



VOLUME 72

LUZIANE ZACCHÉ AVELLAR
ALEXANDRA IGLESIAS
PEDRO MACHADO RIBEIRO NETO
(orgs.)

Temas de pesquisa em psicologia e saúde



Esta obra foi selecionada para integrar a “Coleção Pesquisa Ufes”, a partir de Chamada Pública feita pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) aos programas de pós-graduação da universidade.

A seleção teve por base pareceres que consideraram critérios de inovação, relevância e impacto.

O financiamento da Coleção foi viabilizado por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (Proap) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e de recursos do Tesouro Nacional.



**Universidade Federal
do Espírito Santo**



Editora Universitária – Edufes

Filiada à Associação Brasileira
das Editoras Universitárias (Abeu)

Av. Fernando Ferrari, 514
Campus de Goiabeiras
Vitória – ES · Brasil
CEP 29075-910

+55 (27) 4009-7852
edufes@ufes.br
www.edufes.ufes.br

Reitor

Paulo Sergio de Paula Vargas

Vice-reitor

Roney Pignaton da Silva

Pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Valdemar Lacerda Júnior

Chefe de Gabinete

Aureo Banhos dos Santos

Diretor da Edufes

Wilberth Salgueiro

Conselho Editorial

Ananias Francisco Dias Junior, Eliana Zandonade,
Eneida Maria Souza Mendonça, Fabrícia Benda
de Oliveira, Fátima Maria Silva, Gleice Pereira,
Graziela Baptista Vidaurre, José André Lourenço,
Marcelo Eduardo Vieira Segatto, Margarete Sacht
Góes, Rogério Borges de Oliveira, Rosana Suemi
Tokumar, Sandra Soares Della Fonte

Secretaria do Conselho Editorial

Douglas Salomão

Administrativo

Josias Bravim, Washington Romão dos Santos

Seção de Edição e Revisão de Textos

Fernanda Scopel, George Vianna,
Jussara Rodrigues, Roberta Estefânia Soares

Seção de Design

Ana Elisa Poubel, Juliana Braga,
Samira Bolonha Gomes, Willi Piske Jr.

Seção de Livraria e Comercialização

Adriani Raimondi, Ana Paula de Souza Rubim,
Dominique Piazzarollo, Marcos de Alarcão,
Maria Augusta Postinghel



Este trabalho atende às determinações do Repositório Institucional do Sistema Integrado de Bibliotecas da Ufes e está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

Diretor da Graúna Digital

Thiago Moulin

Supervisão

Laura Bombonato

Seção de edição e revisão de textos

Carla Mello | Natália Mendes | José Ramos
Manuella Marquetti | Stephanie Lima

Seção de design

Carla Mello | Bruno Ferreira Nascimento

Projeto gráfico

Edufes

Diagramação e capa

Bruno Ferreira Nascimento

Revisão de texto

Fotografia da capa por
George Kourounis em
<https://unsplash.com/>.

Esta obra foi composta com
a família tipográfica Crimson Text.

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

T278 Temas de pesquisa em psicologia e saúde [recurso eletrônico]
/ Luziane Zacché Avellar, Alexandra Iglesias, Pedro Machado
Ribeiro Neto (organizadores). - Dados eletrônicos. - Vitória, ES :
EDUFES, 2023.
305 p. : il ; 21 cm. - (Coleção Pesquisa Ufes ; 72)

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-7772-548-9

Modo de acesso: <https://repositorio.ufes.br/handle/10/774>

1. Saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde mental infantil. I.
Avellar, Luziane Zacché. II. Iglesias, Alexandra. III. Ribeiro Neto,
Pedro Machado. IV. Série.

CDU: 159.9

Elaborado por Ana Paula de Souza Rubim – CRB-6 ES-000998/O

**LUZIANE ZACCHÉ AVELLAR
ALEXANDRA IGLESIAS
PEDRO MACHADO RIBEIRO NETO
(orgs.)**

Temas de pesquisa em psicologia e saúde

 **EDUFES**

Vitória, 2023

Apresentação

Luziane Zacché Avellar

Alexandra Iglesias

Pedro Machado Ribeiro Neto

Para nós, foi um prazer coordenar a edição deste livro. Este é um projeto muito desejado pelo nosso grupo: reunir as pesquisas que temos desenvolvido nos últimos anos no âmbito da Psicologia e Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-Ufes), em diálogo aberto com outras parcerias de trabalho.

O campo da saúde é amplo, multifacetado e convoca a interlocução com diferentes áreas. Nesse sentido, a pesquisa científica cumpre papel importante para seu desenvolvimento, aprimoramento e atualização. Para isso, destacamos a insistência na articulação da pesquisa com o cotidiano das práticas, nos diferentes contextos em que cabe pensar a promoção à saúde e suas múltiplas conexões.

O eixo orientador do livro é a temática da Promoção à Saúde, a qual transcende o setor saúde, de modo a afirmar-se como um

dispositivo de transformação social, uma vez que a saúde requer um entrecruzamento de saberes e vivências, envolvendo o compartilhamento de responsabilidades sociais e incluindo os sujeitos como participantes ativos desse processo. Assim, entende-se que a Promoção à Saúde pode atuar no sentido de politização do cotidiano, o que significa favorecer a construção de espaços em que as diferentes formas de se ver o mundo e os sujeitos possam ser transformados, dialogados rumo à invenção ininterrupta de si e do mundo.

Desse eixo principal derivam as temáticas tratadas nos capítulos: reflexões teórico-metodológicas, os diferentes contextos de intervenção e pesquisa, dispositivos que possam sustentar práticas comprometidas com uma concepção ampliada e humanizada de cuidado e atenção em saúde com diferentes atores, com vistas a aprimorar ações de saúde, fazendo valer os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Prefácio

Ao adentrar na leitura da presente obra, observei temas muito caros na minha trajetória profissional no contexto da Psicologia, como Ciência e Profissão, e no campo da Saúde, entendido este como um contexto de saberes e práticas psicológicas já reconhecidas. A proposta dos organizadores foi de sustentar um espaço de produção de conhecimento, em que a égide principal foi a busca de um “diálogo profícuo” com os diferentes autores que compõem a obra, visando trazer à tona aportes e reflexões teóricas que, de diferentes ordens, fortificam a resposta da Ciência Psicológica às demandas que se impõem na nossa contemporaneidade.

Acredito que em resposta a essas demandas, que se caracterizam pela sua diversidade e a presença das diferenças, tornam-se necessário o reconhecimento e fortalecimento da posição epistemológica que as sustenta, seja no contexto da produção de conhecimento, seja no contexto das práticas a que somos convocados. Assim, a leitura dos capítulos me permitiu visualizar seus pressupostos epistemológicos norteadores, que também me acompanham profissionalmente, os quais se ancoram na Perspectiva da Complexidade, proposta por Edgar Morin.

A perspectiva da complexidade permite reconhecer a diversidade de elementos que se conjugam nos fenômenos que estudamos

ou que intervimos, à luz dos contextos em que acontecem, reconhecendo que um saber não invalida o outro e que necessito de diferentes saberes para melhor me aproximar do fenômeno. Isso implica sustentar a importância de um olhar ampliado e de uma posição dialógica, no sentido de aceitar as diferenças dos saberes e a busca de um diálogo que implique uma co-construção, sob os princípios da ética.

Por sua vez, considero importante apontar que complexidade não é sinônimo de complicado ou de algo difícil, como muitas vezes escutei. Reconhecer epistemologicamente a complexidade dos fenômenos é reconhecer as partes que os constituem em estreita inter-relação, à luz de seus contextos. Assim, complexidade, dialogia, contexto, olhar ampliado e/ou interdisciplinar e ética são palavras nucleares que estão na base de uma posição epistemológica e que notadamente observei, na sequência dos trabalhos presentes nesta obra, a qual se caracteriza por ser uma excelente co-construção, assentada na presença das diferenças e nos pontos de consenso da pesquisa científica.

Nesse sentido, tal qual um caleidoscópio que produz diferentes imagens, os 11 capítulos que compõem o livro nos convidam a diversas reflexões decorrentes das experiências de seus autores e que se assentam na interface dos contextos da Psicologia e da Saúde. O Capítulo 1 abre esta obra com as necessárias reflexões das “Transições paradigmáticas no campo da saúde”. Tendo como contexto o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), as autoras nos convocam a pensar sobre a importância de ressignificar conceitos e os modos de pensar sobre o entendimento do *cuidado*, sob uma perspectiva ampliada, interdisciplinar e integradora, visando o protagonismo dos envolvidos, seja no controle social ou no exercício da cidadania.

