental das crianças estiver sempre direcionada a outro serviço ou profissional específico, a partir apenas de questões sintomáticas, a possibilidade de um processo de abertura e construção conjunta fica enfraquecida. Do mesmo modo, essa forma de organizar o cuidado se mostra contrária à produção de saúde, afirmando uma clínica da infância que receita estilos de vida e se estrutura em torno da noção de risco.

Dessa forma, as crianças que apresentam questões importantes, mas não se enquadram no grau de gravidade que justifique um encaminhamento ou que, por motivos variados, apresentam dificuldade no acesso e na vinculação a outros serviços ou que, ainda, ficam meses ou anos aguardando atendimento especializado, podem ser escutadas na Atenção Primária à Saúde, caso se aposte na invenção de brechas que permitam ao tempo da infância interrogar o funcionamento do serviço. Foi justamente a partir dessa perspectiva que encontramos um caminho, por meio de um convite às crianças para inaugurar um outro tempo: de narrar e de brincar.

A Cidade e a Infância

Na rapidez dos passos, as histórias, que são detalhes, tornam-se inaudíveis, e seus rastros, invisíveis. Vez ou outra, os rastros viram buracos que podem até virar crateras, de tão grandes. Em frente a uma dessas crateras que paramos e percebemos a velocidade da caminhada. Ali, os elementos das histórias nos saltavam aos olhos, era impossível seguir viagem sem escutá-los. Junto a elas, encontramos as crianças, que pouco a pouco nos mostraram que é possível sentar, escutar, narrar e, sobretudo, brincar (Diário de campo).

O tempo da infância é um tempo de constituição: o que está em jogo é a criação singular de um sujeito. Ao bebê é necessário um outro que suponha, ali onde está um corpo orgânico, a existência de um sujeito, alguém com história e futuro. O singular se produz no encontro entre um corpo com sua estrutura orgânica e um campo simbólico, relacionado à cultura e

à linguagem (Bernardino, 2006). Portanto, a formação do organismo depende dos estímulos decorrentes dos acontecimentos da vida (Jerusalinsky, 2016). Ou seja, a criança se constitui em um meio: de relações, de histórias, de afetos.

Jerusalinsky (2016) indica quatro acontecimentos decisivos na infância: crescimento, maturação, desenvolvimento e constituição psíquica. Os dois primeiros se relacionam a aspectos orgânicos: respectivamente, o aumento de tamanho, peso, volume e o processo de amadurecimento das estruturas anatomo-fisiológicas (Jerusalinsky, 2016). Já o desenvolvimento está relacionado à aquisição de aspectos instrumentais, como psicomotricidade, aprendizagem, fala e hábitos (Jerusalinsky, 2016). A constituição psíquica, por sua vez, diz respeito à permeabilidade a inscrições significantes, no campo da linguagem, ou seja, “marcas e palavras que nos representam e dão origem ao nosso desejo” (Bernardino, 2006, p. 30).

Esses acontecimentos não podem ser vistos de forma isolada sem causar reducionismos organicistas ou psicologizantes (Jerusalinsky, 2016). É em função de todas essas operações constituintes da infância, caracterizada pela permeabilidade a inscrições significantes, pela plasticidade neuronal e pela exposição a fatores ambientais, que se pode afirmar que a estrutura não está decidida nem orgânica nem psiquicamente (Jerusalinsky, 2016). Nesse sentido, Jerusalinsky (2016) afirma: “a dimensão da infância está acima de qualquer patologia” (p. 19).

Além disso, é justamente por meio desse processo de inscrição no campo simbólico que a criança poderá ser mais que apenas um corpo, constituindo-se como sujeito de sua história, falando em nome próprio (Bernardino, 2006). A criança, não sendo apenas um corpo em desenvolvimento, mas também um sujeito em constituição e em relação, torna-se, portanto, capaz de falar de si mesma. Do mesmo modo, o documento *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil* (Ministério da Saúde, 2005) refere, como princípio orientador do cuidado às crianças, a necessidade de vê-las e tratá-las como sujeitos, responsáveis “por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma” (Ministério da Saúde, 2005, p. 11).

