

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Thaís Souza Pereira

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O  
CUIDADO NA INFÂNCIA: ENCONTROS E SINGULARIDADES NO E DO  
COTIDIANO DAS FAMÍLIAS**

Santa Maria, RS

2020

**Thaís Souza Pereira**

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O CUIDADO NA  
INFÂNCIA: ENCONTROS E SINGULARIDADES NO E DO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS**

Monografia apresentada ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família**

Orientador: Prof. Dr. Luís Antônio Sangioni

Co-orientadora: Sharon da Silva Martins

Santa Maria, RS

2020

**Thaís Souza Pereira**

**PERCEPÇÕES DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O CUIDADO NA  
INFÂNCIA: ENCONTROS E SINGULARIDADES NO E DO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS**

Monografia apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Residência Multiprofissional  
Integrada em Sistema Público de Saúde, da  
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),  
como requisito parcial para obtenção do título de  
**Especialista em Sistema Público de Saúde,  
Área de Concentração Atenção Básica/  
Estratégia de Saúde da Família**

**Aprovado em 28 de fevereiro de 2020:**

---

**Luís Antônio Sangioni, Dr. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Sharon da Silva Martins, Esp. (SMS)**  
(Co-orientadora)

---

**Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)**

---

**Zelir Terezinha Valvassori Bittencourt, Esp. (SMS)**

---

**Franciele da Trindade Flores, Ma. (SMS)**  
(Suplente)

Santa Maria, RS

2020

## AGRADECIMENTOS

*Minha ciranda não é minha só  
Ela é de todos nós  
A melodia principal quem  
Guia é a primeira voz  
Pra se dançar ciranda  
Juntamos mão com mão  
Formando uma roda  
Cantando uma canção  
(Lia de Itamaracá)*

*Dois anos se passaram em uma velocidade que me assusta. Nesta experiência singular, muita gente passa pela nossa vida e marca. Serei eternamente grata. Gostaria de agradecer do fundo do coração a todos os que estiveram comigo neste processo de formação, nos mais variados espaços e nas mais diversas funções.*

*À equipe do coração da ESF Maringá e à todos os seus profissionais que praticam o cuidado ampliado diariamente. Sou muito feliz por enfrentarmos juntos nossos desafios e por fazer parte um pouquinho da história de cada um.*

*À Nilce e à Vanessa, por seguirem sempre comigo e contribuírem tanto nas discussões dos grupos. Que bom que tem um pouco de vocês aqui neste trabalho!*

*À Sharon, que não sei nem por onde começar a agradecer de tão importante que foi a parceria nesses dois anos e na condução deste trabalho, que não teria sido possível sem a sua contribuição. Obrigada pela paciência e por acreditar em mim. Espero que saiba o quanto você contribuiu para a minha formação.*

*À equipe do NASF-AB, que de maneira tão afetuosa produz vida diariamente com práticas incríveis de cuidado. Vocês resistem como mulheres fortes que são aos inúmeros desafios do cotidiano da saúde.*

*À minha tutora, profa. Elenir, por ser inspiração e ter o dom de educar que poucos tem. A Fonoaudiologia hoje pra mim tem outro significado graças a ti.*

*Ao meu tutor, prof. Sangioni, pela leveza que conduziu momentos importantes da minha formação e por todo apoio nestes dois anos.*

*Aos meus amigos baianos, paulistas, e agora, gaúchos, pelas trocas, escuta e momentos compartilhados.*

*E aos meus pais, por absolutamente, tudo. Quando olho nossa história, só sinto orgulho. Obrigada por embarcarem comigo nas minhas loucuras e por serem este ponto de apoio tão importante na minha vida.*

*“A árvore que não dá frutos é xingada de estéril. Quem examinou o solo?  
O galho que quebra é xingado de podre, mas não havia neve sobre ele?  
Do rio que tudo arrasta se diz que é violento, ninguém diz violentas as margens que o  
cerceiam.” (Bertold Brecht)*

~ ~ ~

*Às crianças fortes e inspiradoras e aos encontros que vivenciamos nestes dois anos de caminhada e descobertas:*

*Certa vez, quando tinha seis anos, vi num livro sobre a Floresta Virgem, “Histórias Vividas”, uma imponente gravura. Representava ela uma jiboia que engoliu uma fera. Dizia o livro: as jiboias engolem sem mastigar, a presa inteira. Em seguida, não podem mover-se e dormem os seis meses da digestão.*

*Refleti muito sobre as aventuras da selva, e fiz, com lápis de cor, o meu primeiro desenho. Mostrei minha obra prima às pessoas grandes e perguntei se o meu desenho lhes fazia medo. Responderam-me: “Por que é que um chapéu faria medo?”*



*Meu desenho não representava um chapéu. Representava uma jiboia digerindo um elefante. Desenhei então o interior da jiboia, a fim de que as pessoas grandes pudessem compreender. Elas têm sempre necessidade de explicações.*



*As pessoas grandes aconselharam-me deixar de lado os desenhos de jiboias abertas ou fechadas, e dedicar-me de preferência à geografia, à história, ao cálculo, à gramática. Foi assim que abandonei, aos seis anos, uma esplêndida carreira de pintor. Eu fora desencorajado pelo insucesso do meu desenho número 1 e do meu desenho número 2. **As pessoas grandes não compreendem nada sozinhas, e é cansativo, para as crianças, estar toda hora explicando.***

*O Pequeno Príncipe, de Antoine de Saint-Exupéry (1981)*

## RESUMO

### PERCEPÇÕES DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE O CUIDADO NA INFÂNCIA: ENCONTROS E SINGULARIDADES NO E DO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS

AUTORA: Thaís Souza Pereira

ORIENTADOR: Luís Antônio Sangioni

CO-ORIENTADORA: Sharon da Silva Martins

É possível observar que existem muitas dúvidas e dificuldades das famílias e profissionais em lidar com algumas situações referentes ao comportamento e desenvolvimento infantil, o que faz com que as crianças sejam encaminhadas aos serviços de saúde por variadas motivações. O presente estudo buscou compreender as concepções de familiares sobre a situação de saúde mental de crianças encaminhadas pelas escolas de um território do município de Santa Maria a serviços de saúde. Foi realizada pesquisa documental por meio do levantamento e análise dos encaminhamentos realizados pelas escolas. Após análise documental, foram realizados grupos focais com os familiares destas crianças e adolescentes com o objetivo de conhecer a suas percepções frente ao encaminhamento realizado pela escola, compreender o impacto do possível diagnóstico no cuidado ofertado pela família e os sentidos atribuídos neste processo e na busca por atendimento. Este trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. A análise dos dados ocorreu a partir da análise documental inicial e das transcrições das gravações dos grupos, seguindo os níveis de interpretação propostos por Minayo. Foram analisados 22 encaminhamentos e duas mães participaram dos encontros de grupos focais, juntamente com profissionais da equipe, e discutiram os diferentes caminhos e a busca para o cuidado, suas expectativas frente a um possível diagnóstico, os desafios da Rede de Atenção à Saúde, a articulação intersetorial, o trabalho conjunto com as escolas e as estratégias possíveis de construção e produção de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado em saúde. Infância. Intersetorialidade. Famílias. Educação.

## **ABSTRACT**

### **PERCEPTIONS OF FAMILY AND HEALTHCARE PROFESSIONALS ABOUT CHILDHOOD CARE: MEETINGS AND SINGULARITIES IN AND EVERYDAY'S FAMILIES**

AUTHOR: Thaís Souza Pereira

ADVISOR: Luís Antônio Sangioni

CO-ADVISOR: Sharon da Silva Martins

It is possible to observe that there are many doubts and difficulties of families and professionals in dealing with some situations related to child behavior and development, which causes children to be referred to health services for various reasons. The present study sought to understand the family members' conceptions about the mental health situation of children referred by schools in a territory of the city of Santa Maria to health services. Documentary research was carried out through the survey and analysis of referrals made by schools. After documentary analysis, focus groups were held with the families of these children and adolescents in order to get to know their perceptions regarding the referral made by the school, understand the impact of the possible diagnosis on the care offered by the family and the meanings attributed in this process and in the search by treatment. This study is characterized as an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Data analysis took place from the initial documentary analysis and transcriptions of the groups' recordings, following the levels of interpretation proposed by Minayo. 22 referrals were analyzed and two mothers participated in the focus group meetings, together with team professionals, and discussed the different paths and the search for care, their expectations regarding a possible diagnosis, the challenges of the Health Care Network, the intersectoral articulation, joint work with schools and possible strategies for building and producing care.

**KEYWORDS:** Health care. Childhood. Intersectorality. Families. Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- AEE:** Atendimento Educacional Especializado
- CAPSi:** Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
- CID:** Classificação Internacional de Doenças
- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde
- CER:** Centro Especializado em Reabilitação
- CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social
- DSM:** Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família
- ECA:** Estatuto da Criança e do Adolescente
- EJA:** Educação de Jovens e Adultos
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INEP:** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- MS:** Ministério da Saúde
- NEPeS:** Núcleo de Educação Permanente em Saúde
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- ONU:** Organização das Nações Unidas
- PA:** Pronto Atendimento
- PRAEM:** Programa de Atendimento Especializado Municipal
- RAS:** Redes de Atenção à Saúde
- SAF:** Serviço de Atendimento Fonoaudiológico
- SMED:** Secretaria de Município da Educação
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TDAH:** Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
- TDO:** Transtorno Desafiador Opositor

## SUMÁRIO

## PÁGINAS

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 OBJETIVO GERAL .....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	17
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	17
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	17
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	18
4.4 MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS .....	18
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	20
4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTICAS .....	21
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
5.1 COMPREENDENDO OS ENCAMINHAMENTOS E SEUS EFEITOS .....	22
5.2 CONHECENDO AS FAMÍLIAS E AS CRIANÇAS .....	27
5.3 COM A PALAVRA, AS MÃES: DIFERENTES CAMINHOS E A BUSCA PARA O CUIDADO .....	31
5.4 EXPECTATIVAS E DIAGNÓSTICO: AFINAL, “O QUE ESSA CRIANÇA TEM?” .....	35
5.5 ENTRE OS NÓS E FIOS SOLTOS DA REDE .....	38
5.6 ESCOLA: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA UMA CLÍNICA NECESSARIAMENTE AMPLIADA .....	40
5.7 ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS DE CONSTRUÇÃO E PRODUÇÃO DE CUIDADO .....	43
5.8 PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS .....	45
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
<b>7 APÊNDICE</b> .....	56
<b>A - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS</b> .....	56
AA - ROTEIRO DE GRUPO FOCAL COM FAMILIARES .....	56
<b>8 ANEXOS</b> .....	57
A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	57
B - AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS .....	59
BA - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO NEPES .....	59
BB - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SMED .....	60

## 1. INTRODUÇÃO

A infância é um período da vida com particularidades e demandas especiais, sendo determinante na vida de qualquer indivíduo. Tudo o que acontece nela adquire papel fundamental e é alicerce para o desenvolvimento humano. Philippe Ariès, historiador cujo objeto de estudo se centrou na concepção e no lugar social da infância e da família em diferentes períodos, afirma que a concepção de infância faz parte de uma construção social e histórica que se modificou ao longo dos anos. Durante séculos, a criança foi percebida e tratada como um adulto em miniatura, sem peculiaridades que pudessem demandar uma preocupação especial (ARIÈS, 1981).

A compreensão da infância enquanto uma construção social institui determinadas posições, bem como diferentes modos de ser e viver essa etapa da vida (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005). Assim, os modos específicos da criança se comportar, agir e sentir, apenas podem ser compreendidos através da interação estabelecida com o outro, a qual se institui segundo as condições objetivas da cultura em que estão inseridos (FÉLIX, 2014). Compreender o papel da família em todo este processo torna-se imprescindível, uma vez que para ofertar cuidados que possibilitem que a criança atinja o seu potencial, os familiares também podem precisar de apoio.

É possível observar que existem muitas dúvidas e dificuldades das famílias e profissionais em lidar com algumas situações referentes ao comportamento e desenvolvimento infantil. Durante o século XX, a principal preocupação das políticas públicas com relação à saúde infantil girava em torno da sobrevivência de crianças além do primeiro ano de vida. Diversas medidas ambientais, sociais e de saúde foram apresentadas, voltadas, prioritariamente, para o combate à fome, desnutrição infantil e ocorrência de doenças imunopreveníveis (BARRETO et al., 2011). Contudo, no século XXI, com a redução da mortalidade infantil, o objetivo da saúde infantil almejou contribuir para a melhoria das condições gerais de vida e saúde da população infantil (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

Santos, Bustamante & Santos (2016), descreveram que as ações da saúde infantil são sustentadas por dois panoramas complementares: (1) abordagens focadas na promoção do desenvolvimento saudável, cujo objetivo final estabelece o alcance do potencial desenvolvimental inerente à criança, em uma perspectiva de desenvolvimento cognitivo, socioemocional, motor ou de aprendizagem; e (2) ações voltadas para a identificação precoce de problemas de desenvolvimento ou de comportamento, visando intervenção precoce, redução de danos para a criança e melhor adaptação à condição de saúde que esta apresenta. Ambas

as abordagens requerem assistência integral à criança e estão inseridas no cotidiano da rede de Atenção Básica, em especial, da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Usualmente as crianças são encaminhadas aos serviços de saúde com demandas de tratamentos associados a pedido de resolução imediata dos problemas, bem como permeadas por um excesso de diagnósticos na infância, como problemas de aprendizagem, autismo, hiperatividade, transtornos obsessivos, transtornos opositores desafiadores, dentre outros. As famílias são orientadas de forma precoce a procurarem a solução no campo da saúde, devido à compreensão de que estas crianças são acometidas por disfunções biológicas, logo, individuais. Dessa forma, em consequência destas questões, houve um aumento de solicitações por atendimento especializado e de diagnósticos equivocados, o que leva a um excesso de patologização e consequente medicalização da infância, especialmente de psicotrópicos, em decorrência de diagnósticos baseado em transtornos biopsicossociais (RIO DE JANEIRO, 2018).

A complexidade do tema exige abordagens dialógicas e intersetoriais que promovam a integralidade da atenção à criança e permitam a criação e articulação de novas formas e possibilidades de se realizar o cuidado em saúde de forma interdisciplinar. Para além das técnicas prescritivas, estimular também nas famílias a participação e a corresponsabilização na construção de uma rede de cuidados compartilhados. Abordar a saúde na infância, independente do campo de atuação, é visualizar o sujeito integralmente, considerando sua subjetividade, singularidade e visão de mundo, a partir da constituição de uma rede de serviços.