Indo ao encontro da ressignificação dos conceitos e modos de produção em ciência, o Capítulo 2, “A pesquisa autoetnográfica na saúde e em outros contextos”, apresenta a contribuição do próprio pesquisador, como protagonista principal de seu cotidiano de trabalho, no campo da pesquisa científica e as vivências dele decorrentes. Esse capítulo nos

provoca a refletir e debater sobre a potencialidade das reflexões desse protagonismo, decorrente do método autoetnográfico, como instrumento eficiente de produção de conhecimento em diferentes contextos.

Já os capítulos 3 e 4 nos desafiam a pensar sobre a prática psicológica no campo da saúde, por meio dos impactos do diagnóstico e tratamento do Câncer. Assim, o Capítulo 3, “Navegando um mural: uma análise de mensagens publicadas em um grupo de apoio on-line”, transporta-nos e nos situa em termos de resultados de pesquisa, nesta época em que a pandemia por Covid-19 tensionou nossas práticas e modos de pensar e atuar na Psicologia. Os resultados evidenciaram que os grupos virtuais, intermediados pelo Facebook, apresentam-se como novos campos de intervenção e pesquisa, especialmente na realidade imposta pela Covid-19, e, principalmente, como espaços importantes para as mulheres participantes, em seu processo de enfrentamento do câncer. No Capítulo 4, “Análise dos impactos emocionais gerados por um diagnóstico oncológico na família”, trouxe à tona a família como protagonista que gravita em torno dos pacientes com câncer, evidenciando sua mistura de emoções, dor e transformações familiares, destacando a importância da escuta e cuidado, por parte dos profissionais.

Seguindo o movimento do caleidoscópio, os capítulos 5 e 6 nos levam aos cenários de diferentes contextos de intervenção profissional, desde atenção básica e sua interface com a atenção psicossocial, para a atenção terciária. Nesse sentido, os resultados apresentados no Capítulo 5, “Concepções dos profissionais de psicologia da atenção básica e de centros de atenção psicossocial sobre o matriciamento”, evidenciam, claramente, o tensionamento entre as possibilidades presentes nesse espaço de intervenção, favorecendo a dialogia entre os saberes e o empoderamento dos profissionais nas suas respostas às demandas. Por outro lado, reconhecem a coexistência de práticas hierarquizadas, burocratizadas e focadas no especialista, que se sustentam em uma estrutura organizacional e que desafiam as potencialidades de uma escuta ampliada e humanizada.

O Capítulo 6 nos leva a pensar e refletir sobre as dinâmicas relacionais que acontecem no contexto da atenção terciária. Intitulado “A dimensão afetiva do cuidar na Utin: representações sociais maternas sobre profissionais de saúde”, esse capítulo traz à tona um dos contextos mais críticos de uma unidade hospitalar, em que os profissionais que ali estão se desafiam cotidianamente, para melhor responder às situações limítrofes entre a vida e a morte. Reconhecendo a importância da dimensão afetiva no acolhimento das demandas desse contexto, os profissionais nem sempre dão conta das necessidades implícitas dos envolvidos, os quais requerem um olhar especial na comunicação estabelecida, evidenciando a necessidade institucional de acolhimento e sensibilização dos profissionais que ali atuam.

Seguindo o percurso da obra, encontramos os capítulos 7, 8 e 9, que trazem ao debate os resultados de trabalhos que se articulam em torno do ciclo vital de desenvolvimento humano de crianças e adolescentes. No Capítulo 7: “Política de saúde mental infantojuvenil: o que dizem as crianças e os adolescentes?”, os autores buscaram compartilhar a metodologia utilizada para trazer as vozes dos protagonistas principais das políticas públicas de saúde mental, para essa faixa etária. O aporte se assenta na busca de acolhimento das singularidades desses sujeitos em desenvolvimento e com capacidade efetiva de contribuição, para o aperfeiçoamento das políticas públicas a eles direcionadas.

Por sua vez, o Capítulo 8, intitulado: “O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes: interfaces entre clínica e política de atenção psicossocial”, descortina algumas dificuldades e entraves encontrados no cuidado de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental no âmbito do SUS. Desde a perspectiva das ações de tratamento, dentro de uma clínica ampliada e transdisciplinar e tendo como base um diálogo entre a clínica psicanalítica e a clínica tradicional, os autores propõem uma reflexão em torno do que eles denominam de “dificuldades clínicas” e “dificuldades políticas” para debater e pensar o cuidado com essa população, para além de um paradigma tradicional.

Indo ao encontro do cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes e o sofrimento psíquico dos envolvidos, no Capítulo 9, intitulado: “É uma criança ao contrário’: concepções de familiares sobre o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes atendidos em um CAPS/IJ”, são evidenciadas as narrativas ambivalentes dos familiares com relação aos seus filhos, como seres em desenvolvimento em situação de sofrimento psíquico, assim como dificuldades do tratamento. Concomitantemente a essa situação, destaca-se a constante busca desses familiares pelos recursos que a criança/adolescente apresenta na convivência diária, em um constante aprender fazendo, para melhor articulá-los no seu mundo relacional.

Os dois últimos capítulos fecham muito bem esta obra, trazendo a temática da importância da formação das redes com as quais os profissionais desenvolvem atividades de cuidado da população, assim como a importância da formação dos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde, na busca conjunta pela interdisciplinaridade, por meio das bases da clínica ampliada. Assim, o Capítulo 10, que trata da: “Formação em práticas integrativas e complementares”, a autora realiza uma análise documental visando problematizar a situação das práticas integrativas e complementares, nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Constatando as diferenças dos cursos envolvidos, a autora coloca em cena a necessária discussão crítica sobre a formação dessas profissões, como um desafio da formação acadêmica para o cenário das práticas no contexto do Sistema Único de Saúde.

Finalizando os capítulos da obra, o Capítulo 11, “Cuidado e promoção à saúde na atuação do psicólogo escolar durante a pandemia da covid-19: relato de experiência”, apresenta as possibilidades de formação de professores, no contexto escolar, durante a pandemia, por meio da desmistificação do perfil clínico individual da psicologia, criando condições de co-construção com a comunidade escolar, de espaços privilegiados, tanto para a produção de cuidado, quanto para a promoção à saúde.

A quem se direciona este livro? Direciona-se, sim, a psicólogos(os) que atuam na área da clínica e da saúde, bem como aos estudantes da graduação e pós-graduação em Psicologia, mas também, e principalmente, pela perspectiva interdisciplinar e de diálogo com os demais saberes, este livro é de grande valia e interesse para os demais profissionais que atuam e que vivem e convivem cotidianamente no campo da saúde, com seus dilemas e desafios.

Por fim e retomando a imagem do caleidoscópio e a perspectiva da complexidade apontada no início deste prefácio, este livro é composto por um conjunto de capítulos que se assentam na defesa da clínica ampliada, como prática de pesquisa e intervenção interdisciplinar, à luz do contexto do SUS, o qual está presente nos diferentes níveis de atenção à saúde e nas redes de suporte institucional e social que o compõem. O conjunto desta obra, produto da co-construção de diferentes olhares, perspectivas e autores, evidencia a possibilidade **profícua e efetiva do fortalecimento do SUS**, como espaço de direitos e de promoção à saúde de todos seus envolvidos.

Dr.^a Carmen L. O. O. Moré

Prof.^a Titular da Universidade Federal de Santa Catarina

Sumário

Capítulo 1

Transições paradigmáticas no campo da saúde..... 21

Meyrielle Belotti

Alexandra Iglesias

Sobre paradigmas e as crises paradigmáticas 22

Os paradigmas no campo da saúde 27

Considerações finais 38

Referências 40

Capítulo 2

A pesquisa autoetnográfica na saúde e em outros contextos 45

Pedro Machado Ribeiro Neto

Introdução 45

Aspectos metodológicos 46

Conhecendo a autoetnografia 47

Autoetnografia e saúde 50

Autoetnografia em outros contextos 57

Considerações finais 60

Referências 62

Capítulo 3

Navegando um mural: uma análise de mensagens publicadas em um grupo de apoio online..... 67

Carolina Martínez Libreros

Luziane Zacché Avellar

Método 72

Instrumentos e procedimentos 73

Método de análise	74
Resultados	75
Tratamentos cirúrgicos do câncer de mama	76
Efeitos do tratamento do câncer no corpo	78
Processo de diagnóstico e de tratamento	79
O câncer de mama como um elemento desconhecido	81
Encorajamento e superação	82
Crenças.....	83
Discussão	84
Considerações finais	88
Referências	90

Capítulo 4

Análise dos impactos emocionais gerados por um diagnóstico

oncológico na família 96

Sheila Piazzarollo Faiçal Mariano

Andrea Campos Romanholi

Introdução	96
Sobre o câncer e seus impactos na pessoa doente e na família.....	98
A pesquisa com familiares de pessoas com câncer	102
Os sentimentos dos familiares.....	104
A organização da família no cuidado	107
Sobre os profissionais da saúde	108
Considerações finais	111
Referências	112