Portanto, é necessário estar disponível ao encontro com a singularidade, considerando o sofrimento da criança como próprio, não tomando o que se diz sobre ela como sua própria palavra, mas sim como demandas de quem as formula (pais,

familiares, professores) (Ministério da Saúde, 2005). Sendo assim, a escuta pode se dar num espaço de articulação da palavra, para além do sintoma (Mariotto, 2015). Na infância, essa possibilidade de articulação pode se dar pelo *brincar*, uma das principais ferramentas que as crianças utilizam como forma de expressão. Para Jerusalinsky (2014), trata-se do próprio trabalho de constituição do sujeito nesse período, uma vez que possibilita às crianças saírem de um lugar passivo e produzirem articulações significantes diante dos acontecimentos.

A partir dessas concepções e do desejo de escutar as crianças, inauguramos o tempo de brincar e de narrar na Atenção Primária, por meio de um dispositivo grupal. Constituiu-se a produção de um espaço coletivo destinado à infância nesse contexto, para que as histórias pudessem encontrar lugar e as crianças pudessem se expressar no compartilhamento de experiências. O grupo foi destinado a crianças entre 6 e 10 anos, com frequência de uma vez por semana e duração que variava entre uma 1h30 e 2h. Os encontros duraram aproximadamente seis meses e contaram com a coordenação de uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira residentes, uma técnica de enfermagem e uma agente comunitária de saúde, além da participação do restante da equipe na elaboração de ideias e construção de materiais. Das 15 crianças convidadas para o primeiro encontro do grupo, oito compareceram e seguiram participando, embora com algumas ausências de algum membro em cada semana.

Inicialmente, a proposta era utilizar a ferramenta da contação de histórias como intervenção, tendo em vista que elas são terreno fértil para a criação de outras possibilidades de si (Corso & Corso, 2006). Dessa forma, constituímos nosso espaço, no primeiro encontro, a partir da história do “Zerinho que Foge de Casa” (Poças, 1997), pois se sentia muito sozinho. Os outros números, muito amigos, sempre brincavam juntos, mas nunca com ele. Afinal, quem tem uma bala tem algo, quem tem zero balas não tem nada. No entanto, na ausência de Zerinho, o relógio para de contar 10 horas e a professora só ensina do 1 ao 9. Os números, ao se darem conta, vão em busca de Zerinho, anunciando que precisam dele. No reencontro, aumentam de tamanho: tornam-se o 10, o 20, o 30 e assim por diante – marcando a importância de sua existência e a diferença produzida com sua presença. Dessa forma, justamente como um

espaço aberto à singularidade, o grupo foi se constituindo enquanto possibilidade de expressão.

Ainda que a proposta inicial fosse sustentar e estruturar o grupo com a contação de histórias, as crianças se apropriaram de tal forma do espaço que o transformaram ativamente. Ao longo das semanas, fomos percebendo que elas passaram a conduzir muito mais os encontros por meio de brincadeiras livres, movimentando o grupo a partir de suas questões e interesses. Da brincadeira de queimada ao futebol, com uma bola sempre em movimento: a possibilidade de se mover para além da hiperatividade ou da timidez excessiva. Da montagem da casinha aos monstros de argila, a possibilidade da construção de algo que diz sobre si, para além do que dizem os(as) cuidadores ou os(as) profissionais de saúde sobre elas. Não se tratava mais de casos, mas de histórias que foram aparecendo, encontrando brechas e outros endereçamentos.