Desta forma, é importante considerar que crianças são indivíduos em desenvolvimento que devem ser estimuladas ao protagonismo (BATTISTELLI & CRUZ, 2016). Por isso, é imprescindível a integração entre os profissionais e serviços de saúde, educação, cultura, assistência social, direitos humanos, entre outros que estão presentes no dia a dia da criança e de sua família, dando materialidade ao Sistema de Garantia de Direitos previsto na legislação sobre os direitos da infância (BRASIL, 2018).

Os profissionais da educação tem uma relevante importância neste processo e o diálogo com os profissionais da saúde possibilita o acompanhamento criterioso do desenvolvimento infantil e da discussão com a rede de cuidado. A articulação intersetorial permite que os diagnósticos sejam averiguados de maneira mais criteriosa, servindo de base para o planejamento de qualquer estratégia para a infância e tencionando os mecanismos de cuidado que se estabelecem em nossas práticas (BRASIL, 2018).

À vista disso, esse estudo se justifica no intuito de oferecer subsídios que possam contribuir para a promoção de intervenções em desenvolvimento infantil por profissionais da saúde e da educação, sendo a saúde da criança um dos focos estratégicos da Atenção Básica

e considerando a perspectiva de seus familiares na busca por cuidado. Destaca-se a necessidade de que estes profissionais conheçam as famílias das crianças às quais prestam assistência, uma vez que estas se constituem aliadas imprescindíveis no cuidado. Conhecer a sua rede de apoio social, assim como compreender as suas concepções sobre a saúde das crianças, em especial à saúde mental, possibilita a produção de conhecimento e realização de práticas mais próximas à realidade da criança e sua família.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

O século XX, no cenário mundial, é considerado um período relevante no que diz respeito à proteção e com os direitos das crianças, configurando novas concepções e relações com a população infantil. Este fato foi norteado por documentos como a Declaração de Genebra, de 1924, sobre os Direitos das Crianças, a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, da Organização das Nações Unidas (ONU) e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, de 1989, da qual o Brasil é signatário do Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990 (DELFINI, 2016).

No âmbito nacional, é na Constituição Federal de 1988 que os direitos das crianças e adolescentes foram elaborados, sendo regulamentados por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 (Lei Federal nº 8.069, de 13 de junho de 1990), que afirmaram o reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos. Os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária também tiveram grande influência nesta mudança. O encontro destes três movimentos, intrinsecamente relacionados com o momento histórico em que ocorreram, teve papel decisivo na abertura de caminhos para a construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes (REIS et al., 2010).

Observa-se, desta forma, que é recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser diagnosticados, tratados e cuidados. Até o início do século XXI, a população infanto-juvenil não havia sido praticamente contemplada com políticas públicas de saúde mental consistentes; que eram focadas até então, na população adulta (COUTO & DELGADO, 2015). Assim, o Estado brasileiro, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu responsabilidades e diretrizes para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

Anteriormente, esta responsabilidade ficava ao encargo de entidades filantrópicas e educacionais que, mesmo não vocacionadas para este atendimento, responsabilizaram-se pelo

vazio assistencial, devido à ausência de proposições políticas e de diretrizes públicas para orientação do cuidado (COUTO, 2004).

A partir de 2001, com a promulgação da lei 10.216, lei da Reforma Psiquiátrica, e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a saúde mental de crianças e adolescentes ganhou destaque. Uma política específica começou a ser construída, reafirmando a concepção de criança como sujeito de direitos, já expressas em 1989 (ONU) e 1990 (ECA).

Segundo Couto (2012, p. 7), a ideia da criança como *sujeito psíquico*, que pode “se desenvolver, socializar, mas também ser atravessados por enigmas e vicissitudes subjetivas, inerentes à sua condição humana”, passou a ser contemplada também nesta Conferência. Além disso, discute-se o direito da criança de ser cuidada de maneira ampla, para além de uma correção ou adaptação comportamental, coerente tanto com ideais da Reforma Psiquiátrica quanto com os preceitos do ECA.

Desde 2002, o Ministério da Saúde (MS) vem investindo recursos e dispondo orientações para superar essa lacuna histórica de assistência à saúde mental de crianças e adolescentes.

A publicação da portaria 336/2002 (BRASIL, 2002) que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi), a criação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes, em 2004, e a publicação do documento ministerial “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005) são alguns dos marcos que indicam a direção política atual tomada pelo Brasil. As diretrizes básicas da referida políticas são: a consideração da criança como sujeito de direitos, o acolhimento universal, o encaminhamento implicado e corresponsável, a construção permanente da rede e da intersetorialidade, o trabalho no território, a avaliação das demandas e construção compartilhada das necessidades de saúde mental (BRASIL, 2005).

Essa concepção é legitimada na IV Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 2010, que incorpora a noção de rede pública ampliada de atenção em saúde mental de crianças e adolescentes e no documento “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014). Nesse documento, são ressaltados componentes do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes que devem incluir “ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições” (BRASIL, 2014).

Como posto, observa-se que atualmente os cuidados voltados às crianças em sofrimento psíquico são orientados por um modelo público de rede de atenção composta por um conjunto de serviços de saúde e de outros setores. Muitos ainda são os desafios a serem percorridos para

que estas conquistas sejam realmente efetivadas. Entre os principais problemas descritos na atualidade, que referem-se a situações historicamente presentes, estão: a psiquiatrização da demanda escolar, a patologização dos casos então considerados desvios de conduta; a ausência de planos e condutas terapêuticas mais elaborados para os casos mais graves; bem como as atuais políticas e programas para o enfrentamento do uso de drogas (AMSTALDEN; HOFFMANN; MONTEIRO, 2010; BRASIL, 2005, 2013). Além disso, crianças desassistidas ou a procura de tratamento, carência de oferta de serviços e profissionais de saúde diante das necessidades da população, assim como desenvolvimento de ações de cuidado pouco articuladas entre os serviços e setores (DELFINI, 2010) também são grandes desafios, o que dificulta a assistência de forma integral através da constituição de uma rede pública de atenção em saúde mental infanto-juvenil mais resolutiva.

Vicentin (2006) ressalta que na infância, a clínica é necessariamente ampliada, pois o cuidado em saúde de crianças só é efetuado se desenvolvido de modo interdisciplinar e intersetorial, bem como na mobilização de seu ambiente social e institucional (família e escola) mais próximo.

Diante do exposto, constata-se a atualidade do tema e a necessidade de discussões e investimentos nessa área. Delfini, Bastos & Reis (2017) relataram que dentre as pesquisas existentes, pouco se menciona a construção da atenção em saúde mental infantil e das redes de cuidado com base nos usuários dos serviços, ou seja, das crianças e famílias em atendimento e, mais especificamente ainda, valendo-se das condições concretas de suas vivências em busca de respostas aos problemas com os quais se deparam. Estes e outros autores completam ainda, que, alguns estudos que têm como foco os familiares de crianças em sofrimento psíquico e destacam a falta de intervenções terapêuticas dirigidas nos serviços, a dificuldade das equipes para lidar com as diversas configurações familiares, a sobrecarga emocional vivenciada especialmente pela mãe, principal cuidadora destas crianças, e as dificuldades encontradas na procura por tratamento (DOMBI-BARBOSA et al., 2009; FÁVERO-NUNES & SANTOS, 2010; MONTEIRO et al., 2012; BUSTAMANTE & SANTOS, 2015; MUYLAERT, DELFINI & REIS, 2015).

Essa busca dos familiares por atendimento é importante para a discussão das potencialidades e fragilidades na construção da rede de atenção. O itinerário percorrido pelas famílias pode ser revelador do entendimento concreto dos familiares a respeito das dimensões próprias e diferenciais que existem entre os modelos de base manicomial e os de base psicossocial (DELFINI, BASTOS & REIS, 2017).

Estudos epidemiológicos demonstram que problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são mais frequentes, atingindo cerca de 10% a 20% deles, dependendo da metodologia utilizada para estimar a prevalência (OMS, 2005).

No Brasil, estudos revelaram uma taxa de prevalência entre 10,8% e 12,7%, que tende a ser maior nos dias de hoje, tendo em vista que já se passou mais de uma década da realização do referido estudo. Em relação aos tipos de problemas encontrados, verificou-se que os mais comuns são ansiedade (5,2%-6,2%), problemas de conduta/comportamento (4,4%-7,0%), hiperatividade (1,5%-2,7%) e depressão (1,0%-1,6%). Autismo e problemas correlatos apresentam taxa de prevalência abaixo de 1% (FLEITLICH-BILYK, GOODMAN, 2004; ANSELMINI et al., 2009).

De acordo com Portela (2019), muitos estudiosos e profissionais da Saúde Pública têm utilizado prioritariamente, no caso da saúde mental infanto-juvenil, a noção de “problemas de saúde mental” no lugar de “transtornos mentais”. Isso se deve ao fato das classificações atuais (CID 10 e DSM V), ao agruparem as queixas sob a rubrica de transtornos, têm se mostrado insuficientes para fazer frente à diversidade de influências (culturais, sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil) que contam para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas na população em questão.

O autor ainda menciona que os estudos epidemiológicos também demonstram haver impactos negativos, advindos de problemas não tratados ou cuidados, na sociabilidade e na escolaridade, que tendem a persistir ao longo dos anos. A maioria dessas crianças e adolescentes não recebem cuidados adequados, ou mesmo não tem acesso a qualquer serviço ou ação de saúde compatível com suas necessidades (PORTELA, 2019).

Desta forma, a Atenção Básica tem uma importante função na ampliação do acesso e na redução de estigmas e preconceitos, podendo ser efetiva no manejo de muitas situações, mesmo naquelas que exigem parceria com serviços específicos de saúde mental. Para que possa ser resolutiva e contribuir para a melhoria do cuidado, os profissionais de saúde necessitam aumentar sua acuidade para as diferentes e inventivas formas de expressão dos problemas que as crianças e jovens apresentam, e para oferta de suporte a eles e suas famílias.

Tanaka & Lauridsen-Ribeiro (2006) pesquisaram as dificuldades dos profissionais da Atenção Básica na identificação de problemas em saúde mental nessa população e identificaram que estes envolvem diferentes aspectos, sendo mais comum a identificação de problemas com componentes somáticos (enurese, encoprese, bruxismo etc.), ou de transtornos específicos do desenvolvimento (aprendizagem e linguagem). Depressão e ansiedade são raramente, ou nunca, consideradas na infância e adolescência; e a hipótese de transtorno de conduta

geralmente é realizada de modo bastante genérico e, muitas vezes, apresenta-se como resultado apenas de valores morais ou normativos. Essas dificuldades estão relacionadas, em grande medida, ao caráter recente do reconhecimento de que na infância e na adolescência há possibilidade de emergência de sofrimento psíquico, que requererá acolhimento e cuidado.

A partir da noção de clínica ampliada e da complexidade das intervenções em saúde mental, é fundamental a construção cotidiana de uma rede de profissionais, ações e serviços para a garantia do acesso de crianças, adolescentes e jovens aos cuidados nesta área. Assim, é imprescindível a criação de estratégias intersetoriais, sem as quais não será possível conquistar a integralidade do cuidado oferecido.

Nesta perspectiva, a escola surge como um espaço privilegiado para parceria e criação de estratégias de intervenção e promoção da saúde que tenham impactos significativos na saúde mental e bem-estar infantil. Além disso, grande parte das demandas que chegam aos serviços de saúde são oriundas da escola através de encaminhamentos para atendimentos especializados. É importante que estes encaminhamentos sejam discutidos e elaborados em conjunto pelas equipes da saúde e educação de forma corresponsável.

Os setores da educação, assistência social e justiça, além da saúde em geral, e da saúde mental em particular, devem se implicar na busca de processos de trabalhos mais coletivos em prol de resultados melhores e mais justos, voltados para a melhoria da saúde mental dessas crianças e adolescentes. Muitas vezes o compartilhamento de um caso concreto, em situação complexa que extrapola setores compartimentalizados, pode desencadear ações efetivas, potencializadas pelas contribuições e tomadas de responsabilidade dos vários atores/setores envolvidos (COUTO; DELGADO, 2010).

Por fim, cada criança e adolescente é um sujeito singular e deve ser abordado a partir dessa condição. Isso significa dizer que cada um tem sua própria história, seu jeito de ser, seu modo de aprender as experiências por que passa, suas questões subjetivas, familiares e sociais, suas dificuldades, e suas tentativas de solução.

Mesmo que tenham diagnósticos semelhantes, são pessoas únicas, que vivem sob dinâmicas familiares também próprias e, como tais, devem ser tratadas e respeitadas. Conhecer bem as famílias, suas dinâmicas e formas de relacionamento entre seus membros permite o desenvolvimento de estratégias mais potentes para o planejamento terapêutico e cuidado ofertado àquela criança, adolescente e sua família.

### **3. OBJETIVOS**

**3.1 OBJETIVO GERAL:** Compreender as concepções de familiares e profissionais da saúde que atuam na atenção básica sobre a situação de saúde mental de crianças encaminhadas a serviços de saúde pelas escolas.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar crianças encaminhadas pelas escolas de um território por questões de saúde mental aos serviços de saúde;
2. Conhecer as principais causas de encaminhamentos das crianças pelas escolas;
3. Compreender as percepções e o impacto do possível diagnóstico no cuidado ofertado pela família.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Nesta perspectiva, este tipo de estudo, para Denzin & Lincoln (2006), visa compreender e interpretar fenômenos a partir dos significados que as pessoas lhe conferem em seus cenários naturais, mediante um conjunto de práticas materiais e interpretativas. Assim, incorpora o significado e a intencionalidade aos atos, às relações e às estruturas sociais, considerando-os em seus aspectos históricos, simbólicos e estruturais e compreendendo-as como construções humanas significativas (MINAYO, 2010).

### **4.2 CENÁRIO DE ESTUDO**

O estudo ocorreu no município de Santa Maria, situado na região central do estado do Rio Grande do Sul, o qual conta com uma população de 280.505 mil pessoas residentes (IBGE, 2018). Em vista disso, o estudo compreendeu duas escolas que fazem parte da rede municipal de educação e estão inseridas no território de abrangência de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família localizada na região Centro-Leste do município. A unidade é composta por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e faz cobertura de aproximadamente 5.000 pessoas.

Destas escolas, uma atende crianças e adolescentes de sete a 16 anos dos anos iniciais e finais, que compreende 1º ao 9º anos do ensino fundamental, além de turmas de Educação de

Jovens e Adultos (EJA). Segundo os dados do Censo Escolar/INEP de 2018, a escola atende cerca de 469 crianças.

A outra escola contempla as etapas de ensino correspondentes à educação infantil, com crianças de até seis anos de idade. Também segundo os dados do Censo Escolar/INEP de 2018, a escola apresenta 124 crianças matriculadas.