Capítulo 5

Concepções dos profissionais de psicologia da atenção básica e de

centros de atenção psicossocial sobre o matriciamento..... 117

Samya Lievore Zanotelli

Alexandra Iglesias

Maria Inês Badaró Moreira

Introdução	117
Método	119
Resultados	121
Percepção das profissionais acerca do matriciamento em saúde mental ...	121
Operacionalização do matriciamento em saúde mental	124
Contribuições da Psicologia no matriciamento em saúde mental	126
Potencialidades e efeitos do matriciamento em saúde mental no município de Vitória.....	127
Dificuldades para efetivação do matriciamento em saúde mental	128
Propostas para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental .	131
Discussões	133
Considerações finais	142
Referências	144

Capítulo 6

A dimensão afetiva do cuidar na Utin: representações sociais maternas sobre profissionais de saúde..... 148

Marcela Meira Costa

Sibelle Maria Martins de Barros

Maria de Fátima de Souza Santos

O cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: instrumentos, técnicas, regras e relações	150
Escolhendo uma perspectiva psicossocial: a Teoria das Representações sociais	152
O percurso metodológico.....	153
Perdendo o chão: a experiência de ter um filho na Utin	154
O terreno arenoso: o ambiente da Utin.....	157
Reconstruindo o chão em terreno arenoso: a equipe de profissionais da Utin	160
Alguns apontamentos finais.....	165
Referências	166

Capítulo 7

Política de saúde mental infantojuvenil: o que dizem as crianças e os adolescentes? 171

Luciana Bicalho Reis

Matheus Magno dos Santos Fim

Karina da Silva Cajaíba

Introdução	171
Percurso metodológico.....	173
Resultados e discussão	175
Caracterização dos participantes e seu percurso por outros pontos da rede	175
“O médico que mandou me colocar aqui”: conhecimento acerca dos motivos pelos quais acessaram o serviço e apropriação do diagnóstico.....	176
“Eu queria ficar aqui todo dia”: sobre a experiência de estar nos serviços	184
Considerações finais	189
Referências	190

Capítulo 8

O cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes: interfaces entre clínica e política de atenção psicossocial 196

Igor Brum Leitão

Luziane Zacché Avellar

Introdução	196
Clínica e política em saúde mental: de que se trata?	199
Saúde mental infantojuvenil: dificuldades clínicas e políticas.....	205
No cenário da saúde mental infantojuvenil, quais são os sujeitos que se tratam?	209
Considerações finais	217
Referências	219

Capítulo 9

“É uma criança ao contrário”: concepções de familiares sobre o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes atendidos em um Capsij..... 228

Marcela Tommasi Abaurre

Pedro Machado Ribeiro Neto

Introdução	228
Método	232
Resultados e discussão	234
Concepções sobre o cotidiano de cuidado das crianças e dos adolescentes ..	234
Primeiras percepções dos sinais de vivência de sofrimento psíquico até o diagnóstico	240
<i>As primeiras percepções</i>	240
<i>A busca por um diagnóstico</i>	241
<i>O tratamento</i>	242
Dificuldades encontradas pelos cuidadores e formas de lidar	245
Considerações finais	250
Referências	252

Capítulo 10

Formação em práticas integrativas e complementares..... 258

Maria do Rosário de Fátima Rodrigues

Introdução	258
Método	260
Contexto da pesquisa	261
Resultados e discussão	262
Distribuição do Ensino de PICs nas Instituições de Ensino Superior (IES)...	262
Formato das disciplinas	264
Cursos da saúde e práticas integrativas e complementares	265
As práticas integrativas e complementares	270
Considerações finais	272
Referências	273

Capítulo 11

Cuidado e promoção à saúde na atuação do psicólogo escolar durante a pandemia da Covid-19: relato de experiência 280

Juliana Peterle Ronchi

Milena Bertollo-Nardi

Introdução	280
O contexto	284
A oficina.....	285
Outros espaços formativos	291
Considerações finais: em busca de novos caminhos.....	293
Referências	296

Sobre os autores e organizadores..... 299

Organizadores..... 299

Luziane Zacché Avellar299

Alexandra Iglesias.....299

Pedro Machado Ribeiro Neto.....300

Autoras e autores..... 300

Alexandra Iglesias300

Andrea Campos Romanholi.....300

Carolina Martínez Libreros.....300

Iagor Brum Leitão301

Juliana Peterle Ronchi301

Karina da Silva Cajaíba301

Luciana Bicalho Reis.....301

Luziane Zacché Avellar302

Marcela Costa Meira.....302

Marcela Tommasi Abaurre302

Maria Inês Badaró Moreira302

Maria de Fátima de Souza Santos303

Maria do Rosário de Fátima Rodrigues303

Matheus Magno Fim.....303

<i>Meyrielle Belotti</i>	303
<i>Milena Bertollo-Nardi</i>	304
<i>Pedro Machado Ribeiro Neto</i>	304
<i>Samya Lievore Zanotelli</i>	304
<i>Sheila Piazzarollo Faiçal Mariano</i>	304
<i>Sibelle Maria Martins de Barros</i>	304

Capítulo 1

Transições paradigmáticas no campo da saúde

*Meyrielle Belotti
Alexandra Iglesias*

O estudo acerca dos paradigmas possibilita uma melhor compreensão das nossas relações sociais, do nosso agir profissional, assim como os caminhos adotados pela ciência, política, educação, economia, dentre outras áreas de conhecimento para a promoção à saúde. Dessa forma, pensando no contexto de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), entende-se que as mudanças paradigmáticas sugerem novos conceitos, aportes teóricos e modos de pensar o cuidado em saúde que devem contribuir com a promoção à saúde, a integralidade, a interdisciplinaridade, a participação social, o controle social, ou seja, o fomento do exercício da cidadania (KUHN, 2007; PAIM, 2002; 2008; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Diante dessa compreensão, o capítulo em questão tem como objetivo promover uma discussão sobre os paradigmas científicos, seus significados e sua relação com os paradigmas no campo da saúde. A proposta é problematizar e demonstrar a estreita relação dos paradigmas com as concepções de saúde, a produção de cuidado e, conseqüentemente, com os modelos utilizados para responder às necessidades de saúde. Para tanto, buscou-se apoio nos pensamentos de Boaventura de Sousa Santos (1988, 1995, 2002, 2005), partindo-se do pressuposto que o campo da saúde vivencia um momento de transição paradigmática, gerada a partir da constatação de que o paradigma dominante da saúde se mostra insuficiente para responder à complexidade que perpassa o processo saúde-doença. Para ampliar o debate, também foi realizada uma articulação com os estudos de Kuhn (2007), Morin (2000, 2007) e Paim (1997, 2002, 2003, 2008, 2017).

SOBRE PARADIGMAS E AS CRISES PARADIGMÁTICAS

De acordo com Houaiss e Villar (2009), o termo paradigma é uma palavra proveniente do grego antigo *parádeigma*, que tem o significado de “exemplo ou padrão” a ser seguido, derivada do verbo *para-deiknumi*, cuja definição é demonstrar sentido, manifestar. Utilizado na análise do conhecimento científico, Thomas Samuel Kuhn, filósofo e escritor do livro “A Estrutura das Revoluções Científicas”, estabelece como paradigma um conjunto de pressupostos, conceitos e valores compartilhados em uma determinada disciplina. Para o autor, paradigmas são as realizações científicas universais, capazes de gerar um modelo que sustenta, durante um tempo mais ou menos longo, o desenvolvimento subsequente das pesquisas, tornando-se um padrão para a busca de solução dos problemas apresentados dentro de uma comunidade de praticantes de uma ciência. Dessa forma, pode-se afirmar que o paradigma se constitui como uma rede de compromissos, firmados por meio do compartilhamento e das adesões conceituais, metodológicas e instrumentais (KUHN, 2007).

Girondi e Hames (2007) reafirmam a compreensão de que o termo paradigma denota uma constelação de crenças, valores, técnicas partilhadas por membros de uma mesma comunidade científica. Os autores ressaltam ainda que o paradigma governa, em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de cientistas. Dessa forma, o modo como um grupo de cientistas compreende determinado aspecto de seu mundo será orientado pelo paradigma que os orientam, consubstanciando-se em juízo crítico da verdade e da realidade. Logo, por trás de todo conhecimento, sempre há um paradigma que orienta o modo como as pessoas pensam e agem.

Verifica-se que a noção de paradigma se aproxima à ideia de modelos que guiam os procedimentos e atitudes que são tomadas com relação a um fato ou a um determinado objeto. Ou seja, a expressão paradigma se relaciona a “um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação” (PAIM, 1997, p. 12).

Kuhn (2007) resalta ainda que a existência de um paradigma nem sempre implica na existência de um conjunto completo de regras. Isso significa que a ciência não se configura como uma estrutura unificada e monolítica. As ciências e seus vários ramos são bastante instáveis e mutáveis, havendo, assim, um hibridismo no contexto científico, o que permite afirmar que é quase impraticável uma total uniformização dos paradigmas.