Dessa forma, fomos compondo os encontros a partir da movimentação das crianças, abrindo espaço para a construção espontânea em cada momento, passando por brincadeiras com bola, com casinha e personagens, com fantasia, com fantoche, jogos etc. Intercalamos a isso encontros mais estruturados, previamente organizados a partir de histórias como “Três Porquinhos” e “Onde Vivem os Monstros?”, com a construção de materiais para o cenário da contação e brincadeiras/atividades posteriores, desenho, pintura ou outras brincadeiras.

Como aponta Jerusalinsky (2014), o brincar abre espaço justamente para uma posição ativa da criança. Assim, não só as crianças puderam se expressar, mas a coordenação do grupo e a equipe de saúde também puderam colher pistas importantes para a construção do acompanhamento. A movimentação das crianças demonstra a importância do brincar enquanto possibilidade de articulação significativa (Jerusalinsky, 2014), permitindo às crianças se colocarem para além da queixa inicial de suas famílias ou da escola e à equipe produzir novas leituras acerca das situações, mais ampliadas e menos cristalizadas.

Assim, por meio da valorização de suas produções e diferenças, as crianças puderam contar com um espaço no qual não eram tomadas apenas em suas

dimensões orgânicas, comportamentais ou sintomáticas. O sofrimento psíquico na infância encontrou possibilidades de elaboração sem ficar reduzido à perspectiva de correção, tendo em vista que o espaço do grupo fez emergir conflitos e questões por meio da brincadeira e da fala das crianças, que serviu como material para análise de cada situação.

Além de um espaço de acompanhamento onde pudemos construir estratégias de cuidado com as crianças, com as famílias e com a escola, de acordo com cada demanda, o grupo no contexto da Atenção Básica se mostrou potente como possibilidade de um acolhimento estendido, isto é, um espaço para conhecer as crianças e suas histórias no processo de escuta inicial. Assim, a experiência no grupo pode também indicar, por vezes, a necessidade de algum outro tipo de atendimento.

Ademais, foi a partir desse dispositivo que se produziram maiores interações entre a equipe com relação à infância. Na casinha da unidade, lugar destinado às intervenções coletivas, organizou-se um “canto lúdico”, onde se encontravam os materiais e as produções dos encontros. Para além disso, marcava um novo espaço para a infância na unidade – de certa forma, construído por todos os(as) profissionais, seja na produção de cenários para as histórias ou na aposta do espaço enquanto possibilidade de acompanhamento para outras crianças.

Os efeitos da ação incluíram, ainda, a aproximação das famílias ao serviço⁷, que passaram a frequentar a unidade toda semana e compartilhar questões com as coordenadoras e entre si, e a possibilidade de novos diálogos com a escola, indicando os frutos colhidos do acompanhamento nos contextos familiar e escolar. Mostrou-se, portanto, como uma potente intervenção enquanto produção da saúde na infância.

Dessa forma, inventando junto com as crianças uma outra história para a infância, o grupo permitiu a constituição de um novo tempo na Atenção Básica, por meio da possibilidade de narrar e de brincar. No encontro com uma infância não reduzida a um corpo orgânico, mas escutada na sua dimensão subjetiva, foi possível se movimentar junto aos sujeitos, que são sempre surpreendentes (Figueiredo, 2010).

⁷ Como uma das intervenções do grupo, realizamos um encontro coletivo com os(as) cuidadores/responsáveis, com o objetivo de escutá-los, discutir o espaço e dar devolutivas do acompanhamento. Além disso, estávamos disponíveis para conversas individuais quando demandado.

Considerações Finais

Rubi é a Infância

Por ali permanecemos, instaurando um novo tempo em Rubi: um tempo gerúndio, das coisas acontecendo, no qual as crianças puderam nos contar suas histórias e compor novas. Por ali conseguimos novamente nos colocar em movimento, dessa vez no tempo das crianças. Não é que suas histórias deixaram de fazer rastros ou buracos. Na verdade, justamente por meio da possibilidade de vê-los, a cidade pode reencontrar suas crianças e, por isso, reconhecer nos rastros e buracos partes de sua própria história (Diário de campo).