É importante ressaltar que ambas as escolas contam com o apoio de profissionais da Educação Especial em seu quadro de funcionários, com Atendimento Educacional Especializado (AEE).

A pesquisa foi realizada entre os anos de 2019 e 2020 e teve recorte temporal de 2018 a 2019 para a delimitação da população do estudo. Esta escolha é justificada devido ao período e campo de atuação da fonoaudióloga pesquisadora enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família.

#### **4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado com familiares de crianças e adolescentes encaminhados pelas escolas descritas acima por questões de saúde mental aos serviços de saúde.

Como critério de inclusão, definiu-se que as famílias deveriam residir nos territórios de abrangência de duas unidades de Estratégia de Saúde da Família, próximas geograficamente, e localizadas na Região Centro-Leste do município.

O critério de exclusão foi a mudança da criança e sua família para outros territórios que não aqueles mencionados acima, o que dificultaria a sua participação nos grupos e a continuidade do cuidado/monitoramento das equipes após a realização da pesquisa.

#### **4.4 MÉTODOS PARA COLETA DE DADOS**

Em um primeiro momento, foi realizada a pesquisa documental através do levantamento e análise dos encaminhamentos de crianças e adolescentes realizados pelas escolas a serviços de saúde por questões de saúde mental no período de 2018 a 2019. Foram utilizados os documentos elaborados pelas escolas para viabilizar este encaminhamento, como pareceres pedagógicos e relatórios.

A pesquisa documental se caracteriza pela pesquisa “[...] de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 45). O uso de documentos para a pesquisa traz uma

riqueza de informações, já que elas podem ser utilizadas em várias áreas de ciências humanas e sociais, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Além disso, a etapa documental pode complementar a pesquisa, subsidiando dados encontrados por outras fontes, no sentido de corroborar a confiabilidade dos dados. (MARTINS; THEOPHILO, 2009).

Em um segundo momento, foram realizados grupos focais com os familiares destas crianças e adolescentes com o objetivo de conhecer a suas percepções frente ao encaminhamento realizado pela escola, compreender o impacto do possível diagnóstico no cuidado ofertado pela família e os sentidos atribuídos neste processo e na busca por atendimento.

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados que consiste em discussão de grupo, na qual o pesquisador se coloca de uma forma ativamente atenta e encorajada às interações do grupo (BARBOUR, 2009; GONDIM, 2002). Desta forma, permite verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações encontram-se associados a determinado fenômeno. Nesse sentido, os grupos focais colocam as pessoas em situações próximas à situação real de vida, oferecendo ao pesquisador a possibilidade de apreender a dinâmica social e analisar a forma que adquirem as relações interpessoais no contato com o tema em discussão (WESTPHAL et al, 1996).

Foram realizados quatro encontros, e o conteúdo das discussões foram gravados em áudio e transcritos em sua integralidade. O número de grupos foi definido de acordo com os familiares presentes, respeitando-se as recomendações de Minayo (2010), que indica discussões em pequenos grupos de seis a doze informantes.

O tempo de cada encontro também seguiu as recomendações de Gatti (2005), onde afirma que cada grupo deve ter sessões de no mínimo noventa minutos e não deve ultrapassar três horas para que a coleta de dados seja funcional. Isso evitaria o cansaço dos participantes e a manutenção do foco do problema para que a coleta contenha informações suficientes para uma boa análise.

Os grupos focais foram guiados por um roteiro temático, tendo em vista os objetivos da pesquisa. O roteiro está descrito no apêndice e foram adaptados do material de coleta da Tese de Doutorado de Delfini (2016). Os mesmos foram usados para orientar e ajudar a abarcar os temas principais e objetivos da pesquisa. A condução das questões visou a interação e troca de informações entre o grupo e não foram utilizadas em forma de entrevistas.

O primeiro encontro iniciou-se com uma apresentação da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), seguida da apresentação dos participantes, onde os familiares também puderam conversar sobre os seus filhos, que não estavam presentes nos grupos. Os resultados obtidos na análise documental foram apresentados às famílias para disparar a conversa entre os participantes, que compartilharam as percepções e os caminhos percorridos na busca do cuidado.

Nos encontros seguintes, as discussões tiveram continuidade e foram retomados os aspectos mais significativos de cada um. O roteiro temático continuou a ser utilizado, assim como vídeos selecionados para desencadear o aprofundamento das discussões, como a animação *Float* (de Bobby Rubio), que trata da relação de um pai com um filho que era considerado “diferente” e trecho do documentário “*O Começo da Vida*”, que trata da importância do brincar para o desenvolvimento infantil. Ao longo dos grupos, os familiares puderam discutir também quais elementos e/ou dispositivos são considerados como parte da rede de apoio para o cuidado ofertado à seus filhos.

#### **4.5 ANÁLISE DE DADOS**

A análise dos dados foi realizada a partir da análise documental inicial e das transcrições das gravações dos Grupos Focais e registro das anotações realizadas pelo observador dos grupos. Os materiais foram organizados em sequência temporal e leituras repetidas. Essas leituras permitiram a organização e interpretação dos dados.

A análise seguiu os níveis de interpretação propostos por Minayo (2010), subdivididos operacionalmente em: (1) Ordenação dos dados através da transcrição literal dos encontros de grupo, releitura e organização do material em determinada ordem; (2) Classificação dos dados através da leitura intensa dos textos, que permitiu apreender as estruturas de maior relevância e as ideias centrais transmitidas nos grupos, recortando-as por temas, realizando classificação e agrupamento em categorias centrais; (3) Análise final, onde gera-se um produto final, que inclui o objeto, o sujeito do conhecimento e as interrogações geradas nessa relação; (4) Relatório, ou seja, a escrita e apresentação final dos resultados da pesquisa.

Esses passos foram seguidos e os resultados organizados em categorias, tendo em vista os objetivos e os resultados encontrados. Dentro de cada tema, as semelhanças e diferenças encontradas nos encontros foram analisadas, assim como a utilização dos referenciais teóricos adotados.

As categorias foram:

1. Compreendendo os encaminhamentos e seus efeitos;
2. Conhecendo as famílias e as crianças;
3. Com a palavra, as mães: Diferentes caminhos e a busca para o cuidado;
4. Expectativas e diagnóstico: “O que que essa criança tem?”;
5. Entre os nós e fios soltos da Rede;
6. Escola: Articulação intersetorial para uma clínica necessariamente ampliada;
7. Estratégias possíveis de construção e produção de cuidado;
8. Percepções e contribuições dos profissionais

Ao longo da apresentação dos resultados e discussão, apresento trechos dos pareceres pedagógicos, das falas dos Grupos Focais e de anotações realizadas pelo relator/observador dos grupos.

#### **4.6 CONSIDERAÇÕES BIOÉTIICAS**

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria (NEPeS), à Secretaria de Município da Educação de Santa Maria (SMED) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com número de parecer 3.652.944 e CAAE 22118019.2.0000.5346. Foram respeitadas as normatizações das Resoluções nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), garantindo sigilo, respeito das suas respostas e anonimato dos participantes da pesquisa, assim como salvaguardar a instituição pesquisada. Durante os estudos foram preservados os princípios de beneficência, da não maleficência, da autonomia e da justiça.

Foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes do projeto. A participação não envolveu riscos físicos, pois não se trata de estudo que colocou em prática qualquer nova intervenção ou procedimento. No entanto, dado o caráter interacional da coleta de dados, houve possibilidade de desconforto, de modo que o participante pode se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento que por qualquer motivo não lhe foi conveniente. Isto não lhe acarretou nenhum prejuízo pessoal e, caso fosse a ser constatado dano pessoal advindo do processo de coleta de dados, o usuário poderia ser encaminhado para o apoio da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Além disso, os participantes tiveram a garantia de que os dados fornecidos são

confidenciais e que seus nomes não foram identificados em nenhum momento, que a imagem individual e institucional foram protegidas, assim como foram respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 COMPREENDENDO OS ENCAMINHAMENTOS E SEUS EFEITOS**

Nos serviços de saúde, especialmente os da Atenção Básica, não é raro familiares trazerem crianças e adolescentes com queixas que podem estar relacionadas a questões de saúde mental. “Não obedecem em casa e/ou na escola”, “são muito inibidas”, “não falam”, “agem de maneira inadequada”, entre várias outras situações onde o comportamento da criança ou do adolescente é apontado como o foco do problema a ser tratado (BRASIL, 2013).

Neste sentido, as demandas originadas pelas escolas acabam por levar os pais/responsáveis aos serviços de saúde. Através do contato com as escolas para a realização desta pesquisa, foram disponibilizados 25 encaminhamentos de crianças e adolescentes identificados pelas escolas com questões de saúde mental. Destes, três não participaram da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão descritos, totalizando 22 encaminhamentos analisados.

Foram solicitados encaminhamentos referentes aos anos de 2018 e 2019. Por motivos de troca dos profissionais responsáveis pelos encaminhamentos referentes ao ensino fundamental, apenas os encaminhamentos realizados a partir de Julho de 2019 foram disponibilizados, o que reduziu o número da amostra. Na escola de ensino fundamental pesquisada, esta função é de responsabilidade da orientadora pedagógica, e com a troca de funções, alguns encaminhamentos não foram disponibilizados. Na escola de educação infantil, os encaminhamentos e pareceres pedagógicos são realizados em conjunto entre equipe diretiva, professora e educadora especial, e na maioria das vezes são discutidos com a fonoaudióloga residente e outros profissionais da equipe da ESF.

As tabelas e gráficos a seguir contém informações a respeito destes encaminhamentos:

Tabela 1. Descrição dos encaminhamentos recebidos da educação infantil

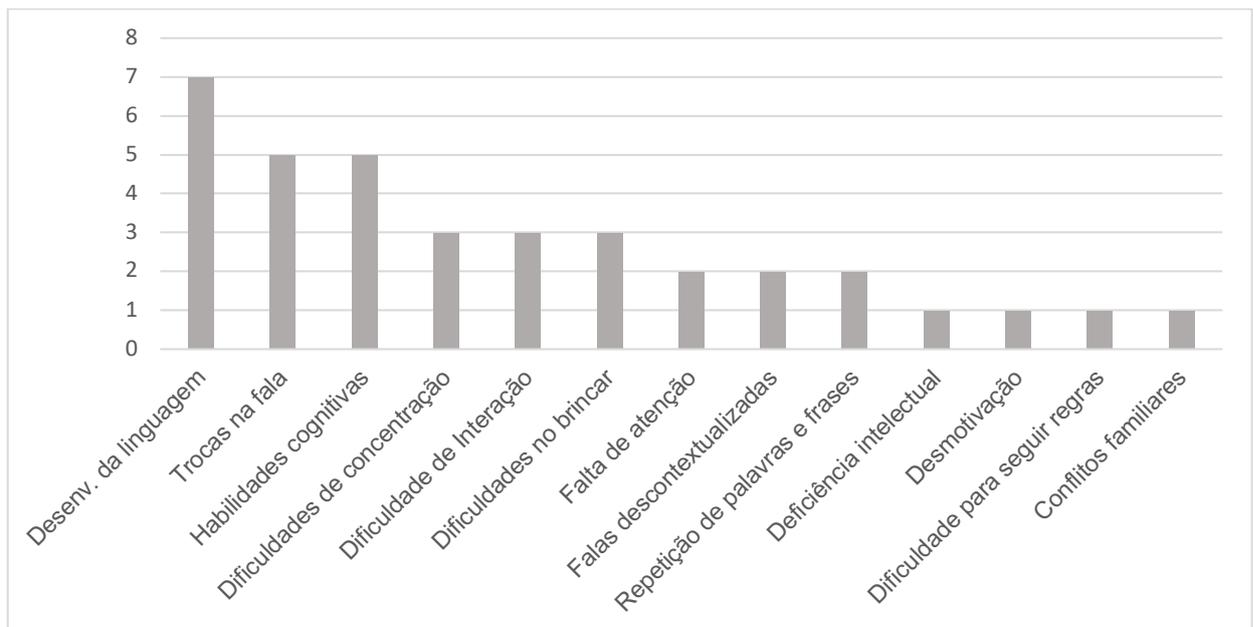
Quantidade	Média de idade	Gênero
10	5 anos Variação de 4 a 6 anos	<u>Feminino</u> : 4 <u>Masculino</u> : 6

Tabela 2. Descrição dos encaminhamentos recebidos do ensino fundamental

Quantidade	Média de idade	Gênero
12	12 anos Variação de 7 a 16 anos	<u>Feminino</u> : 5 <u>Masculino</u> : 7

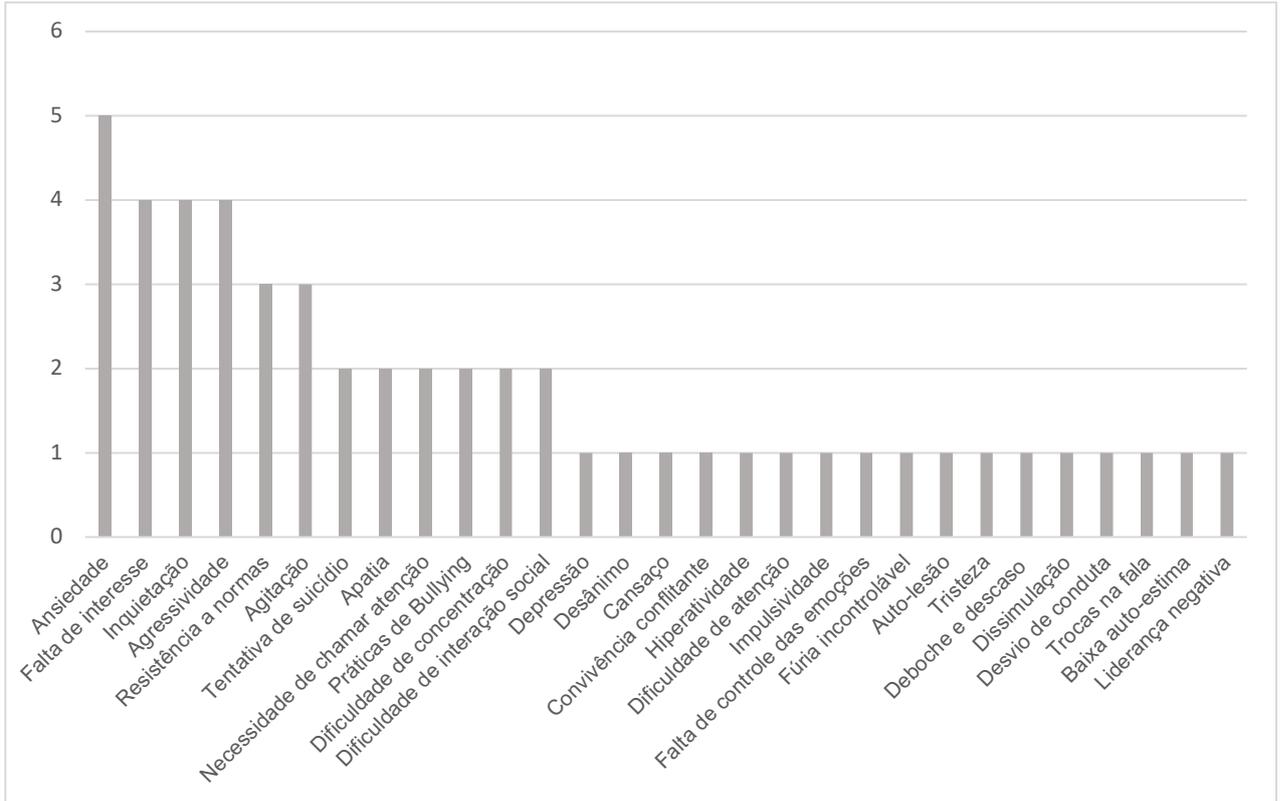
Os gráficos abaixo descrevem as principais queixas e motivos que levaram as escolas a realizarem os encaminhamentos. Estas queixas foram transcritas de forma literal ao que estava sendo indicado nos pareceres pedagógicos e encaminhamentos recebidos.