Nesse cenário híbrido, podem existir tanto as pequenas revoluções científicas, que irão afetar apenas uma parte de um campo de estudo, quanto as grandes revoluções que irão produzir impactos em grupos amplos. Dito de outra forma, durante o processo de construção e consolidação de um paradigma, pode ocorrer o momento da crise, que é caracterizado como um descontentamento quanto às concepções e aos métodos existentes no paradigma atual. Para Paim (1997, p. 11), é no momento de crise que ocorre “uma ruptura em relação ao conjunto vigente com a emergência de teorias científicas estabelecendo-se novos enfoques para uma disciplina em questão”.

Assim, novos paradigmas surgem a partir das crises geradas por meio das revoluções científicas em que ocorre uma nova concepção a respeito de um determinado fenômeno. Esse movimento permite o aprofundamento de questões e conceitos e a criação de um paradigma emergente diferente do antigo e incompatível com ele. Dessa forma:

[...] as revoluções científicas iniciam-se com um sentimento crescente, também seguidamente restrito a uma pequena subdivisão da comunidade científica, de que o paradigma existente deixou de funcionar adequadamente na exploração de um aspecto da natureza, cuja exploração fora anteriormente dirigida pelo paradigma. Tanto no desenvolvimento político como no científico, o sentimento de funcionamento defeituoso, que pode levar a crise, é um pré-requisito para a revolução (KUNH, 2007, p. 30).

Para exemplificar tal situação, cita-se a transição paradigmática vivenciada no campo da ciência, iniciada no século XX, por meio de uma crise sobre a compreensão da realidade, geradora de uma insatisfação quanto às concepções existentes sobre o modo de compreender o mundo e de fazer sentido nele. Tal processo possibilitou a fecundação de outras ideias e perspectivas, favorecendo a substituição total ou parcial de um paradigma mais antigo/dominante, que era guiado por uma racionalidade científica, por um novo paradigma, denominado de emergente, que resgata a combinação entre senso comum e saber científico, enfatizando que todo conhecimento científico é socialmente construído (SOUSA SANTOS, 2005).

Ainda sobre a crise no campo das ciências, guiando-se pelos pensamentos de Sousa Santos (2005), entende-se que o paradigma dominante se caracteriza pelo pensamento positivista e cartesiano, consolidado a partir do projeto de ciência moderna centrada na busca de verdades e de leis universais que regem o mundo. Assim, a ciência se desenvolveu a partir da divisão do todo em partes, de forma mecanicista. Tais características possibilitam a previsão dos fenômenos e o

domínio da natureza e, conseqüentemente, ofertam o ideal de segurança ao homem moderno contra as adversidades da natureza. Nesse sentido, suas marcas são: a racionalidade; o reducionismo; a dissociação entre corpo/mente, sujeito/objeto, teoria/prática; a valorização daquilo que é quantificável; rigor metodológico, neutralidade e objetividade do pesquisador.

O paradigma emergente, por sua vez, pauta-se no saber científico que tem como ênfase a humanidade, a partir da fusão entre ciências sociais e naturais, sob a égide do conhecimento de forma interdisciplinar e global, tendo em vista uma relação intrínseca entre sujeito e objeto. Nessa concepção, conhecer o objeto permite o autoconhecimento. Cria-se, então, por meio do diálogo do conhecimento científico com o senso comum, uma nova racionalidade. Dessa forma, o paradigma incorpora a complexidade e a racionalidade em uma perspectiva plural, resgatando um discurso mais literário articulado ao pensamento analógico, ou seja, das relações existentes entre os objetos e/ou pessoas (SOUSA SANTOS, 2005).

Em outras palavras, o paradigma emergente busca desmistificar o rigor quantificável presente na visão cartesiana/positivista, por meio de mediações sociais, incorporando a ideia de que todo conhecimento científico passa a ser socialmente construído. O conhecimento científico, nessa perspectiva, deixa de ser compreendido como simples expressão do caráter efetivo do mundo, para passar a refletir de forma simultânea as relações sociais, as crenças e os valores das comunidades científicas. Outras formas de pesquisas passam a ser valorizadas diante desse novo contexto, dentre essas, citam-se as pesquisas de natureza qualitativa, na qual o cenário estudado é compreendido como um fenômeno social, cultural, histórico e dinâmico, vivido e descrito por um pesquisador, a partir das suas concepções, ou seja, do seu modo de observar o mundo (SOUSA SANTOS, 2005).

Para Vasconcelos (2002), a proposta do paradigma emergente é somar, ao rigor científico presente no paradigma dominante, a crítica, a dúvida epistemológica, a complexidade dos fenômenos, a

interdisciplinaridade, influência/interferência do pesquisador nos fenômenos estudados, afirmando-se como metodologias problematizantes para a resolução de problemas. Observa-se que o paradigma emergente coloca em cena a valorização da complexidade dos fenômenos, uma vez que o conhecimento produzido de forma isolada torna-se insuficiente. Logo, o pensamento complexo dá ênfase ao conhecimento singular e multidimensional, estabelecendo como requisito básico para o seu exercício a interdisciplinaridade. Sua proposta é a articulação dos diversos saberes compartimentados nos mais variados campos do conhecimento, sem perder a essência e a particularidade de cada fenômeno. Nesse sentido, a complexidade se configura por aquilo que é tecido junto, inseparável, apresentando-se de forma paradoxal àquilo que é, ao mesmo tempo, uno e múltiplo, sendo o terreno de acontecimentos do emaranhamento das ações, das interações, das retroações e das determinações que constituem nosso mundo fenomênico (MORIN, 2007).

Cabe ressaltar que o paradigma emergente e o paradigma dominante convivem cotidianamente, tanto nas práticas de grupos científicos, como nas ações realizadas nos diferentes serviços. É quase impossível visualizar pesquisas e práticas que sejam orientadas puramente por um paradigma, já que estamos em um período de transição paradigmática. Entretanto, já é possível visualizar algumas influências do paradigma emergente, principalmente no nível teórico, em algumas áreas de conhecimento, tais como nas ciências humanas e sociais (SOUSA SANTOS, 2005).

Dito de outra forma, a ciência não caminha em uma via linear contínua e progressiva, mas, sim, em uma linha tênue e fina, que estabelece uma relação de proximidade entre o paradigma dominante e o emergente. Somado a isso, a “crise pragmática” não é um processo sem enfrentamentos e oposições. “A novidade emerge para aquele que, sabendo com precisão o que deveria esperar, não só sabe reconhecer o que procura, mas também é capaz de reconhecer que ‘algo saiu errado’, algo novo, diferente do esperado” (JACOBINA, 2000, p. 619).

Nesse processo de transição paradigmática, não há superioridade de um sobre o outro, mas a construção de um paradigma mais explicativo e coerente com os problemas daquele determinado momento histórico. Quando se analisam as mudanças ocorridas por meio das revoluções científicas, é importante transpor a visão de superação do presente em relação ao passado, pois os conhecimentos científicos são descontínuos e possuem diferença de tempo e espaço (JACOBINA, 2000). Logo, como a produção científica é permeada por um determinado paradigma construído em um momento histórico, não cabe ser julgada com base em critério de valor ou de desenvolvimento (GIRONDI; HAMES, 2007).

OS PARADIGMAS NO CAMPO DA SAÚDE

Antes de se iniciar a discussão sobre os paradigmas existentes na saúde, alguns pontos importantes merecem ser destacados. O primeiro refere-se ao fato de que as discussões realizadas anteriormente sobre os paradigmas científicos também se materializam no campo das práticas em saúde, ou seja, as ciências e suas revoluções influenciam e estão interligadas à nossa prática cotidiana, enquanto profissional de saúde. O segundo refere-se à necessidade de aprofundar o diálogo sobre os paradigmas da saúde e suas concepções, a fim de proporcionar uma compreensão mais ampla de o porquê determinadas práticas são como são ou o porquê elas se dão de uma determinada forma e não de outra. O terceiro ponto diz respeito ao fato das concepções de saúde refletirem uma conjuntura social, econômica, política e cultural. Logo, o conceito de saúde deve sempre ser analisado a partir do contexto histórico e social que é produzido. Por fim, o último ponto está relacionado ao fato de o surgimento de um paradigma emergente na saúde não garantir, por si só, a substituição completa da concepção até então dominante. A incorporação de um novo paradigma é sempre lenta, gradual e concomitantemente influenciada pelos outros saberes já instituídos na sociedade. Dessa forma,

os diferentes modos de se produzir saúde apresentam-se com antagonismos, ao mesmo tempo em que possuem aspectos complementares, já que se fundamentam em teorias não necessariamente excludentes.