Na atualidade, o sofrimento psíquico passou a ser considerado um transtorno, algo a ser eliminado e silenciado, após sua classificação em um vasto cardápio de quadros nosográficos (Jerusalinsky, 2019). Nem mesmo a infância, um tempo de desenvolvimento e constituição, conseguiu escapar dessa perspectiva. As demandas relativas à saúde mental nesse período da vida chegam aos serviços de saúde por meio de queixas familiares e/ou escolares que frequentemente apontam questões localizadas nos aspectos individuais e comportamentais, bem como podem indicar uma demanda de correção.

Assim, para Val et al. (2017), a perspectiva de privilegiar a objetividade de sinais e sintomas psíquicos produziu uma aproximação do diagnóstico psiquiátrico da objetividade empírica das doenças orgânicas. Nessa lógica, as dimensões subjetivas, históricas e culturais dos sujeitos são desvalorizadas, para dar espaço a procedimentos diagnósticos padronizados. “Recortam-se e isolam-se esses transtornos do restante da experiência de vida e do contexto social” (Cirino, 2015, p. 34).

No entanto, o sofrimento psíquico apresenta uma complexidade etiológica, associada não só a aspectos internos, mas também relacionais e sociais. “Sofrimento psíquico ultrapassa a definição habitual das doenças, uma vez que diz respeito a cada sujeito

em sua singularidade” (Cirino, 2015, p. 33). A infância, em especial, é considerada como um tempo em que as estruturas, orgânica e psíquica, não estão decididas, o que implica uma diferença entre ser e estar: a criança pode estar em uma condição diagnóstica, mas isso não define quem ela é ou será (Jerusalinsky, 2016).

Essas duas concepções entram em tensionamento no cotidiano da Atenção Básica. Ainda que as orientações das políticas apontem para uma perspectiva ampliada, as condições de trabalho muitas vezes se tornam obstáculos ou impeditivos para a construção de estratégias de cuidado que não se reduzam às questões orgânicas e individuais. Com relação à infância, por mais que haja indicação da importância de um olhar às relações e aos contextos de vida, é necessário que isso se constitua no processo de trabalho, por meio da invenção compartilhada de outras histórias possíveis com as crianças e trabalhadores da saúde.

Assim, torna-se possível uma quebra na linearidade acolhimento-encaminhamento muito presente no contexto da Atenção Básica. Nesse processo, o acolhimento pode se colocar em uma perspectiva de *acompanhamento*, no qual as intervenções serão pensadas em conjunto com os(as) usuários(as) e equipe de saúde, sustentadas pelo vínculo. Trata-se de uma posição que Figueiredo (2004) chama de *aprendiz da clínica*, isto é, “colher das produções do sujeito os indicadores para seu tratamento”, de forma não hierarquizada (p. 83).

A partir da experiência em uma Unidade de Saúde da Família, encontramos a possibilidade de nos tornarmos *aprendizes da clínica* com as crianças, em um espaço coletivo de brincar e de contar histórias. Foi a partir desse dispositivo, para além do encaminhamento, que uma interação maior se produziu na equipe com relação à infância e que as crianças puderam narrar e contar com um espaço de escuta no seu território. Passaram, portanto, a ser vistas não mais como *casos*, mas como *crianças que podem contar suas histórias*. Assim, em meio à aceleração de Rubi, foi possível sustentar uma escuta alinhada à perspectiva da produção de saúde, que passa pela invenção de uma clínica que leva em conta o movimento de se tornar sujeito, próprio da infância, aberto e potente.

Referências

- Bernardino, L. M. F. (2006). *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. Escuta.
- Bernardino, L. M. F. (2015). O psicanalista e as psicopatologias da infância. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 55-67). Escuta.

- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 20-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>
- Bondía, J. L. (2004). A operação ensaio: Sobre o ensaiar e o ensaiar-se no pensamento, na escrita e na vida. *Educação e Realidade*, 29(1), 27-43.
- Campos, R. O. (2006). A promoção da saúde e a clínica: O dilema promociionista. In A. Castro & M. Malo, *SUS: Ressignificando a promoção da saúde* (pp. 62-74). Hucitec.
- Cirino, O. (2015). Genealogia da psiquiatria da infância. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 19-40). Escuta.
- Corso, D. L., & Corso, M. (2006). *Fadas no divã: Psicanálise nas histórias infantis*. Artmed.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: Uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Figueiredo, A. C. (2010). Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In A. M. C. Guerra & J. O. Moreira (Orgs.), *A psicanálise nas instituições públicas: Saúde mental, assistência e defesa social* (pp. 11-18). Editora CRV.
- Jerusalinsky, J. (2014). *A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê – Jogos Constituintes do sujeito*. Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2016). *Travessias e travessuras no acompanhamento terapêutico*. Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2019). Verdade, gozo e saber na infância, cem anos depois de Freud: Impasses das políticas de saúde pública para cuidarmos das crianças de hoje. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre, *Quem cuida da saúde mental infantojuvenil?* (pp. 40-60). Instituto Appoa.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. <https://bit.ly/3S6GFLl>
- Marcon, H. H. (2016). O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In M. Kamers, H. H. Marcon, & M. L. T. Moretto (Orgs.), *Desafio atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 293-312). Escuta.
- Mariotto, R. M. M. (2015). Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomedicalização. In M. Kamers, R. M. Mariotto, & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 288-302). Escuta.
- Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2a ed.). <https://bit.ly/3gi5sPH>
- Ministério da Saúde. (2012). *Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento* (Cadernos de atenção básica, Vol. 33). <https://bit.ly/3SdEoym>
- Ministério da Saúde. (2018). *Caderneta de saúde da criança: Menina* (12a ed.). <https://bit.ly/3MGKCFD>
- Passos, E., & Barros, R. B. (2015). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escossia (Orgs.), *Pistas do método de cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Sulina.
- Poças, I. M. (1997). *Zerinho foge de casa*. Iriar.
- Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. (2008, 24 de janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). <https://bit.ly/3TyIdPy>
- Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017*. (2017, 21 de setembro). 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). <https://bit.ly/3MHd5v6>
- Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. (2010, 30 de dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <https://bit.ly/2KPvWU3>
- Portaria nº 687, de 30 de março de 2006*. (2006, 30 de março). Aprova a Política de Promoção da Saúde. <https://bit.ly/2Pk5cOj>
- Val, A. C., Modena, C. M., Campos, R. T. O., & Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e saúde coletiva: Aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1287-1307. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400022>

Ana Paula Chisini Freitas

Psicóloga da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: anachisini@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6661-7706>

Cristian Fabiano Guimarães

Psicólogo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: cristian@saude.rs.gov.br

 <https://orcid.org/0000-0003-3101-634X>

Luciane Susin

Psicóloga da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Porto Alegre – RS. Brasil.

E-mail: luciane.susin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3066-1320>

Endereço para envio de correspondência:

Ana Paula Chisini Freitas. Rua José de Alencar, 1244, apto. 8080, Menino Deus. CEP: 90880-480. Porto Alegre – RS. Brasil.

Recebido 29/06/2020

Aprovado 03/05/2021

Received 06/29/2020

Accepted 05/03/2021

Recibido 29/06/2020

Aceptado 03/05/2021

Como citar: Freitas, A. P. C., Guimarães, C. F., & Susin, L. M. (2022). A cidade e a infância: Possibilidades da saúde mental na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240239>

How to cite: Freitas, A. P. C., Guimarães, C. F., & Susin, L. M. (2022). The city and the childhood: Mental health care possibilities in primary care. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240239>

Cómo citar: Freitas, A. P. C., Guimarães, C. F., & Susin, L. M. (2022). La ciudad y la infancia: Posibilidades de salud mental en atención primaria. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003240239>