Gráfico 1. Queixas presentes nos encaminhamentos provenientes da educação infantil



Observa-se que na educação infantil, o atraso na aquisição e desenvolvimento de linguagem é um dos principais motivos para encaminhamentos aos serviços de saúde.

Gráfico 2. Queixas presentes nos encaminhamentos provenientes do ensino fundamental



Já no ensino fundamental, observam-se queixas relacionadas à problemas comportamentais e situações específicas de sofrimento mental, além de problemas que também dizem respeito às relações interpessoais entre crianças, adolescentes, professores e escola.

Os gráficos abaixo descrevem as especialidades e serviços encaminhados:

Gráfico 3. Especialidades e serviços encaminhados da educação infantil

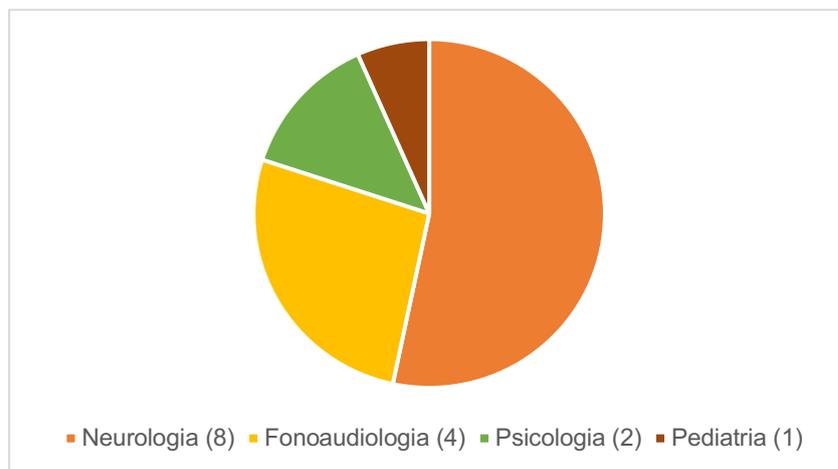
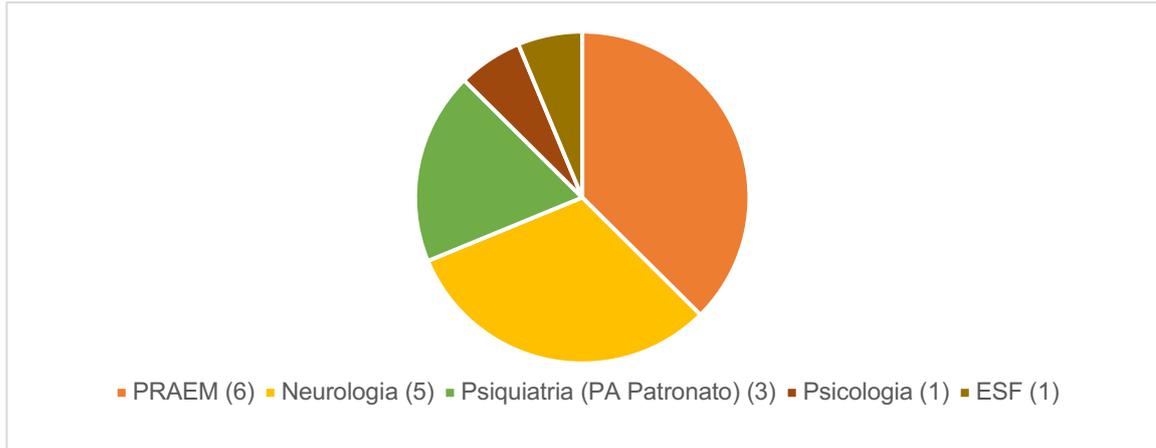


Gráfico 4. Especialidades e serviços encaminhados do ensino fundamental



O Programa de Atendimento Especializado Municipal (PRAEM) é um programa de assistência desenvolvido pela Secretaria da Educação desde 2010 e atende alunos da educação infantil e ensino fundamental, do 1º ao 9º ano, oferecendo atendimento e apoio nas áreas da saúde e educação. Dentre os encaminhamentos recebidos nesta pesquisa para este serviço foram solicitados atendimentos de Psicologia, Fonoaudiologia e Acolhimento da equipe de Saúde Mental. Já o serviço de Pronto Atendimento (PA) do Patronato oferece atendimento com médico psiquiatra para crianças, adolescentes e gestantes, em plantão de 12h, das 19h às 07h.

Tanto na educação infantil quando no ensino fundamental, apesar de diferentes queixas, observa-se considerável demanda de encaminhamento para Neurologia, o que envolve grande complexidade e merece reflexão.

Podemos verificar uma crescente demanda à clínica (médica, fonoaudiológica, psicológica, psicopedagógica) de alunos com dificuldades escolares. As queixas escolares a partir das quais ocorrem encaminhamentos de alunos a serviços de saúde estão, em geral, relacionadas a questões comportamentais, de atenção e de aprendizagem. Tais queixas referem-se a alunos que são “inquietos”, “agitados”, “agressivos”, “resistentes às normas e combinados”, etc. Esses relatos, por sua vez, acabam sustentando diagnósticos, indicação de tratamentos, e, muitas vezes, há a prescrição de medicamentos para o controle dos sinais que se manifestam em sala de aula (SIGNOR et al, 2017).

Muitos desses sujeitos, após avaliação com especialistas da área da saúde, recebem diagnósticos, dentre os quais destacam-se: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Desafiador Opositor (TDO), Transtorno Bipolar, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Aprendizagem, Dislexia, dentre outros. Esses transtornos poderiam acometer funções cerebrais relacionadas à área da linguagem, cognição e/ou aprendizagem (SIGNOR et al, 2017).

Tal problemática é relevante e promove a necessidade de amplos investimentos em pesquisas nas áreas de saúde e educação a fim de que se implementem alternativas para a superação da excessiva (e crescente) medicalização de crianças e adolescentes para justificar o fracasso escolar.

É legítimo que algumas situações escolares demandarão o encaminhamento para outros serviços e setores. No entanto, é importante que este encaminhamento não se reduza a um procedimento burocrático mas que seja realizado de forma implicada, com corresponsabilização e participação ativa da escola em todo o processo. Necessariamente, este encaminhamento precisa passar pela Atenção Básica, que como ordenadora do cuidado, juntamente com a escola, poderá articular serviços e estratégias de apoio.

Muitos destes encaminhamentos analisados só foram de conhecimento da unidade de saúde através desta pesquisa, com exceção de alguns casos que já eram acompanhados na ESF. Na educação infantil, observa-se que grande parte dos motivos que levaram os encaminhamentos referiam-se a preocupação da escola sobre o desenvolvimento infantil. Contudo, cinco das crianças já eram acompanhadas pela unidade através do trabalho conjunto com profissionais da equipe e a fonoaudióloga residente, o que contribui para um melhor diálogo e cuidado ofertado.

Já nos encaminhamentos realizados pela escola de ensino fundamental, foram encontradas questões voltadas à problemas comportamentais e situações de sofrimento mental mais específicas. Três eram de conhecimento da equipe, sendo uma criança acompanhada pelo estágio em saúde mental do núcleo da Terapia Ocupacional, outra acompanhada pela fonoaudióloga residente após consulta da criança na unidade e outra que foi acolhida após atividade da unidade no Programa Saúde na Escola. Ressalta-se a importância de estreitar o vínculo com esta escola, construindo uma relação mais próxima.

Além disso, é sempre importante lembrar o cuidado com a forma como as dificuldades da criança devem ser descritas e apresentadas nestes encaminhamentos, uma vez que as palavras apresentam significados e sentidos que impactam diretamente na criança e sua família.

Em muitas situações, a unidade de saúde se limita a referendar o encaminhamento da escola para um especialista em busca de um diagnóstico e a escola limita-se a realizar tal encaminhamento (BRASIL, 2013). Guarido (2010) ressaltou que com esta prática, tem se produzido, atualmente, uma multiplicidade de diagnósticos psicopatológicos e de terapêuticas que tendem a simplificar as determinações dos sofrimentos ocorridos na infância. Como resultado desse tipo de prática, um número cada vez maior de crianças em idade cada vez mais

precoce é medicada de forma a sanar os sintomas, sem considerar o contexto no qual se apresentam.

Atribuir as dificuldades escolares apenas às características orgânicas/cerebrais da criança oculta os condicionantes sociais, culturais, políticos, educacionais, afetivos e ideológicos envolvidos nestes diagnósticos. Abordagens clínicas e educacionais, ao transformarem os processos de caráter social em problemas de ordem biológica, geram implicações que não apenas incidem na trajetória escolar dos alunos, mas acabam se estendendo para outras esferas da vida dos sujeitos (SIGNOR et al, 2017).

O que se pretende nesta pesquisa não é culpabilizar os profissionais da educação e da saúde, mas esclarecer que os problemas apresentados pelas crianças e adolescentes devem ser entendidos dentro de uma perspectiva que englobe o próprio sujeito, sua família, meio social e ambiente escolar, incluindo-se os professores e profissionais de saúde e suas respectivas instituições. Torna-se necessário efetivar uma lógica de cuidado que vá na contramão da lógica individualizante e que sustente a coletividade em analisar os encaminhamentos.

Desta forma, a interface da Atenção Básica com as escolas do território possibilita implementação de ações de promoção da saúde mental. É fundamental o investimento em uma mudança de paradigma, onde as escolas devem ser vistas também como pontos de saúde ampliados. O território detém muitos recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjados para compor projetos terapêuticos efetivos.

Esta mudança exige um trabalho que vai para além de um encaminhamento ou uma reunião de discussão de caso. Encaminhar é um exercício permanente de composição, um encaminhamento implicado, calcado na responsabilidade de quem encaminha e de quem recebe o encaminhamento (BRASIL, 2013).

## **5.2 CONHECENDO AS FAMÍLIAS E AS CRIANÇAS**

Após contato com as escolas e período de análise dos encaminhamentos, as famílias foram convidadas a participar de grupos focais para conversar sobre a percepção que elas tinham sobre estes encaminhamentos e discutir sobre a situação de saúde das crianças e suas buscas por atendimentos. O convite foi realizado através de visitas domiciliares, idas às escolas e contatos telefônicos. Os grupos ocorreram em uma sala de um centro comunitário do território e na própria unidade de saúde. Foram realizados entre os meses de Dezembro de 2019 e Janeiro de 2020, que contaram com a participação da fonoaudióloga residente, duas agentes comunitárias de saúde e da enfermeira da unidade, que contribuiu na relatoria e observação.

O convite foi direcionado a todas as 22 famílias. Duas compareceram aos encontros, o que proporcionou um olhar mais pessoal às suas histórias. A seguir, faço um breve relato sobre cada uma delas. Os nomes são fictícios e foram substituídos para preservar a identidade das famílias e das crianças e em respeito às questões éticas.

### ***Conhecendo um pouco da história de Andreia e seu filho João***

Andreia é mãe de João, uma criança de seis anos. João é seu único filho. Ela, João e o marido moram no mesmo território a bastante tempo, próximo de suas respectivas famílias. Onde moram, Andreia e sua família contam com o apoio de uma unidade básica de saúde com Estratégia de Saúde da Família. Em sua rua, há cobertura de agente comunitário de saúde.

Na família de seu marido, algumas pessoas demoraram para falar, e com João não foi diferente. No início isso não era uma preocupação mas, conforme os anos foram passando, Andreia observava que o desenvolvimento de João estava ocorrendo de forma muito lenta. Ele realizava acompanhamento com pediatra da rede pública de saúde e a família acessava os serviços disponíveis do posto de saúde próximo de casa. Com quatro anos, João tinha dificuldades para se alimentar e ainda não falava, sendo encaminhado pela pediatra para acompanhamento no Hospital Universitário. Nesse local, João realizou um pequeno procedimento para correção do frênulo lingual, que disseram à Andreia ser muito curto. Ela acreditava que após isso tudo seria diferente, mas os meses passaram e ela notou que apesar de João se alimentar melhor, ele ainda não conseguia falar e se desenvolvia de forma mais lenta do que as outras crianças de sua idade.

Andreia e seu marido trabalhavam bastante, até que em 2017, João teve uma convulsão após episódios frequentes de febre alta e Andreia deixou de trabalhar. Ela procurou a unidade de saúde, onde após avaliação médica, João foi encaminhado a um serviço onde pudesse ser melhor assistido naquela situação de urgência. A médica do posto também encaminhou João ao neurologista.

João frequentava a escola de educação infantil do território e era acompanhado pela educadora especial. Após a convulsão, Andreia passou a dedicar grande parte de seu tempo ao filho. Evitava situações que para ela pudessem o colocar em risco. Nesta época, ela já estava bastante preocupada com o desenvolvimento do filho, mas não encontrava apoio em casa, já que o marido e as outras pessoas da família falavam que ela não devia se preocupar tanto e que João não tinha nada. Em 2018, através da escola, ela soube que na unidade tinha uma fonoaudióloga, e então foi até lá para marcar um horário com ela.