Ao longo dos anos, os conceitos de saúde foram se modificando e apresentando diversos sentidos, tornando fecunda a discussão sobre essa temática (NUNES, 1994; PAIM, 2002; AROUCA, 2007). Assim, a saúde deixou de ser compreendida unicamente como a mera ausência da doença para a noção de “completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1978, p. 01) e, a partir daí, para um conceito de saúde mais abrangente que incorpora as questões de cidadania, inclusão social e a ideia de qualidade de vida, levando em consideração os diferentes fatores sociais, culturais e econômicos que interferem na vida das pessoas e das coletividades (BRASIL, 1988).

Cabe destacar que a definição de saúde como “completo bem-estar” proposta pela OMS tornou-se um marco importante na saúde mundial, pois apontou para a complexidade do tema e para a necessidade de uma reflexão ampliada, sinalizando para a importância da superação da dicotomia existente entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença. Entretanto, tal concepção de saúde apresenta limitações por possuir um caráter utópico, ou seja, o “completo bem-estar” seria apenas um ideal, transformando a saúde em algo inalcançável. Soma-se a isso a dificuldade de delimitar o que deve ser admitido como “bem-estar”, uma vez que as concepções variam de acordo com as pessoas e seus modos de ver e significar a vida (ARAÚJO; XAVIER, 2014). Dito isso, é notória a ocorrência das modificações teóricas nos modelos de saúde, passando do antigo/tradicional — modelo biomédico — para a atual — denominada Vigilância em Saúde, que tem a estratégia da promoção à saúde como a sua nova prática (PAIM, 2003).

O surgimento do modelo biomédico está associado à publicação do Relatório Flexner, na década de 1910, nos Estados Unidos da América (EUA), cujas conclusões tiveram amplo impacto na formação médica em quase todo o continente americano. As diretrizes

desse relatório orientavam para a ruptura com a ciência de base metafísica, no sentido de promover a sustentação do paradigma cartesiano, que assume destaque e firma-se no campo da saúde, por meio dos seguintes pressupostos: a fragmentação, a unicausalidade, o especialismo, o biologicismo, o individualismo e o curativismo (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Em meados do século XIX, com as discussões e questionamentos acerca dos métodos e técnicas utilizados na ciência moderna, verifica-se no campo da saúde o surgimento de alguns movimentos, caracterizados neste estudo como pequenas revoluções científicas, que “tensionam” para uma ruptura com o paradigma dominante da saúde. Tais movimentos possibilitaram o surgimento de novas discussões epistemológicas que, mesmo de forma tímida, colocavam em xeque algumas premissas que direcionavam o modelo biomédico.

Nesse contexto, vale destacar a medicina preventiva, que ganhou força na América Latina, na metade da década de 1950, como um desses movimentos. Fortemente influenciado pela epidemiologia, sua proposta direcionava para um conjunto de medidas educativas destinadas à população, a fim de prevenir agravos e controlar as epidemias (PAIM, 2017). Entretanto, apesar dessas mudanças epistemológicas, a proposta da medicina preventiva não foi suficiente para responder à complexidade que perpassava o processo saúde-doença, sendo esse um dos seus pontos de crise (NOGUEIRA, 2007).

A medicina comunitária e medicina social também podem ser caracterizadas como movimentos que buscavam promover algumas rupturas com o paradigma dominante da saúde. De acordo com Paim (2017), por intermédio da medicina comunitária, foi realizada uma crítica à concentração de recursos e das tecnologias de cuidado destinadas aos níveis secundários e terciários da atenção. Defendia-se a regionalização e a integração dos serviços, de modo que fosse possível a realização de um cuidado progressivo, desde as ações preventivas até as ações de caráter curativistas realizadas pela alta complexidade.

Por sua vez, a proposta da medicina social se configurava pelo estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, das suas relações com os serviços médicos e das relações de ambos — população e serviços médicos — com o sistema social global, com vista a proporcionar níveis máximos de saúde e bem-estar da comunidade. Suas discussões eram centradas na valorização do social enquanto esfera de condicionantes e/ou determinantes que podem tanto interferir nos processos de adoecimentos, quanto nas possibilidades de saúde, na prevenção das doenças e na promoção à saúde (VIEIRA DA SILVA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Os movimentos anteriormente apresentados (medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social) operavam dentro de um contexto de saúde pública, caracterizado pela implantação de programas especiais, destinados a grupos específicos que apresentavam risco de adoecer ou morrer. Dessa forma, a saúde pública tinha como objeto de trabalho os problemas de saúde definidos em termos de agravos e riscos, bem como a sua ocorrência nas coletividades. Além disso, suas ações tinham um caráter campanhista, que, ligadas ao modelo econômico agroexportador, exigiam do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços urbanos de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação (MENDES, 1994).

Entretanto, apesar da medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social emergirem em um contexto de saúde pública, verifica-se que, em certa medida, suas crenças e pressupostos influenciaram a construção do sistema de saúde legalmente instituído no país, em 1988, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é fruto de um longo processo de debate e de lutas pela democratização da saúde, que visava promover a elevação da consciência sanitária em saúde e seus determinantes, bem como o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal, igualitário, com o fomento à participação social e à integralidade do cuidado, configurando-se, assim, como um amplo projeto de reforma

social. Sua implantação proporcionou a organização dos serviços de saúde de forma descentralizada, atribuindo aos municípios a responsabilidade da execução da maioria das ações, com base territorial e com níveis de complexidade de atenção hierarquizados (PAIM, 2008).

Ressalta-se que as mudanças promovidas no campo da saúde com a promulgação do SUS se fizeram necessárias, pois, a partir de um dado momento histórico, os discursos do paradigma dominante, associados aos aspectos estritamente biológicos, tornaram-se insuficientes para responder às necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, emergiam na sociedade movimentos sociais que reivindicavam a sedimentação da concepção de saúde como condição de cidadania. Dessa forma, os princípios e as diretrizes que orientavam as ações e organizações dos serviços de saúde visavam imprimir uma nova forma de produzir o cuidado, ou seja, buscavam implantar um novo modelo de atenção em saúde, guiados por um paradigma emergente que fosse capaz de abranger as questões vinculadas ao campo social.

Convém destacar que o SUS é regido pela área de conhecimento da saúde coletiva, que, segundo Nunes (1996), surge no Brasil, em 1979, por meio de um grupo de profissionais de saúde que buscavam fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica. Para o autor, “a emergência desse projeto reflete, de um modo geral, o contexto socioeconômico e político-ideológico mais amplo, como também as sucessivas crises, presentes tanto no plano epistemológico, como nas práticas de saúde e da formação de recursos humanos” (NUNES, 1994, p. 02).

De acordo com Paim e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva busca promover a superação da saúde pública, podendo ser definida como um campo científico em que “se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308). Os autores revelam ainda que a saúde coletiva também

é caracterizada como um campo de práticas, em que “se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308).

Pode-se afirmar que a principal contribuição da saúde coletiva com o campo da saúde diz respeito à ampliação dos estudos e da compreensão dos processos saúde-doença nas populações, tomando como objeto de trabalho “todas as condições requeridas não apenas para evitar a doença e prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida e, no limite, permitir o exercício da liberdade humana na busca da felicidade” (SOUZA, 2014, p. 18). Diante dessa compreensão, ser saudável não se limita apenas a não estar doente, conforme ressaltado no paradigma dominante da saúde. A concepção de ser saudável passa a se vincular a possibilidade de operar e de produzir a sua própria saúde, quer mediante aos cuidados tradicionais, quer por ações que influenciem o seu meio social, tais como: políticas de fomento a equidade, políticas sociais (educação, assistência social etc.), ações de articulação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam diretamente a sua existência, dentro outras. Em síntese, ações que fomentem o exercício da cidadania.

Apesar de todas essas conquistas, ampliação da concepção de saúde, surgimento da saúde coletiva e criação e implantação de sistema de saúde universal e equitativo, ainda é possível verificar, dentro do SUS, a existência de práticas com caráter curativista, fragmentada, individual, orientada pelo conceito de saúde como mera ausência de doença. O modelo biomédico, em sua hegemonia, ainda se mantém de forma imperativa e como marca central do cuidado. A cultura das instituições setoriais, a formação dos profissionais, a organização dos serviços de saúde, dentre outros fatores, continuam alimentando e sustentando o paradigma dominante da saúde. Assim, os saberes e as práticas adquiridos por meio do campo da saúde coletiva encontram-se em confronto com essa realidade.