Após atendê-la, a fonoaudióloga foi até a casa de Andreia, passou algumas orientações e disse que o encaminharia para ser atendido no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF), clínica do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria e que presta atendimento fonoaudiológico à população e para o Centro Especializado em Reabilitação (CER) para acompanhamento com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e psicóloga. Ambos os serviços apresentavam uma fila de espera significativa. João entrou na fila de espera e começou a ser acompanhado pela unidade básica de saúde através de atividades na escola e visitas domiciliares. Alguns meses depois, João foi chamado para triagem no SAF e lá disseram que tentariam encaixá-lo em um grupo ou algum projeto de pesquisa, e assim aconteceu. João começou a participar de um projeto de pesquisa, ia semanalmente até o SAF, até ter uma pausa nos atendimentos em 2019 por conta da mudança do serviço de local.

Em 2019, João também começou a fazer parte do grupo de convivência com as crianças do território, onde continuava a ser acompanhado pela fonoaudióloga residente, a terapeuta ocupacional e a nutricionista que haviam ingressado naquele ano, além das agentes comunitárias de saúde que também participavam do grupo.

João ainda aguardava avaliação neurológica. Sua situação de saúde era bastante flutuante. Em alguns períodos ele chegou a ter febre muito alta e outro episódio de convulsão. Desesperada, Andreia foi até a ESF verificar a situação do encaminhamento realizado pela médica, quando soube que o encaminhamento havia se perdido do sistema. Ninguém sabia o motivo disso ter ocorrido. A médica o reencaminhou.

Andreia juntou dinheiro para pagar uma consulta com neurologista particular, mas não tinha condições de dar continuidade ao acompanhamento. Ela havia procurado até a secretaria de saúde e ainda busca respostas. Ainda aguarda a consulta neurológica. Após retorno das atividades do SAF, João retornou ao atendimento fonoaudiológico, mas infelizmente o prédio foi interditado por questões estruturais e ele aguarda novamente ser chamado. Talvez seja chamado nos próximos meses para atendimento fonoaudiológico no CER pois Andreia soube que sua posição na fila de espera havia diminuído. Nestes dias, João foi chamado para atendimento psicológico.

Enquanto isso, Andreia busca ajuda dos dispositivos que tem disponível na rede. Já entrou em contato com o Conselho Tutelar e com o CRAS. Ela e João seguem acessando os serviços oferecidos pela sua unidade de saúde e participando do grupo de convivência com as crianças e familiares do território. Também usa este espaço para se distrair e trocar vivências com as outras mães que também participam do grupo. Hoje pensa em acionar o Ministério Público para que a consulta de João com o neurologista seja marcada. Conseguiu gratuidade no

transporte para que consiga seguir na busca pelo cuidado ao seu filho e na luta para que ele tenha acesso à saúde. Lhe é direito.

### ***Conhecendo um pouco da história de Juliana e sua filha Luíza***

Juliana é mãe de Luíza, uma criança de cinco anos. Luíza é sua única filha. Ela, Luíza e o marido moram no território há dois anos junto com a irmã. Onde moram, Juliana e sua família contam com o apoio de uma unidade básica de saúde com Estratégia de Saúde da Família. No entanto, em sua rua, não há cobertura de agente comunitário de saúde. A família acessa bem pouco a unidade e desconhece de muitas atividades e serviços que poderia usufruir.

Juliana e sua família não nasceram em Santa Maria. A filha, o marido e a irmã são as únicas pessoas que estão aqui com ela. Os demais moram em outras cidades. Quando estava grávida de Luíza, realizou o pré-natal em outra unidade básica de saúde. Luíza nasceu no Hospital Universitário, sem intercorrências. Logo quando nasceu, Juliana foi questionada se gostaria de participar de uma pesquisa, onde Luíza poderia ser acompanhada por uma equipe de profissionais com fonoaudióloga, psicóloga e terapeuta ocupacional. Ela prontamente aceitou.

Juliana e Luíza eram chamadas com certa frequência para acompanhamento no Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF), clínica do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria. Lá, alguns vídeos dela e de Luíza brincando eram gravados. Algumas sessões eram realizadas sem Juliana também.

Luíza foi se desenvolvendo e Juliana começou a observar que ela demorava muito para começar a falar. Além disso, Luíza era muito agitada e apresentava alguns comportamentos e aspectos do desenvolvimento que preocupavam Juliana, que buscou na internet e encontrou informações sobre o autismo, o que a levou a acreditar que Luíza poderia ter algumas características. Foi um período sofrido para Juliana. Perguntou para a pediatra o que ela achava e a ausência de respostas aumentou a sua angústia. Luíza começou acompanhamento mais contínuo com a psicóloga e a fonoaudióloga do SAF, onde ia toda semana. Juliana encontrou apoio neste espaço. Nos primeiros meses, o marido não concordava que ela levasse a filha lá pois achava que não havia necessidade.

Luíza começou a falar. Passou a se comunicar melhor e Juliana foi aprendendo a fazer negociações sobre as questões do comportamento que ainda eram mais difíceis. Aprendeu que era importante falar com Luíza sobre seus sentimentos e sobre como se sentia quando ela fazia birra e estava irritada. Com o tempo, as duas foram se entendendo, até que em 2019, Luíza

recebeu alta do acompanhamento fonoaudiológico e continuou sendo acompanhada pela psicóloga, que passou a atendê-la em seu consultório.

Quando passou a morar no território e entrou na escola de educação infantil, Luíza começou a ser acompanhada também pela educadora especial, até que ela perguntou à Juliana se Luíza tinha atendimento fonoaudiológico e psicológico. Juliana conversou sobre a trajetória dela e de Luíza e a educadora especial orientou que ela retomasse o acompanhamento fonoaudiológico e que buscasse um parecer da psicóloga para encaminhá-la a uma avaliação com neurologista, pois achava Luíza muito agitada e que não conseguia se concentrar nas atividades escolares.

Nesta fase, tendo em vista o desenvolvimento de Luíza, a psicóloga começou a atendê-la de forma mais espaçada. Em seu retorno, Juliana mostrou o parecer pedagógico da escola à psicóloga, que não concordou e disse que em sua avaliação, não via necessidade de encaminhamento ao neurologista.

Como Luíza não teve mais retornos agendados com a psicóloga, Juliana achou melhor dar um tempo nos acompanhamentos. Como ela ia pouco à unidade, também não sabia que poderia conversar sobre o parecer pedagógico com os profissionais da equipe de sua unidade e não conhecia o grupo de convivência com as crianças do território.

Hoje, ela e Luíza se entendem muito melhor. Juliana acha que uma avaliação neurológica poderia ajudá-la a encontrar algumas respostas, mas depois do apoio que encontrou nestes anos de acompanhamento, consegue pensar melhor nas estratégias de cuidado de sua filha, compreendendo, por exemplo, quando é tempo de parar, dar um tempo e aproveitar o tempo que tem com a sua filha.

### **5.3 COM A PALAVRA, AS MÃES: DIFERENTES CAMINHOS E A BUSCA PARA O CUIDADO**

Com as histórias apresentadas por estas duas mães, pudemos compreender um pouco do percurso percorrido por elas desde que perceberam algo de diferente em seus filhos. São histórias singulares e que demonstram diferenças em vários caminhos, mas que também se cruzam e se relacionam uma com a outra.

Nestas trajetórias relatadas, a percepção dos problemas da criança se iniciou pelas próprias mães, apesar da indicação das escolas. Os principais problemas apresentados pelas crianças que chamaram a atenção para procurar ajuda estavam relacionados com problemas de linguagem, percebidos pelas mães através da demora da criança em começar a falar, vindo

associado a dificuldades comportamentais, como “agitação” e “mudanças repentinas de atitudes”.

*“Eu sempre notei que ela tinha muita dificuldade para se comunicar e quando ela chegou com dois anos eu já estava desesperada, porque eu estava achando que ela não ia conseguir falar (...) Eu estava com muito medo, estava preocupada porque eu observava assim, que por mais que ela tivesse vontade de se comunicar, ela não conseguia. E eu como mãe já estava desesperada em ver minha filha naquela situação né. A gente como mãe vê o que é normal e o que está se passando. Daí ela era muito agitada, ficava pulando muito e corria pra cima das coisas, toda hora eu tinha que tirar ela de cima dos móveis.”*

Mais do que a estas dificuldades ou os comportamentos em si, as mães relatam que foi a intensidade de cada um desses problemas apresentados pelas crianças que as mobilizaram a procurar ajuda, de forma que, quando a escola sinalizou a necessidade das crianças serem encaminhadas aos serviços de saúde, as mesmas já tinham dado início à busca por cuidado. Observa-se no trecho apresentado acima o impacto que o atraso nos processos de aquisição e desenvolvimento da linguagem ocasionou na mãe.

No primeiro grupo, ambas estavam tensas e as falas eram carregadas de angústia e por vezes acompanhadas por lágrimas, especialmente ao se referirem às dificuldades de seus filhos e aos estigmas sofridos em decorrência das mesmas. É interessante pensar na representação que a linguagem exerce na constituição do homem, uma vez que ela é a esfera simbólica que sustenta e torna possível o exercício da vida em sociedade, possibilitando a estruturação das relações sociais, ou seja, a linguagem é o que faz dos indivíduos, seres sociais (ZIA; PANHOCA; ZANOLLI, 2012).

As duas mães que participaram deste estudo compartilharam que foram encaminhadas à mesma gama de núcleos profissionais pela escola: Fonoaudiologia, Neurologia e Psicologia. Antes da escola, a procura se iniciou pelo médico pediatra. No entanto, demonstraram experiências diferentes quanto às orientações recebidas.

*Juliana: Quando ela tinha uns dois anos e pouco eu cheguei a falar com a pediatra, só que ela achava que não, que... ela ia se desenvolver tal, e que ela estava bem e que tipo assim, era eu que estava me preocupando com coisas que não deveria. Eu tentei falar com ela mais de uma vez (...)*

*E aí eu tentava conversar com ela sobre essas coisas, e ela me dizia que não, que isso ia passar, que era só uma fase, e tal (...) E eu já estava assim, bem preocupada e ela me dizendo que aquilo era normal. Aí não é certo, porque não tem condições, eu tô vendo que tem alguma coisa errada e ela me diz que não, que está tudo ok.*

*Andreia: É... comigo foi o contrário. Ela (a pediatra) sempre me disse que o João precisava de um acompanhamento (...). E ela sempre falou, sempre me disse: “Vou te dar um encaminhamento e você encaminha ele pelo teu posto lá, que fica melhor pra ti”. E ela sempre notou, sempre disse pra mim que ele tinha um probleminha, e que ela queria uma resposta, que é descobrir o que que ele tem, né.*

Como podemos perceber, a falta ou a inconsistência de respostas levaram Juliana a novas procuras. Tais respostas foram sentidas como pouca escuta ou desvalorização de suas queixas e preocupações, o que vai na contramão do cuidado pautado no modelo psicossocial, que envolve acolhimento, escuta e comprometimento com o outro (DELFINI, 2016).

Outro aspecto que nos convoca à reflexão analisando as suas trajetórias diz respeito ao vínculo com a unidade que as duas famílias apresentavam e como isso influenciou em suas próprias práticas de cuidado. Apesar de estarem no mesmo território, observa-se que as famílias acessam a unidade de formas diferentes. Andreia e João, além de residirem no território há mais tempo, moram em uma rua com cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Desta forma, Andreia conhecia os serviços que a unidade oferece, e sabia, por exemplo, que poderia procurar os profissionais da equipe para conversar sobre os encaminhamentos realizados pela escola, era orientada sobre os serviços intersetoriais disponíveis na rede e onde procurar ajuda. Sabia ainda que a unidade dispunha de acompanhamento fonoaudiológico e de outros núcleos profissionais, conhecia e participava do grupo de convivência com as crianças do território e inseria João nas atividades organizadas pela unidade, como por exemplo, a Colônia de Férias e os passeios dos grupos do território. Já Juliana, apesar de residir há dois anos na mesma casa, mora em uma rua sem cobertura de ACS. Conhecia alguns serviços ofertados pela unidade, como vacinação e atendimento médico a situações agudas de saúde. No entanto, não percebia a ESF como ponto de apoio para discutir questões relacionadas ao desenvolvimento infantil, encaminhamentos a especialistas realizados pela escola e outras atividades de promoção à saúde ofertadas pela unidade.

A Estratégia de Saúde da Família, muito pela figura do Agente Comunitário de Saúde, tem papel fundamental na produção do cuidado em saúde. Para Merhy (2005), as tecnologias

leves, as que são produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia. Desta forma, estas tecnologias são importantes gerenciadoras das ações em saúde.

A inserção do ACS no contexto familiar, é compreendida como um meio essencial de formação de vínculo na relação do serviço com os usuários, permitindo uma mediação próxima e articulada com as necessidades reais. Nesse processo, o ACS utiliza-se da escuta, do acolhimento e do vínculo que, numa perspectiva ampliada de saúde, possibilitam o estreitamento das relações e interações entre usuário e profissional (ILHA et al, 2014). Neste sentido, observamos o quanto estas questões influenciaram o acesso e os processos de construção e busca para o cuidado.

Outro aspecto que merece atenção diz respeito aos percursos longos e sofridos para encontrar tratamento, a dificuldade e a angústia para entender o problema da criança, as filas de espera para consultas e tratamento. Ainda, as andanças por diferentes serviços, comuns aos dois relatos, dificultando o cotidiano das famílias, principalmente, das mães, que se desgastavam com a busca por respostas aos problemas vivenciados.

*Juliana: A gente acaba se culpando demais, se frustrando demais, é capaz da gente até ficar doente porque a gente fica assim pensando: “poderia ser assim, porque que não fiz isso... sabe?” A gente fica se culpando, será que eu que errei, será que não agi com ela, se não fiz da forma certa... eu não tive outro filho, ela é a minha primeira filha e aí a gente fica se culpando também, será que a culpa não é sua? Porque que com as outras crianças...*

*Andreia: É, se espelha nas outras crianças...*

*Juliana: É... e daí acaba ficando muito pesado pra você também...*

É interessante que se faça um recorte de gênero quanto às responsabilidades e cuidados destinados aos filhos. Sobre isso, Tronto (1997) afirma que há uma divisão entre o que seria o “cuidar de” *versus* o “cuidar com”, que atualmente parece ainda estar relacionado a uma divisão de gênero. O genitor que cuida de sua criança exercendo cuidados de vida diária, *cuida de*, é geralmente a mãe ou substituta; e pessoa que colabora no cuidado, mas não exerce a função de forma regular e comprometida, *cuida com*, ou seja, responsabiliza-se por obter o sustento da casa. Esta geralmente é uma figura masculina, o pai ou substituto. Segundo Lewis & Dessen (1999), neste tipo de configuração familiar, o pai, tradicionalmente, é mais requisitado em situações que envolvem mudanças na vida na criança - como uma nova escola, alterações dos

compromissos de pais e mães fora de casa, entre outras, o que se reflete nas funções maternas e paternas já estabelecidas pela família.

Estas questões são facilmente compreendidas no cotidiano de profissionais que trabalham com crianças e a sobrecarga de responsabilidades também apareceu nas falas das mães. Andreia, por exemplo, após primeiro episódio de convulsão do filho, deixou de trabalhar, vivendo praticamente em torno da busca por cuidado e tratamento para João. Ambas também relatam que muitas vezes foram vistas por seus companheiros, pais das crianças, e outras pessoas da família como exageradas e excessivamente preocupadas, o que inevitavelmente torna os seus cotidianos mais “pesados”, utilizando a própria palavra expressada por Juliana.

Vemos então, o quão longos, desgastantes e frustrantes são as procuras, as esperas que parecem não ter fim, a peregrinação por diferentes serviços e um certo sentimento de solidão presentes em seus cotidianos.

#### **5.4 EXPECTATIVAS E DIAGNÓSTICO: AFINAL, “O QUE ESSA CRIANÇA TEM?”**

Antes de pensar na proposta de construção desta pesquisa, baseada na fundamentação teórica que norteia o meu fazer enquanto fonoaudióloga e considera a ideia de diagnóstico como ponto de partida e caminho e não como destino. Tinha em mente que o trabalho poderia contribuir para a problematização a respeito da patologização da infância e o crescente aumento de diagnósticos voltados a esta população.

É importante ressaltar que estes diagnósticos, especialmente tratando-se de crianças e adolescentes, desencadeiam alterações na vida familiar e constituem uma situação de impacto, podendo repercutir na mudança da rotina diária, na readaptação de papéis e ocasionando efeitos diversos no âmbito ocupacional, financeiro e das relações familiares. A revelação de um diagnóstico torna-se um momento complexo, delicado e desafiador para a família, assim como para os profissionais de saúde e educação corresponsáveis pelo cuidado (PINTO et al., 2016).

Segundo Chaves & Caliman (2017), a demanda por laudo e um diagnóstico que afirme “o que a criança tem” é produtor de sofrimento não só para as crianças, mas para aqueles que as acompanham nas atividades escolares. A afirmação do diagnóstico, ou a necessidade do mesmo, também se sustenta a partir da não-acreditação da capacidade do outro, não deixando nenhuma possibilidade de abertura à conversa.

Com o desenvolvimento dos grupos e com o surgimento destas questões, fui percebendo que independente do real significado do diagnóstico, ele produz realidades. Quando discutimos

sobre a percepção das mães sobre a avaliação com neurologista e consequente possibilidade de diagnóstico, algumas falas trouxeram bastante destas realidades:

*Juliana: O neuro acho que vai dar o diagnóstico do que a criança realmente tem, entende? Não sei se ele faz alguma avaliação, uma, duas, não sei como que funciona o trabalho do neuro, mas eu acho que ele dá o resultado... assim, o que que essa criança tem, entende? E é isso que a gente quer, né? Saber o que que o nosso filho tem, porque na verdade a gente não sabe. O fono não fala se ele tem alguma coisa, o psicólogo também não; ele está te ajudando, te orientando, mas ele não diz assim: o seu filho tem isso, isso e isso e a gente vai fazer isso, isso e isso. Eu acho que é o mais importante pra nós mães, entendeu? Porque tu não sabe o que o seu filho tem, tu não sabe como tu vai trabalhar, como tu vai ajudar ele. Essa questão do autismo, eu perdi muito sono pesquisando o que é autismo. Será que ela tem autismo? Meu Deus, eu preciso descobrir o que é autismo, entende? Porque até o primeiro momento eu também achava que era autismo. Ela tinha umas questões, assim, que puxavam muito para o autismo, mas não eram todas as questões, entende? Tinham algumas coisas que eram bem relacionadas ao autismo, daí eu perdia noites de sono pensando que podia ser autismo. Eu ficava com muito medo, muito medo por causa do autismo. E agora eu não tenho mais tanto medo, entendeu? Se é autismo, ok, tudo bem, vou trabalhar com autismo, mas eu preciso saber se é autismo, e se é outra coisa também, eu preciso saber o que é pra mim trabalhar com aquilo que é. Até então, a gente tem orientação da fono, da psicóloga, mas a gente não sabe o que que é. E eu acho que isso ia fazer toda diferença nesse processo.*

*Andreia: É... também eu acho que ele precisava muito desta consulta com o neuro né, porque ele tem um problema grave, só que a gente precisa que um neuro dê esta resposta né... A gente nota que ele está bem e aí ele muda de atitude. Até o momento, a gente chegou a achar que ele era autista... só que a gente precisa dessa resposta. (...) Na verdade, ele foi encaminhado porque ele teve convulsão e daí a médica encaminhou ele, mas a gente não sabe do que que é. Então eles encaminharam para o neuro, pra ver se consegue resolver, ver o que ele tem né. E eu acho muito importante, porque daí eu vou saber o diagnóstico dele, eu sei que ele tem algum problema, mas não sei qual é o problema né. Então a gente precisava de um neuro, só que já fazem dois anos que estamos*

*esperando, já corri para tudo que é lado, ficaram de me dar uma resposta até agora faz três semanas (sobre o último contato realizado com a Secretaria de Saúde) e não me deu resposta nenhuma. Então, não é fácil...*

Como observado através destas falas, para as mães que participaram, o diagnóstico possui uma função social muito importante. A dificuldade em obter respostas se apresenta com frequência em suas falas. Se por um lado, esse pedido pode revelar um desejo de uma “solução mágica” para o problema da criança, por outro revela o sentimento e a necessidade das mães de terem um norte para os cuidados com os filhos, o que pode produzir alívio numa vida baseada na luta diária de busca por resposta e por uma rede que as ajudem a cuidar.

Entende-se que não é necessariamente um diagnóstico que a mãe espera dos profissionais consultados, embora o diagnóstico tenha a função de nomear, fornecer uma resposta à percepção de que a criança tem algo ainda sem nome, organizar as condutas terapêuticas e nortear uma direção ao tratamento, uma expectativa genuína frente às respostas vazias que atualmente recebem.

Estas questões demonstram a complexidade sobre o papel do diagnóstico. Não é que as mães queiram rotular seus filhos, mas elas precisam responder a um conjunto de problemas, diminuindo a ansiedade da procura e oferecendo possibilidades de caminhos para o cuidado.

Por outro lado, outra questão que merece reflexão é a possibilidade de um diagnóstico massificar intervenções, excluindo a criança de seu contexto e de seu papel de criança, uma vez que um diagnóstico passará a acompanhá-la por boa parte de sua vida, ressignificando o modo como será acolhida e atendida em diferentes equipamentos e instâncias (BATTISTELLI & CRUZ, 2016). Tudo isso marcará a experiência infantil, e por isso deve estar sempre presente em nossas discussões.

Sobre esta questão, Delfini (2016), cita Winnicott (1957) que nos mostra que a falta de *holding*, ou seja, de sustentação para a angústia, de escuta afetiva à dificuldade relatada pelas famílias acaba por levar a um sentimento de abandono. A pessoa não se sente acolhida e não estabelece um elo de confiança com profissional e serviço, fazendo com que siga procurando novas respostas.

Gostaria de trazer algumas reflexões para finalizar este tema sobre a possibilidade de Juliana e Andreia (e tantas outras mães em contextos parecidos) conseguirem atendimento aos seus filhos e chegarem aos médicos e os mesmos dizerem que eles não tem nada e que não precisam de remédio. E aí então, o que fazer quando mesmo assim, as coisas não vão bem? Se

não é autismo, ou qualquer outro diagnóstico, então é o que? Como vamos lidar? Como construímos saídas junto a família, profissionais da saúde e outros setores como a escola, num diálogo que não se dê apenas pela existência de um laudo e diagnóstico?

## 5.5 ENTRE OS NÓS E FIOS SOLTOS DA REDE

As histórias das mães que emergiram nas discussões dos grupos falam de uma dificuldade de acesso ao cuidado a rede pública de saúde. Dificuldade que produz uma forma de cuidar na qual cada vez mais elas se sentem perdidas e sem apoio.

Há uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde e a presença de uma rede de serviços capaz de responder por tal demanda. Esta rede de atenção, deveria ser composta por um conjunto de serviços de saúde e setores.

Vicentim (2006), nos mostra que além do caráter estrutural da rede (conjunto de serviços), a noção de rede diz respeito a um modo de fazer e produzir o cuidado, que não se opera isoladamente, nem se caracteriza pela simples somatória de ações, mas que se configura como um modelo de atenção realizado de modo compartilhado, uma lógica de atenção e uma forma de conceber e agir o cuidado, articulando ações com o que está fora dos limites de um determinado profissional ou serviço.

Para Couto (2012) tão importante quanto o componente estrutural, é o componente dinâmico da rede. Do ponto de vista dinâmico, a autora propõe alguns pontos importantes na definição de rede: a rede supõe um processo para sua construção; a rede é aberta, ou seja, se constitui a partir das situações singulares; a rede tem nós, que são os pontos concretos de ancoragem; a rede depende de uma “presença viva” para sua construção, ou seja, de um profissional, equipe ou serviço que direcione essa rede a partir da necessidade.

Apesar de suas singularidades, a identificação que as mães tem as trajetórias umas das outras evidencia o quanto o ciclo é repetitivo e poderia ser construído de uma maneira menos sofrida e solitária, a partir de uma rede de serviços que pudessem de fato oferecer uma sustentação e apoio para o sofrimento que elas trazem.

Andreia, por exemplo, compartilhou suas andanças pelos serviços da rede, precisou deixar de trabalhar por isso, e nos mostra o quão corrida é esta rotina:

*Eu já procurei o CRAS, já procurei o conselho, já procurei tudo, pra ver se eu conseguia as consultas dele, né? Ele precisa do neuro, fono, psicóloga. Eu voltar no Conselho Tutelar pra ver se consigo, já vou ver*

*esse negócio do Ministério (Público) também. Tudo porque me passaram, porque eu não sabia disso, né? O que disseram pra mim, “se tu for lá em tal lugar, tu pode conseguir”, né? Ou até no conselho, eles podem conseguir pra mim, só que eu tenho que levar o papel. Agora acho que semana que vem eu vou levar. Porque eles pode conseguir. Quando eu fui na Secretaria de Saúde, eles falaram, “ah, mas tá autorizado aqui.” Eu disse, “não, tu entra e olha direito”, né? Falei assim pra mulher. E a mulher, “tá moça, te acalma”, eu digo, “não, olha direito”. Daí ela entrou lá e olhou direito. “Ah, tá autorizado, mas não foi marcado.” Daí ela entrou no outro, nesse último papel que pediram. Daí ela leu lá, “ah, ele tá na fila de espera.” Desde 2017.*

Andreia busca uma consulta com neurologista para seu filho, mesmo tendo sido encaminhada pela médica de sua unidade desde 2017. Mesmo tendo apoio dos profissionais da Atenção Básica que a acompanham no posto de saúde, ela precisa de um atendimento que depende da integração com outros serviços.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (ERDMANN et al, 2013).

Para Oliveira et al (2010), o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade no SUS. A falta de integração entre diferentes pontos de atenção, a insuficiência de fluxos formais e a desarticulação das políticas que normatizam a atenção secundária são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto esse processo na rede.

Esta fragilidade da rede, por exemplo, pode levar Andreia a procurar na judicialização, a saída para que o direito à saúde de seu filho seja garantido. Nas discussões no grupo, em uma conversa sobre os dispositivos da rede de atenção voltados à população infantil, ela relatou que o próximo dispositivo a que iria buscar ajuda seria no Ministério Público.

Em seu estudo sobre o acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no SUS, Gomes (2014) identificou que os processos judiciais na área da saúde têm crescido de forma exponencial. Desse modo, o crescimento desordenado das ações judiciais nos últimos anos, à medida que impõe gastos inesperados aos orçamentos municipais, estaduais e ao federal, causa grande impacto à gestão do SUS, podendo resultar em agravamento das iniquidades. No entanto, ao mesmo tempo, passa a ser inevitável considerar a importância da

judicialização como sinalizador das necessidades individuais e coletivas de saúde, como é o caso de Andreia, que há três anos espera sem respostas.

Para finalizar, enfatizo a importância da Universidade Pública evidenciada nas histórias compartilhadas nos grupos. Ambas as mães falaram sobre as crianças terem sido atendidas por participarem de projetos e pesquisas, mas não pela rede. Isto nos mostra a relevância que a universidade tem e o papel social que cumpre às inúmeras pessoas a que diariamente prestam serviços. Em tempos de retrocessos e da intensa crise política que nossa sociedade se atravessa, reafirmar o valor e o papel que a educação tem também é uma forma de resistir frente ao desmonte que as universidades públicas vem sofrendo.

## **5.6 ESCOLA: ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA UMA CLÍNICA NECESSARIAMENTE AMPLIADA**

A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado (BRASIL, 2009).

Para Vicentin (2006), com a infância e a adolescência não há outra forma de pensar a atenção ou o cuidado em saúde que não seja necessariamente interdisciplinar e intersetorial. Neste sentido, a escola é um campo de articulação direta, pois muito do cuidado recebido pela criança acontece ou deveria acontecer na escola. É na escola que a criança passa grande parte do seu tempo, logo a criança e sua família estão, na grande maioria das vezes, em relação com a escola.

O princípio da intersectorialidade, no campo da atenção à saúde mental infantil, se impõe como condição fundamental para o enfrentamento dos complexos problemas envolvidos no cuidado de crianças. Apesar disso, a rede ampliada de atenção à criança é muito frágil e o trabalho em rede intersectorial se apresenta como um difícil desafio a ser enfrentado (COUTO e DELGADO, 2010).

Neste sentido, podemos refletir sobre a potência e a necessidade do diálogo entre os profissionais da Atenção Básica e as escolas do território. Para além dos encaminhamentos, é

necessária a construção de redes que integre diferentes saberes e campos de experiências a fim de ampliar a leitura da realidade daquela criança e sua família e gere novos recursos de ação.

Este tema emergiu nos grupos focais durante a discussão sobre a percepção dos familiares frente ao encaminhamentos e pareceres pedagógicos recebidos, nos quais as mães avaliaram positivamente ter recebido este apoio da escola:

*Juliana: Eu acho que o parecer é importante, sabe? Porque não é só a gente que está vendo que o filho da gente tem aquela dificuldade, vamos dizer assim, que tem mais pessoas que estão observando também e que realmente aquela criança precisa de ajuda (...) Eu acho que todas as pessoas assim, que se envolvem, que estão ali para ajudar a gente, vão acrescentar e nos ajudar e a gente vai sentir mais confortável para passar por todo esse caminho, por toda essa trajetória que a gente passa.*

*Andreia: Eu acho que é muito importante também esse parecer da educadora especial, como da escola, da professora dele mesmo, porque ali tá a verdade, eu acho que é verdade, porque ali está explicando tudo, o problema que ele tem na fala, o jeito dele, as mudanças dele de atitude, está tudo ali. Eu achei muito importante, até eu guardo tudo.*

Algo que chamou a atenção foi o fato de que para ambas as mães, a percepção da escola sobre o desenvolvimento de seus filhos foi importante para legitimar às outras pessoas da família, suas lutas e buscas por atendimento.