Corrobora-se com Mendes (1994), ao ressaltar que a instituição do SUS no país promove o rompimento da dimensão político-jurídica com o paradigma dominante da saúde, porém sua criação não garante, por si só, a instauração de um novo paradigma na dimensão político-operacional. Em outras palavras, houve uma mudança expressiva no conjunto de regras básicas de ordenação e de funcionamento do sistema de saúde, que foram elaboradas tendo como pressuposto a complexidade do fenômeno saúde-doença. No entanto, o mesmo não ocorreu no campo das práticas, ou seja, as mudanças não conseguiram promover alterações significativas no cotidiano dos serviços de saúde. Acredita-se que a dificuldade para a consolidação de um novo paradigma da saúde pode estar situada nessa dimensão político-operacional, que diz respeito à capacidade de implantar práticas que garantam o acesso universal, em uma rede de serviços, guiada pelos princípios da integralidade e da equidade.

Importa ressaltar que, ao reconhecer a necessidade de promover uma ruptura com o modelo biomédico, o SUS não busca desprezar os conhecimentos científicos adquiridos no campo da ciência biológica. A ruptura com esse modelo caminha no sentido de contestar o uso das teorias biológicas como única justificativa científica capaz de explicar e intervir sobre a saúde. Do mesmo modo, quando a saúde coletiva denuncia as falhas do paradigma dominante da saúde e propõe novas abordagens para os problemas de saúde, a intenção não é de invalidar o conhecimento da biologia, mas, sim, de apontar os limites explicativos dessa teoria e sua insuficiência, quando tomada como única base ideológica capaz de organizar as respostas relacionadas aos fenômenos ligados ao processo saúde-doença (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Dito isso, pode-se afirmar que a saúde coletiva aponta para uma crise na saúde pública, porém suas práticas não promoveram uma real ruptura com as ações orientadas pelo paradigma dominante da saúde. Vive-se, então, o desafio da implantação de novas formas de produção de cuidado e de conhecimento, capazes de responder às necessidades de saúde da população e de fomentarem elementos agenciadores da integralidade.

Ao discutir as rupturas paradigmáticas do campo da saúde, Campos (2000) destaca a importância de problematizar quais rupturas de fato aconteceram. O que se mantém? A saúde coletiva teria proporcionado o surgimento de um novo paradigma, negando e superando o da saúde pública? O autor prossegue ressaltando a necessidade de avançar na análise reflexiva e no esforço crítico para romper com o conceito tradicional da saúde pública, com vistas a investir na construção da teoria, dos métodos e das práticas da saúde coletiva. Assim, saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase: antes, fora a doença, depois, as estruturas, agora, tratar-se-ia também da valorização e do fortalecimento das pessoas e coletividades. Contudo, o deslocamento de ênfase não poderia significar displicência das outras dimensões. “Como produzir sujeitos saudáveis sem considerar as doenças ou a possibilidade de enfermar-se? Ou sem avaliar criticamente aspectos estruturais (ambiente, leis, normas)?” (CAMPOS, 2000, p. 229).

Coaduna-se com Campos (2000) sobre a necessidade de aprofundar e de entender os motivos pelos quais, depois de tanto desenvolvimento do campo teórico e da incorporação das categorias sociológicas, a saúde coletiva no Brasil, ao propor suas práticas, ainda continua tributária a um pensamento positivista do paradigma dominante. Por que a doença ainda assume a centralidade nas ações de cuidado? É preciso problematizar o motivo pelo qual, de modo geral, os serviços de saúde ainda organizam as suas ações pautadas nos chamados “programas de saúde especiais” (saúde da mulher, do idoso, programa de controle da tuberculose, dentre outros), reafirmando o uso de ferramentas de trabalho de caráter prescritivo e fragmentado, com a centralidade em aspectos biológicos. É inegável que tais programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais refletiram na melhoria de determinados indicadores de saúde; porém, por serem dirigidos a grupos com problemas específicos, trabalham de forma isolada, cada qual para sua área de conhecimento, descon siderando as questões singulares apresentadas pelas pessoas e coletividades que residem em um determinado território (PAIM, 2002).

Em continuidade às reflexões sobre as contradições vivenciadas no SUS, caberia, ainda, fazer uma discussão sobre as duas vertentes de pensamentos paradoxais presentes no modelo de atenção à saúde, denominado de Vigilância em Saúde. De forma breve, sabe-se que uma das vertentes apresenta-se com um conceito de vigilância restrito, hegemônico, guiando suas ações pelo conceito de risco probabilístico da ocorrência de um fenômeno indesejado e pelo controle de agravos específicos. Por sua vez, a outra vertente opera com uma concepção mais ampliada do termo vigilância, tendo como eixo orientador os processos de trabalho, as necessidades do território e a promoção à saúde (PAIM, 2003). A existência dessas duas vertentes de pensamento, em torno do modelo de Vigilância em Saúde, produz impactos diretos na organização dos serviços de saúde e na produção de cuidado, deixando claro o hibridismo paradigmático existente no SUS. Ou seja, ora os processos de trabalho são guiados pelo paradigma dominante da saúde, com práticas de monitoramento e de controle de agravos específicos, ora são orientados pelos ideais almejados no paradigma emergente, tomando como objeto de intervenção a dinamicidade do processo saúde-doença.

Diante dessas incongruências vivenciadas no atual sistema de saúde do país, pode-se afirmar a coexistência de dois paradigmas (dominante e emergente) no campo da saúde, que competem para a consolidação do seu conjunto de pressupostos. Sustenta-se a ideia, com base no pensamento de Sousa Santos (2002), que o SUS vive um período de transição paradigmática, em que os paradigmas em competição podem se tornar líquidos e navegáveis, ou seja, há uma mistura de concepções e métodos durante a transição paradigmática que permite a inauguração de novos conhecimentos.

Sousa Santos (2002) faz uma metáfora sobre a transição paradigmática, relacionando o paradigma dominante aos centros de poder — a metrópole, o Norte, que tem seu conhecimento validado e reconhecido pela sociedade, desconsiderando outros saberes. Já o paradigma emergente situa-se no Sul, na parte periférica, que, por serem menos engessadas pelo poder central, possuem uma maior facilidade

para produzir formas de conhecimento alternativo, de produzir um diálogo com as diferentes formas de conhecimento. Contudo, existe uma hierarquia entre o Norte e o Sul, que, de modo geral, torna quase invisível as epistemologias do Sul e sua dinamicidade. Para o autor, as teorias do Sul sofreram, e ainda sofrem, a supressão dos saberes dominantes que neutralizam a pluralidade do conhecimento. O autor também enfatiza a necessidade de aprender que existe o Sul, de aprender a ir para o Sul e, por fim, de aprender a partir do Sul com o Sul (SOUSA SANTOS, 1995).

Sousa Santos (2002) destaca, ainda, a importância da fronteira no período de transição, conceituando-a como um lugar privilegiado para compreender as incongruências e inconsistências, devido à sua capacidade de transitar de um lado ao outro, de estar na margem, sem perder as referências do lugar que ocupa:

A fronteira enquanto espaço, está mal delimitada, física e mentalmente [...]. Por este motivo, a inovação e a instabilidade são, nela, as duas faces das relações sociais. [...]. Espaço provisório e temporário, onde as raízes se deslocam tão naturalmente como o solo que as sustenta [...]. Viver na fronteira significa viver fora da fortaleza; significa prestar atenção a todos os que chegam e aos seus hábitos diferentes e reconhecer na diferença as oportunidades para o enriquecimento mútuo (SOUSA SANTOS, 2002, p. 349).

Dessa forma, a fronteira é um espaço onde se encontram controvérsias, um lugar vibrante, vivo, de ajustes, que pode ser traduzido, muitas vezes, com um sentido de batalha, em função dos desafios epistemológicos presentes no período de crise. A fronteira não é o fim, nem o limite que demarca, sua marca é justamente o que faz passar, o que se negocia. Logo, a fronteira explora e quer explorar as potencialidades emancipatórias que existem na transição paradigmática, estando apta para lutar pelo paradigma que emergirá. Aposta-se na sua capacidade de borrar as dicotomias existentes na ciência moderna

— sujeito-objeto, corpo-mente, saúde-doença, dentre outras — instaurando a “promiscuidade entre estranhos e íntimos” (SOUSA SANTOS, 2002, p. 347). Assim, na transição paradigmática, a fronteira:

navega por cabotagem, guiando-se ora pelo paradigma dominante, ora pelo paradigma emergente. E se é verdade que o seu objetivo último é aproximar-se tanto quanto possível do paradigma emergente, ela sabe que só ziguezagueando lá poderá chegar [...]. Cabotando assim, ao longo da transição paradigmática, a subjetividade de fronteira sabe que navega num vazio cujo significado é preenchido, pedaço a pedaço, pelos limites que ela vai vislumbrando, ora próximo, ora longínquo (SOUSA SANTOS, 2002, p. 354).

Por meio do hibridismo do processo de cabotagem, que navega entre os paradigmas em competição, ocorre uma ressignificação da fronteira, capaz de alterar as experiências e, conseqüentemente, promover ou consolidar a mudança paradigmática que se anuncia. Ou seja, o paradigma emergente começa a estabelecer novas relações com os conceitos e com as experiências antigas, a fim de promover tanto uma inovação, quanto a sua dimensão emancipatória, marginalizada por forças regulatórias que operam determinando regras de funcionamento. Ressalta-se que nesse processo não há uma negação da história e do conhecimento acumulado durante todo o percurso. Ao contrário, busca-se a partir desse passado promover a mudança, assumindo a fluidez das fronteiras que se estabelecem entre os paradigmas coexistentes durante o período de transição (SOUSA SANTOS, 2002).

Sousa Santos (1988) destaca ainda que a emergência de um paradigma carrega consigo um conjunto de pressuposto que ainda não revelam exatamente o que vem a ser. “A configuração do paradigma que se anuncia no horizonte só pode obter-se por via especulativa. Uma especulação fundada nos sinais de que a crise do paradigma atual emite nunca por eles determinada” (SOUSA SANTOS, 1988, p. 59).

Por isso, ao fazer referência ao paradigma emergente, fala-se de um futuro, “mesmo que seja de um futuro que já sentimos percorrer” (SOUSA SANTOS, 1988, p. 60). Dessa forma, embora atualmente o paradigma emergente se apresente de forma mais concreta, principalmente no campo teórico, verifica-se que a crise paradigmática apenas emite sinais de especulações acerca do paradigma que emergirá, por meio de distinções básicas do paradigma dominante. As ações permeadas pelos preceitos do novo paradigma revelam somente as suas tendências e sinalizam para a necessidade de mudança. É importante ter a percepção de que o paradigma em ascensão pode não apresentar as soluções almejadas ou, mais ainda, é preciso abandonar a ideia de que as mudanças de paradigmas levam a uma maior proximidade com a verdade (GIRONDI; HAMES, 2007).

Percebe-se, então, que o paradigma emergente da saúde firma-se em uma posição epistemológica contrária ao modelo biomédico, tendo como horizonte o conhecimento produzido no campo da saúde coletiva e os princípios conquistados pelo SUS. Isto é, almeja-se um paradigma fundamentado na produção social da saúde, por meio da incorporação do pensamento complexo, o que requer, portanto, o desenvolvimento do conhecimento interdisciplinar e a criação de práticas de caráter intersetorial, com vista a alcançar a promoção à saúde.

Diferentemente do reducionismo presente no paradigma dominante da saúde, que produz a fragmentação do cuidado e os especialismos, o paradigma emergente da saúde considera a importância da interação entre as diferentes disciplinas no processo de construção do cuidado, articulando os diversos saberes, sem perder a essência da particularidade de cada fenômeno. Assim, por meio do pensamento complexo, o paradigma emergente carrega o desafio de manter, ao mesmo tempo, a unidade (conhecimento singular) e a multiplicidade, tendo como requisito básico o exercício da interdisciplinaridade (MORIN, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo objetivou promover uma discussão sobre os paradigmas científicos e sua relação com os paradigmas no campo da saúde. Com base nos pensamentos do sociólogo Boaventura de Sousa Santos (1988, 1995, 2002, 2005), partiu-se da compreensão de que o campo da saúde vivencia na atualidade um momento de transição paradigmática, caracterizado por um descontentamento com os métodos e princípios do paradigma dominante. Nesse período de transição, busca-se a instauração de formas alternativas do cuidado e, consequentemente, a emancipação do paradigma emergente, que se apresenta em uma posição epistemológica antagônica ao modelo biomédico. Isto é, seus preceitos são ancorados no conhecimento produzido no campo da saúde coletiva e nos princípios instituídos no SUS (BRASIL, 1990, 2006, 2012).

Durante o período de transição, os paradigmas coexistentes entram em competição. Cada um deles busca a consolidação do seu conjunto de pressupostos. Esse cenário proporciona uma mistura de concepções e métodos, que convoca o profissional de saúde a habitar a fronteira, um espaço de contradições, ambiguidades e regido por um hibridismo (SOUSA SANTOS, 2002, 2005). Dessa forma, o cuidado em saúde é marcado por uma fluidez, em que ora o profissional norteia suas práticas pelos preceitos do paradigma dominante, ora ele consegue produzir um cuidado sustentado pelos princípios almejados no paradigma emergente.

Frente a esse hibridismo, a aposta é que o paradigma emergente em saúde incite a organização de processos de trabalho que contemplem metodologias capazes de fomentar a troca dos saberes, o compartilhamento das experiências, a corresponsabilização e a transversalização das relações, de maneira que não exista o domínio de nenhuma disciplina sobre as outras, para, assim, proporcionar um cuidado integral, coerente com as necessidades de saúde das pessoas e do território. No entanto, essa é uma tarefa árdua, pois implica em produzir mudanças,

tanto de ordem institucional, construídas historicamente com base nos preceitos do paradigma dominante, quanto transformar valores e hábitos adquiridos pela cultura da sociedade moderna, que, em termos ideológicos, tendem mais para o individualismo e a exclusão do que para a coletividade, a solidariedade e a igualdade.

Nesse cenário de transição paradigmática, percebe-se que o profissional de saúde, ao se deparar com os ideais do paradigma emergente, descobre que, além de propor mudanças no uso de ferramentas de trabalho e de tecnologia de cuidado, terá de fomentar, principalmente, uma transformação cultural que proporcione novas formas de abordar a realidade, de produzir saúde e, conseqüentemente, de conceber a ciência. Como aponta Morin (2000, p. 15), “não se pode reformar a instituição se anteriormente as mentes não forem reformadas; mas não se pode reformar as mentes se a instituição não for, previamente, reformada. Existe aqui uma impossibilidade lógica, mas é deste tipo de impossibilidade que a vida se nutre”.

Por fim, espera-se que este estudo possa favorecer o fomento das discussões relacionadas aos desafios epistemológicos existentes no período de transição paradigmática no campo da saúde, a fim de deflagrar novas formas de produzir o cuidado, bem como promover o aperfeiçoamento das políticas públicas e dos processos de cuidados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, p. 137-149, 2014. Disponível em: http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/326/382&gws_rd=cr&ei=ycB-WJeGNMebwASnrrrwAg.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Unesp: Ed. Fiocruz, 2007.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco? **Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 261-266, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0409.

GIRONDI, J. B. R.; HAMES, M. L. C. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 368-372, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a21v20n3.pdf>.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JACOBINA, R. R. O paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 6, n. 3, p. 609-630, 2000. DOI: [10.1590/S0104-59702000000400006](https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000400006).

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2007.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 19-91.

MORIN, E. **Complexidade e Transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN, 2000.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NOGUEIRA, R. P. Da medicina preventiva à medicina promotora. *In*: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 175-182.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. DOI: [10.1590/S0104-12901994000200002](https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002).

NUNES, E. D. Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v1n1/1413-8123-csc-01-01-0055.pdf>.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**: primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra. 1978.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev Bras de Educ Méd**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. DOI: [10.1590/S0100-55022008000400012](https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012).

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária. *In*: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. *In: ROUQUAYOL, M. Z. (org.). **Epidemiologia & Saúde***. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 245-257.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendência de reorientação dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. *In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde** – conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-174.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil***. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 547-573.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. DOI: [10.1590/S0034-89101998000400001](https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001).

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005. Disponível de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a05.pdf>.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos avançados**, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988. DOI: [10.1590/S0103-40141988000200007](https://doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007).

SANTOS, B. S. **Toward a New Common Sense**: Law, Science and Politics in the Paradigmatic Transition. New York: Routledge, 1995.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde coletiva? **Revista espaço para a saúde**, v. 15, n. 4, p. 01-21, 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. São Paulo: Vozes, 2002.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

Capítulo 2

A pesquisa autoetnográfica na saúde e em outros contextos

Pedro Machado Ribeiro Neto

INTRODUÇÃO

O interesse para a elaboração deste capítulo sobre a autoetnografia se deve, inicialmente, à utilização da metodologia que a origina — a etnografia — para pesquisar concepções sociais sobre aspectos relacionados às políticas de saúde mental (RIBEIRO NETO, 2021). Dessa forma, foi percebido que a autoetnografia pode servir como fundamentação metodológica para o campo da saúde, já que permite o estudo do cotidiano de quem faz a pesquisa, a partir do conhecimento

sobre uma realidade habitual, corriqueira e banal, analisando relações estabelecidas em eventos passados ou presentes.

A autoetnografia constitui método para produção de conhecimento científico sobre o cotidiano de quem faz a pesquisa, seja no ambiente de trabalho, de estudo ou da vivência de alguma situação ou condição. É realizada em primeira pessoa, isto é, com os registros e a análise direcionada para as experiências do(a) pesquisador(a). A autoetnografia admite os aspectos subjetivo e autobiográfico e, ao mesmo tempo, articula-os com a realidade social e compartilhada. Trata de uma metodologia oriunda das ciências sociais, mas que tem sido utilizada nas ciências da saúde, como poderá ser observado adiante.