*Andreia: Os parentes dele acham que ele está bem, por eles eu não procurava uma fono, não procurava um neuro porque ele tá bem, só que... por mais que eles moram na frente, do lado da minha casa, ele está bem, ele não tem problema. Só que eu vejo que ele precisa do acompanhamento né. Então, eu peguei, já que eles não queriam, eu peguei e li esse parecer. “Não... mas isso daí está exagerado, ele não tem isso, não ele não faz isso”. E eu disse: “tudo o que está nesse papel aqui é tudo o jeito que ele é, tudo, as atitudes que ele tem, o problema na fala dele né. Eu acho que é muito importante, mas já a família não concorda.*

*Juliana: A mesma coisa acontece comigo, mas no meu caso não é a família, no meu caso é o meu esposo. Ele acha que não, que eu estou exagerando, que eu estou vendo coisa, e essa professora também,*

*porque não é assim, isso não pode estar certo... e as vezes eu me sinto sozinha, porque tipo assim, “tu está exagerando, tu que precisa de ajuda”. Ele não aceita o que eu estou falando né, porque faz tempo que eu falo, desde que ela estava bem ruim, e eu falando, “tem alguma coisa errada, não tá certo”, e ele dizia “não, para com isso, você está vendo coisa, tu está vendo doença na criança, tu tá doente”... essas coisas assim que ele fala pra gente, mas a gente é mãe, a gente vê que não tá legal.*

Apesar de concordarem e terem recebido bem o apoio que a escola deu, observou-se certo sentimento ambíguo com relação aos pareceres:

*Juliana: Não sei se é porque está escrito que dói mais, ou choca mais a gente. São questões que a gente está acostumada a ver, mas assim, outra pessoa falando parece que, não sei, parece que é mais dolorido para uma mãe ouvir, entende? Que teu filho precisa mudar o comportamento, precisa desenvolver em tal parte, em tal área, e você não consegue, tipo assim, não consegue mudar aquilo, entendeu? Você fica assim de braços... meio sem saber o que fazer porque tu não vai conseguir mudar aquilo, precisaria de alguém para te ajudar, precisaria de alguém pra te auxiliar. E outra coisa também dos pareceres que a prof. manda, é que a gente não sabe... a gente vê que tem alguma coisa errada, **mas não tem aquelas palavras pra escrever né. Elas estudam aquilo né, e aí elas colocam aquelas palavras ali pra dizer do comportamento da criança, mas a gente não tem essas palavras pra argumentar o tipo da criança e as prof. tem aquelas palavras né, porque elas estudaram e coisa e tal, daí fica uma coisa mais assim, que a gente leva um choque.***

Todo esse trecho me chamou bastante atenção, em especial a parte grifada. Mesmo entendendo a importância desse apoio à família e respeitando profundamente o trabalho dos professores da rede básica de educação, é extremamente importante que se reflita sobre como as palavras podem denotar sentido e como o sentido atribuído a elas pode influenciar a trajetória da vida de uma criança e sua família. Mais ainda quando se trata de pessoas em situação de vulnerabilidade social e que tiveram acesso e oportunidades bastante desiguais, tendo em vista a forma como a nossa sociedade capitalista se organiza. Essa falta de acesso faz com que uma mãe não se sinta preparada a argumentar sobre as palavras e frases ali descritas sobre o seu filho.

De forma alguma afirma-se que foi o que ocorreu, porém cabe refletir sobre o poder e o status que profissionais da saúde e educação podem ter sobre as pessoas as quais nos preparamos para cuidar. Devemos promover o diálogo nas nossas relações com o outro, de forma que nossa prática seja libertadora e caminhe para a transformação da realidade das pessoas que cuidamos.

Paulo Freire (1987) nomeia de “palavra verdadeira” aquelas onde pode acontecer uma real mudança do ser no mundo e do próprio mundo. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão”. A “palavra verdadeira” é aquela que se faz de forma reflexiva e dialógica com outras pessoas, elas surgem com a intenção do ser em mudar sua realidade. É sob este propósito que nós, profissionais da saúde e da educação, deveríamos nos propor a cuidar.

*Mas, se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isso, ninguém pode dizer a palavra verdadeira sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.*  
(FREIRE, 1987)

## **5.7 ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS DE CONSTRUÇÃO E PRODUÇÃO DE CUIDADO**

As práticas de cuidado em saúde mental de crianças são estritamente conectadas a um conjunto de processos e condições, da mesma forma que a ocorrência de seus possíveis problemas. Existem fatores que estão fortemente associados com o desenvolvimento de problemas de saúde mental, e outros que tem efeitos protetores. Tradicionalmente há três principais domínios que merecem consideração: social, psicológico e biológico. É importante ressaltar que, na prática, os fatores não se apresentam de forma isolada, mas interagem de forma dinâmica. De forma geral, entende-se que a somatória de vários fatores de risco é mais importante para o desencadeamento de problemas do que um fator isolado. O conhecimento desses fatores, tanto os de risco como os de proteção, permite o desenvolvimento de estratégias e ações de prevenção e tratamento dos problemas de saúde mental (BRASIL, 2013).

Se as equipes trabalharem em uma lógica tradicional, que considere apenas os fatores biológicos, pode haver uma sobrevalorização desses fatores, com o risco de se colocar a família em um circuito que envolve apenas uma demorada sequência de exames e procedimentos, na

torcida de que deles emane alguma explicação. Por vezes, isso pode desperdiçar um precioso tempo de intervenções em saúde mental, e fazer com que se tornem permanentes prejuízos no desenvolvimento que poderiam ter sido alvo de cuidados (BRASIL, 2013).

As mães participantes da pesquisa, apesar de toda a luta presente em suas trajetórias, trouxeram falas no decorrer dos grupos que possibilitaram que a reflexão e corresponsabilização sobre suas práticas de cuidado não ficassem dependentes apenas das consultas e procedimentos que seus filhos aguardavam em filas de espera. Conversamos então, sobre estratégias possíveis e que potencializassem efeitos protetores, como por exemplo, a importância do brincar para o desenvolvimento infantil, incentivo à autonomia das crianças e participação social das mesmas. É comum em seus relatos, principalmente em Andreia, que por conta dos sustos e das dificuldades observadas nestes anos de luta, o medo e a superproteção de seu filho era um fator que contribuía de forma negativa ao seu desenvolvimento.

*Eu isolo muito ele. Eu não deixo o João se misturar com outras crianças, né? Que nem agora, tá nas férias, então... as crianças agora tão tomando banho de chuva ontem e ele queria ir. Eu disse, “não, não pode, não pode. Tu não vai falar direito, eles não te entendem, João.” E ele... pedindo, pedindo, “deixa eu ir Nanã, deixa eu ir.” E eu “não, João, não dá.” Aí se tem uma criança jogando bola, que nem ontem tava no grupo lá, ainda tenho medo que vão derrubar ele, né? E por não conseguir falar, não vai saber se defender, né? E eu já não deixo. Eu prendo muito ele, sabe? Até o pai dele tá me chamando de irresponsável, porque eu não libero muito ele. Nem na minha sogra eu deixo ele ir sozinho, que lá tem muita criança, e já penso que vão debochar dele porque não saber falar.*

Foi muito interessante observar o movimento que ela fez de compartilhar que estava superprotegendo-o e revendo algumas atitudes que privava João de vivenciar experiências positivas para o seu desenvolvimento. No decorrer da pesquisa, a unidade estava organizando a sua terceira edição da Colônia de Férias, semana de atividades oferecidas nos meses de Janeiro e Julho e que proporcionam momentos de integração e convivência entre as crianças do território através de brincadeiras, passeios e oficinas. Foi a primeira vez que João pode participar e a primeira vez que Andreia se sentia confortável em deixá-lo sob nossos cuidados e sem a sua presença. E foi extremamente significativo ver o quanto João se sentia alegre em poder estar com outras crianças e viver momentos de autonomia e confiança em seu potencial. Todo esse processo para João e Andreia se deu através das relações, da conversa, do diálogo, da escuta,

das tecnologias leves, o que não aconteceria se não levássemos em consideração toda a história e contexto que faziam com que Andreia se sentisse insegura para acreditar e investir nestes fatores de proteção. Há quase um ano, ela e João participam do grupo de convivência com as crianças do território e em sua fala, Andreia relata o quanto estes espaços contribuem para o cuidado de João.

*Ele vai no grupo né todas as terças, e daí chegou numa terça-feira eu falei: “aí, eu não vou, hoje eu não vou porque eu tô muito estressada”, mas eu tava estressada por causa de eu tá vendo as atitudes dele né. Mas o João e as crianças interagem naquele jeito deles. E daí eu vejo que ele se solta com eles ali. Ontem, voltou o grupo, estavam de férias, ele ficou naquela felicidade porque ele sabia que ia ver o grupo, que ele ia encontrar os amiguinhos deles lá, né? Brincaram e foi muito legal. (...) Um outro dia, chegou uma mãe (que não frequentava mais o grupo) e falou pra mim isso. “Tu tá indo naquele grupo ainda?” Eu disse sim, eu tô indo e vou continuar indo.*

Nos espaços coletivos, as famílias podem perceber similaridades entre as crianças e aprender diferentes formas de cuidar. É importante a aposta nas tecnologias leves, onde uma postura afetiva, a disponibilidade interna para escutar, sustentar angústias, construir vínculos de afeto e estabelecer um elo de confiança vai implicar também a promoção de um ambiente facilitador para as crianças e as famílias, ou seja, um ambiente que forneça proteção e apoio as suas dificuldades (DELFINI, 2016).

Sobre este ambiente protetor, finalizo este tópico com um trecho bastante significativo de Juliana:

*“A gente acaba vendo só o que não tá conseguindo e a gente não consegue, tipo assim, ter momentos bons com o filho da gente na família, porque a gente acaba ficando muito focado no que não tá certo, no que tá errado, no que a gente precisa melhorar, no que a gente precisa fazer... e a vida tá passando, meu filho tá crescendo e a gente não tá aproveitando aquele momento porque fica só preocupada com essas coisas”.*

## 5.8 PERCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

Durante a realização desta pesquisa, a presença de profissionais da equipe foi essencial e fez toda a diferença nas discussões dos grupos. Desde as contribuições das agentes comunitárias de saúde às observações detalhadas e relatoria da enfermeira da unidade. Incluir os profissionais nos grupos, por mais que não fizesse parte dos objetivos da pesquisa, enriqueceram os dados e contribuíram para levar a discussão da infância e saúde mental à equipe, proporcionando momentos de trocas e de pertencimento.

O sentimento expresso foi de gratidão pelo aprendizado conjunto e de alegria pelo vínculo fortalecido tanto entre as mães quanto com a equipe. Juliana, por exemplo, conhecia pouco do funcionamento da unidade, seu acesso também era influenciado pelo fato de morar em área sem cobertura de agente comunitário de saúde, aproximá-la de profissionais da equipe contribui para o vínculo dela com a sua unidade de saúde.

Observar a riqueza dos diálogos e a evolução dos encontros ao ver as agentes comunitárias de saúde se apropriando e se sentindo confortáveis em compartilhar suas histórias e experiências potencializou todo processo da pesquisa.

Para Morosini & Fonseca (2018), assumindo a educação em saúde como eixo principal do trabalho dos ACS e o compromisso com uma Atenção Básica forte, reafirma-se a necessidade de produzir políticas públicas direcionadas para a qualificação desse trabalho. Assim, é possível atender às diferentes configurações da vida e das relações sociais, nos diversos territórios e contextos nos quais o processo saúde-doença se constrói e se expressa.

Frente os desafios do cotidiano, é comum a sensação de impotência nos profissionais de saúde, o que demonstra que os mesmos não são insensíveis às situações ocorridas nos encontros com os usuários. O profissional também tem a necessidade de desabafar e conseguir visualizar sob outras perspectivas as emoções que o encontro com o um usuário lhe suscitou. A dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental (BRASIL, 2013). Este cenário torna-se ainda mais perceptível ao considerarmos a figura do agente comunitário de saúde, que estão inseridos de forma mais direto no cotidiano daquelas famílias. Portanto, oportunizar estes espaços de troca também são estratégias de promoção da saúde mental do trabalhador, sendo importantes de estarem inseridos na rotina dos processos de trabalho.

*É, da minha parte, eu também já tinha falado no outro encontro, né, como foi rico pra mim, como... no pessoal, no profissional e nas recordações. Passou um filme na minha cabeça. Eu acho que é muito importante. Que o dia a dia da gente às vezes é tão corrido, como eu já tinha relatado, a*

*gente chega numa casa, a gente não presta atenção em algum detalhe, em alguma coisa. E foi muito rico. Acho que é muito enriquecedor. E o relato e vocês terem confiança também, né? Porque podia, de repente, dizer que não queriam que a gente estivesse junto. Então, eu tenho certeza da importância de vocês poderem ter falado, sem ter aquela preocupação de ser julgada, nem nada. E como é rico isso, vocês realmente falarem o que tão sentindo. Porque isso faz toda a diferença. Quando a gente participa de um grupo assim, tu poder ter essa confiança de passar o que tá sentindo mesmo assim faz muita diferença. Então, muito obrigado (depoimento de uma das ACS participantes).*

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das queixas trazidas por pais ou profissionais das escolas; da complexidade envolvida no esclarecimento de situações que podem afetar crianças e adolescentes e fazê-los manifestar sofrimento por meio de formas diversas; dos mitos e crenças que são transmitidos de geração após geração, compreende-se a importância de estudar diferentes maneiras de cuidar de crianças, adolescentes e suas famílias que buscam por serviços de saúde, via Atenção Básica.

Desta forma, ao considerar a perspectiva das famílias, esperava-se com esta pesquisa, dar voz para que as mesmas pudessem expressar suas percepções a respeito da situação de saúde das crianças que por algum motivo, necessitaram ser encaminhadas pela escola à serviços de saúde por questões de saúde mental.

Partindo de uma concepção aliada ao modelo psicossocial, considera-se que a formação de uma rede de cuidado envolve o esforço conjunto um trabalho plural entre diferentes setores. Estas diferenças de contribuições devem ser guiadas a uma direção comum. Assim, a lógica da rede é completamente diferente da lógica do “encaminhamento”: No encaminhamento, passa-se ao outro o problema ou uma parte do problema; na rede é a dimensão do encontro e do mútuo compromisso de reverter uma dificuldade e de superar um obstáculo (Vicentin, 2006). Para que isso ocorra, é necessário permitir-se estar aberto ao outro.

Conversar com a escola, poder expor, construir um diálogo sobre o que se passa na relação com as crianças, na relação com quem cuida da criança foi um dos meus principais objetivos nestes dois anos de atuação enquanto fonoaudióloga da Atenção Básica.

É importante pensarmos sobre a qualidade deste diálogo de forma a se colocar ao lado das famílias e de outros profissionais, conversando, por exemplo, com a escola, de uma forma que não seja só colocando-a contra a parede, mas se disponibilizando em fazer junto.

O quanto nos deixamos afetar por aquilo que atravessa o ato de cuidar, vai dizer da qualidade das relações que estabelecemos. Constituir linhas de cuidado requer um trabalho atento e intenso de composição: entre trabalhadores de um mesmo serviço, entre políticas públicas, entre diferentes serviços. Desta forma, espera-se, com esta pesquisa, contribuir para o debate da urgente necessidade de ampliação da rede de assistência e problematizar o cuidado ofertado às crianças e adolescentes.

No decorrer dos grupos, foi perceptível a mudança nos participantes conforme os encontros aconteciam. No primeiro dia de grupo, as falas eram carregadas de angústia e culpa, principalmente pelo estigma sofrido pelas crianças e pela falta de respostas.

À medida que se falava sobre o assunto ficou evidente o quanto as duas mães conseguiram falar de forma mais leve. As questões foram compartilhadas com mais tranquilidade e com menos peso, o que proporcionava que suas condutas fossem repensadas a medida em que falavam. A impressão foi de que as mães conseguiram superar, ao menos em parte, o sentimento de culpa que tinham pelas dificuldades encontradas no cotidiano. Isso tudo ocorreu pela beleza e pela força que falar e estar com o outro tem. Foi através e pela linguagem, enquanto atividade constitutiva, que as mães se reconheceram e estiveram abertas a compartilhar suas histórias.

*“A linguagem, pois, não é um dado ou resultado; mas um trabalho que “dá forma” ao conteúdo variável de nossas experiências, trabalho de construção, de retificação do “vivido”, que ao mesmo tempo constitui o sistema simbólico mediante o qual se opera sobre a realidade e constitui a realidade como um sistema de referência em que aquele se torna significativo. Um trabalho coletivo em que cada um se identifica com os outros e a eles se contrapõe, seja assumindo a história e a presença, seja exercendo suas opções solitárias.” (FRANCHI, 2011)*

Por fim, sou muito grata por ser fonoaudióloga apaixonada pela Atenção Básica e pelo SUS, por reaprender nestes dois anos a trabalhar com linguagem e com gente e poder me reafirmar como profissional que vê e lança luz à vida.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. *A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios*. In: LAURIDSEN- RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.

ANSELMI, L. et al. *Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [S.l.], v. 45, p. 135-142, 2009.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BARBOUR, R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

BARRETO, M. L. et al. *Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa*. *The Lancet*, Londres, p. 47-60, 2011.

BATTISTELLI, B. M.; CRUZ, L. R. *Saúde Mental na Infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas*. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre , v. 6, n. 3, p. 187-205, dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Diário Oficial da União; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada – Brasília (DF); 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental*. Cadernos de Atenção Básica. nº 34. Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Estratégica e Temática. *Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília (DF); 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância* – Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BUSTAMANTE, V.; SANTOS, I. *Arranjos familiares e possibilidades terapêuticas em um serviço de saúde mental infantil*. Pensando Fam 2015; 19:115-31.

CHAVES, F. A. M; CALIMAN, L. V. *Entre Saúde Mental e a Escola: a Gestão Autônoma da Medicação*. Rev. Polis Psique, Porto Alegre , v. 7, n. 3, p. 136-160, 2017.

COUTO, M. C. V. *Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*. In: FERREIRA, T. (Org.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política*. Bell Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, p. 61-74, 2004.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. *Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial*. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.

COUTO, M. C. V. *Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. *Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais*. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, Julho, 2015.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. F. *Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi*. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n. 3, p. 42-49, 2005.

DELFINI, P. S. S. *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

DELFINI, P. S. S. *O cuidado em saúde mental infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2016.

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. *Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Introdução. Porto Alegre: Artmed; 2006.

DOMBI-BARBOSA, C., BERTOLINO-NETO, M. M.; FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M.; REIS, A. O. A. *Condutas terapêuticas de atenção às famílias da população*. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2009; 19:262-8.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R., MELLO, A. L. S. F.; DRAGO, L. C. *A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. *Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico*. *Psicol Reflex Crít* 2010; 23:208-21.

FÉLIX, L. B. *O cuidado à saúde mental na infância: Entre práticas e representações sociais* [Dissertação de Mestrado]. Recife: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco; 2014.

FRANCHI, C. *Linguagem: Atividade constitutiva: teoria e poesia*. FRANCHI, C.; FRANCHI, E.; FIORIN, J. L. (Org.) São Paulo: Parábola, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. *Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 43, p. 727-734, 2004.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. F. C. et al. *Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização*. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 1.

GONDIM, S. *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. Paidéia. 2002

GUARIDO, R. *A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação*. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 27-39). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativa populacional Santa Maria, RS*. 2017. Consultado em 05 de agosto de 2019.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S. *Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família*. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 3, p. 556 - 562, 2014.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo Escolar, 2018*. Brasília: MEC, 2018.

LEWIS, C.; DESSEN, M. A. *O pai no contexto familiar*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1999; 15(1), 9-16.

MARTINS, G. A.; THEOPHILO, C. R. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MONTEIRO, A. R. M.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. S. M.; RABELO, K. P. S.; TAVARES, S. F. V.; TÁVORA, R. C. O. *Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento*. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2012; 16:523-9.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. *Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios*. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1.

MUYLAERT, C. J.; DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. *Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental*. *Physis (Rio J.)* 2015; 25:41-58.

OLIVEIRA, R. C.; CORREA, A. A; FERREIRA, A. G.; MARQUES, Z. F. A. *A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade*. In: MAGALHÃES, H. M. Jr (Org.) *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010. p. 149-71.

PESQUISA Nacional de Saúde do Escolar 2009. *Avaliação do estado nutricional dos escolares do 9º ano do ensino fundamental: municípios das capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 45 p.

PINTO, R. N. M.; TORQUATO, I. M. B.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SOUZA NETO, V. L.; SARAIVA, A. M. *Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares*. Rev Gaúcha Enferm, 2016.

PORTELA, P. N. *A saúde mental na atenção básica: por uma saúde inclusiva e de qualidade para todos*. Cartilha elaborada pelo Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas (CENAT), 2019.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M. M. *Breve história da saúde mental infantojuvenil*. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010a. p. 109 -130.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Superintendência de Atenção Primária. *Saúde Mental na Infância. Coleção Guia de Referência Rápida*. Identificação, manejo e qualificação do cuidado. Rio de Janeiro, 1ª ed.; 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. de História & Ciências Sociais*. n. 1, p. 1-15, jul., 2009.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R. X. *Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância*. Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 91-598, 2010.

SANTOS, D. N.; BUSTAMANTE, V.; SANTOS, L. M. *A saúde mental da infância e da adolescência na atenção básica*. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 247-270.

SIGNOR, R. C. F.; BERBERIAN, A. P.; SANTANA, A. P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educ. Pesque.**, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 743-763, 2017.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. *Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006.

TRONTO, J.C. *Mulheres e cuidados: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso?* Em A. M. Jaggar & S. R. Bordo. (Orgs.), *Gênero, corpo, conhecimento*. (pp. 187-203). Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

VICENTIN, M. *Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada*. Rev Ter Ocup 2006; 17:10-7.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. *Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil*. Bol Oficina Sanit Panam 1996; 120(6):472-482.

WINNICOTT, D. W. (1957). *A criança e seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Child and adolescent mental policies and plans*. Geneva: WHO, 2005. (Mental policy and service guidance package).

ZIA, J.; PANHOCA, I.; ZANOLLI, M. L. *O acolhimento da gestualidade na terapia de linguagem: reflexões no âmbito da clínica fonoaudiológica*. Distúrbios da Comunicação, [S.l.], v. 17, n. 3, set. 2012.

## 8. APÊNDICE

### A - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

#### AA - Roteiro de Grupo focal com familiares (adaptado de DELFINI, 2016)

1. Vamos começar nos apresentando e apresentando a criança ou adolescente que somos responsáveis. Vamos falar hoje sobre a percepção de vocês diante do encaminhamento realizado pela escola. Vocês concordam? Já tinham percebido alguma coisa de diferente e notado a necessidade de ajuda?
2. Agora iremos realizar uma atividade individual. Pensaremos sobre os caminhos que vocês percorreram com a criança ou adolescente desde que receberam o encaminhamento da escola. Vamos escrever em um papel se sentirem à vontade. Ex.: Quando eu recebi este encaminhamento, fui falar com tal pessoa, essa pessoa me sugeriu tal lugar, depois me encaminharam para outro, lá falaram que eu tinha que voltar para o anterior, fui e me encaminharam pra tal profissional, depois fui por conta própria pra outro lugar, depois fui pegar informações no local tal, depois fui para tal lugar, agora estamos em tais lugares sendo ajudados, mas tô pensando em ir ao lugar também).
3. Agora explique para o grupo o caminho de vocês. Quem quiser pode perguntar enquanto o outro apresenta.
4. Início da procura por ajuda - O que vocês perceberam que chamou a atenção? Quando isso aconteceu?
5. Procura por ajuda – O que vocês fizeram quando receberam o encaminhamento? Com quem falaram? Que lugares procuraram? Cite alguma situação que o ajudou. Cite uma situação que o atrapalhou.
6. Conseguiram atendimento no local onde seu filho foi encaminhado?
7. O seu filho recebeu algum diagnóstico antes ou após ser atendido por algum serviço de saúde? Se sim, o que você acha deste diagnóstico? Concorda com ele? Sabe o que significa?
8. Atualidades – quais são os cuidados/tratamento que ele recebe/faz. (O que é cuidado? Como são planejadas as ações de cuidado? Os familiares participam?)
9. O que vocês acham desse cuidado que ele recebe? O que vocês acham do cuidado que conseguem oferecer? Se pudessem escolher, o que mais fariam? - Como vocês gostariam que seu familiar (e você) fosse cuidado/assistido/tratado?
10. O que você achou da escola ter encaminhado o seu filho?
11. E esse grupo? Para que serve a vocês?
12. Quais outros locais (serviços de saúde e outros setores) vocês consideram que contribuem no cuidado de seu familiar?

## 9. ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do estudo:** A construção do cuidado a crianças e adolescentes: Singularidades do cotidiano das famílias.

**Pesquisador responsável:** Luís Antônio Sangioni

**Instituição/Departamento:** Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da UFSM.

**Telefone e endereço postal completo:** (55) 99950-4387. Avenida Roraima, 1000, prédio 44, Centro de Ciências Rurais, Departamento de Medicina Veterinária Preventiva, sala 5007, 97105-900 - Santa Maria – RS.

**Local da coleta de dados:** Escola Municipal de Educação Infantil Ady Schneider Beck, Escola Municipal de Ensino Fundamental Diácono João Luiz Pozzobon, Estratégia de Saúde da Família Maringá e Estratégia de Saúde da Família São Francisco.

Eu Luís Antônio Sangioni, responsável pela pesquisa: A construção do cuidado a crianças e adolescentes: Singularidades do cotidiano das famílias, o convido a participar como voluntário deste estudo.

Esta pesquisa pretende compreender as concepções de familiares sobre a situação de saúde mental de crianças encaminhadas pelas a serviços de saúde. Acredito que ela seja importante porque pode contribuir para a promoção de intervenções em desenvolvimento infantil por profissionais da saúde e da educação, além de permitir que se conheça as famílias e as crianças e adolescentes, os motivos de seu encaminhamento e a rede de apoio encontrada para o seu cuidado.

Para sua realização será feito o seguinte: Serão realizadas conversas em grupos, com duração de aproximadamente uma hora e meia cada, com profissionais da saúde e familiares de crianças encaminhadas a serviços de saúde por questões de saúde mental. Gostaria de convidá-lo para compor o grupo de familiares e informá-lo que não serão identificados os participantes da pesquisa, assim como informações relacionadas à privacidade serão mantidas em confidência.

Os encontros serão gravados e posteriormente transcritos. A manutenção dos dados da pesquisa em arquivo (físico ou digital) estará sob guarda do pesquisador responsável por um período de 5 anos após o término da pesquisa, posteriormente, os mesmos serão incinerados.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: invasão de privacidade e conversar sobre questões sensíveis. Os benefícios que esperamos com o estudo, é que os familiares sejam ouvidos para que os profissionais da saúde e da educação possam compreender as suas concepções sobre a saúde das crianças, em especial à saúde mental, possibilitando a produção de conhecimento e realização de práticas mais próximas à realidade da criança e sua família.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer esclarecimento. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada através de apoio psicológico pela instituição de ensino ao qual o projeto está vinculado. Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do voluntário \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE \_\_\_\_\_

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**ANEXO B – AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS****ANEXO BA – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DO NEPeS**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE  
FONE: 3921-7201

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Vimos por meio deste, informar que o projeto intitulado “A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO A CRIANÇA E ADOLESCENTES: SINGULARIDADES DO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS” de autoria LUIS ANTÔNIO SANGIONI, vinculada ao Curso de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), poderá ser desenvolvido junto a rede de saúde pública do Município de Santa Maria-RS, conforme aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo compreender as concepções de familiares sobre a situação de saúde mental de crianças encaminhadas a serviços de saúde.

Fui informado pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 30 de agosto de 2019.

FÁBIO MELLO DA ROSA  
Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria  
Secretaria de Município da Saúde  
Núcleo de Educação Permanente em Saúde  
Fone: 3921-7201

## ANEXO BB – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA SMED

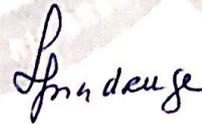
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA EDUCAÇÃO



### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Autorizo a Residente do Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM, **THAÍS SOUZA PEREIRA**, a desenvolver sua Monografia – A Construção do Cuidado a Crianças e Adolescentes: Singularidades do Cotidiano das Famílias nas Escolas de Educação Básica da Rede Municipal de Santa Maria que aceitarem a realização da proposta (Escolas a combinar).

Santa Maria, 06 de setembro de 2019.



Lúcia Rejane R. G. Madruga  
 Secretária de Município da Educação  
 Portaria nº 506/2018