Nesse caminho, este capítulo aborda a autoetnografia por entendê-la como uma metodologia que pode ser útil em distintos contextos, podendo contribuir, portanto, com a fundamentação metodológica de estudos no campo da saúde. De tal modo, o objetivo deste capítulo é apresentar a autoetnografia como modalidade de pesquisa científica e, especificamente, debater sua utilização no campo da saúde e em outros contextos relacionados a este.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo foi elaborado a partir de revisão da literatura em três bases indexadoras: o Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (PORTAL BVS), a Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e a National Library of Medicine (PUBMED), durante o mês de abril de 2021. O intuito dessas revisões foi elaborar um panorama geral sobre autoetnografia, ao contrário, evidentemente, de esgotar todos os trabalhos existentes, debatendo sua utilização na saúde. A busca foi direcionada para artigos com acesso livre, sendo descartados trabalhos acadêmicos, como dissertações e teses, assim como resenhas de livros.

Foi utilizado o descritor “autoetnografia” e seu equivalente em inglês, “autoethnography”, nas três bases indexadoras mencionadas. Com o descritor em português, a busca no Portal BVS resultou em 25

artigos, ao passo que na SciELO apareceram 17 resultados e na PUBMED, dois resultados. Já com o equivalente em inglês, apareceram 200 resultados no Portal da BVS, 15 na SciELO e 174 na PUBMED.

Inicialmente, foi realizada a leitura dos títulos dos artigos que surgiram em cada uma das buscas; posteriormente, foram lidos os resumos dos artigos que se enquadravam, preferencialmente, no contexto das ciências da saúde, sociais e humanas; por último, ocorreu a leitura na íntegra dos textos que, após os critérios de inclusão e exclusão, isto é, a partir da confirmação se são artigos com acesso livre e integram o campo das ciências da saúde, sociais e humanas, permaneceram. Desse modo, para a elaboração deste capítulo, foram utilizados 26 artigos sobre autoetnografia.

Os artigos selecionados foram lidos e analisados visando identificar no texto as principais definições sobre autoetnografia e o campo de prática de sua utilização, incluindo relatos sobre a relação entre o método autoetnográfico e a temática abordada em cada um dos artigos analisados. Desse modo, a leitura analítica possibilitou a estruturação deste capítulo em três seções principais, assim denominadas: “conhecendo a autoetnografia” “autoetnografia e saúde” e “autoetnografia em outros contextos”.

CONHECENDO A AUTOETNOGRAFIA

De acordo com os estudos autoetnográficos analisados, a autoetnografia visa descrever e analisar a experiência pessoal para compreender a experiência cultural, englobando aspectos que se referem à escrita, à autobiografia e à cultura. Assim, é a partir de uma análise autobiográfica que a autoetnografia visa atingir a interpretação cultural, relacionando a vivência pessoal de quem faz a pesquisa com o contexto social, político, econômico e cultural, tecendo críticas e buscando respostas para determinadas demandas (ELLIS *et al.*, 2011; MARTOS-GARCÍA; DEVÍS-DEVÍS, 2017; SILVA *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2020; GAMA, 2020; MARALDI *et al.*, 2020).

A autoetnografia utiliza a biografia de quem faz a pesquisa, mas não se configura meramente com uma pesquisa autobiográfica, uma vez que atinge o contexto das relações sociais existentes. Desse modo, a autoetnografia constitui: “porta de entrada para a compreensão de um cenário analítico e interpretativo mais amplo, no qual se constrói, em novas bases, a relação entre o sujeito que observa e o mundo que é observado” (BARBOSA, 2020, p. 822). Portanto, a autoetnografia, mesmo que decorrente das ciências sociais, pode contribuir com as ciências da saúde, pois oportuniza a construção de novos problemas de pesquisa, abordando os objetos de estudo, por exemplo a saúde, mas por outra perspectiva de análise, mais subjetiva, em comparação com as pesquisas tradicionais.

Neste caminho, o paralelo realizado por Davel e Oliveira (2018), entre etnografia e autoetnografia, pode contribuir para este debate: “Se, na abordagem etnográfica, o pesquisador se posiciona como observador-participante (observa e inclui sua participação perante o objeto de estudo), na autoetnografia, o pesquisador se torna participante-observador (participante ativo do objeto de estudo)” (DAVEL; OLIVEIRA, 2018, p. 217).

A autoetnografia oportuniza a problematização de situações e contextos, a partir de descrições provenientes de experiências pessoais. A observação se direciona para a própria vivência de quem faz a pesquisa, com a escrita realizada em primeira pessoa. Portanto, a partir da autoetnografia, podem ser abordadas vulnerabilidades pessoais e/ou de determinado contexto, assim como podem ser desenvolvidas respostas específicas para superá-las (COSTA, 2017; MARTOS-GARCÍA; DEVÍS-DEVÍS, 2017; PEREIRA *et al.*, 2019; FRANK; SOLBRAEKKE, 2021).

Nessa discussão, Alegre-Agís e Riccò (2017) ponderam que, ao desenvolver uma autoetnografia, é preciso que o(a) pesquisador(a) se localize entre a pessoalidade e o distanciamento, dinâmica que incide sobre os limites metodológicos e oportunizam novas discussões sobre a relação entre o objetivo e o subjetivo. Assim, os autores

entendem a autoetnografia como: “uma forma de vivenciar o trabalho de campo, a escrita e a autoridade do autor a partir de uma margem que permite nos distanciarmos da pretensão hipocondríaca da objetividade nas ciências sociais” (ALEGRE-AGÍS; RICCÒ, 2017, p. 280).

Para Ellis *et al.* (2011), a autoetnografia agrega conteúdos como subjetividade, emoção e a influência de quem faz a pesquisa, aspectos desconsiderados em outras possibilidades metodológicas. Nesse sentido, Raimondi *et al.* (2020) entendem a subjetividade como um aspecto intrínseco à produção de conhecimento científico nas ciências humanas, e assim: “Essa subjetividade pode integrar o texto a partir de uma perspectiva dialógica e polifônica, inclusive pelo reconhecimento das influências da experiência pessoal no processo de pesquisa” (RAIMONDI *et al.*, 2020, p. 05).

Costa (2017) discorre sobre a relação entre autoetnografia e subjetividade, argumentando que, no campo das ciências sociais, a utilização da própria pessoa como objeto de estudo possui tanta validade quanto a utilização de terceiros como participantes, como usualmente é realizado. Para o autor, assumir a primeira pessoa como objeto do estudo se constitui como um ato necessário para produção de conhecimento sobre determinadas realidades e situações, as quais, em geral, encontram-se escondidas e não pesquisadas.

Rocha, Araújo e Bossle (2018) afirmam que a autoetnografia não se resume a uma prática de campo, mas trata essencialmente de um trabalho intelectual, o qual se inicia no momento em que se estabelece o problema de pesquisa, posteriormente a apropriação de uma literatura e o início da análise e interpretação. Os autores destacam a existência de diversas críticas ao método autoetnográfico pela utilização da própria pessoa como objeto de estudo: “a crítica à autoetnografia está pautada na relação problemática do uso do ‘eu’ para produzir pesquisas e validá-las nos critérios tradicionalmente utilizados para avaliar a produção científica qualitativa, os quais, em geral, não são adequados para as autoetnografias” (ROCHA; ARAÚJO; BOSSLE, 2018, p. 174).

Almeida *et al.* (2020) compartilham dessa discussão e afirmam que um dos grandes desafios da metodologia autoetnográfica é ultrapassar o âmbito da pessoalidade para atingir aspectos culturais. Nesse sentido, os autores destacam o conceito de reflexividade como central para a autoetnografia: “Isso evidencia a reflexividade como produto e produtor de conhecimento, potencializando as lentes interpretativas, sem ignorar o papel político do autor em relação ao tema” (ALMEIDA *et al.*, 2020, p. 05). De acordo com Gama (2020), a reflexividade é um conceito fundamental na metodologia autoetnográfica, sendo uma modalidade de pesquisa que exige “múltiplas camadas de reflexividade” (GAMA, 2020, p. 190). Para contribuir com esse debate, um dicionário da língua portuguesa foi consultado (MICHAELIS, 2021, s/p), o qual define a reflexividade como: “Propriedade que tem um elemento de relacionar-se consigo mesmo”.

De acordo com Koopman, Watling e LaDonna (2020), a reflexividade se constitui como exame minucioso constante, uma autoavaliação crítica por parte de quem elabora a pesquisa, o que possibilita, entretanto, um confronto em relação às próprias escolhas. Para Silva *et al.* (2018), a reflexividade permite a criação de novos entendimentos e transformações no cotidiano, por meio da consciência crítica dos(as) pesquisadores(as). Nesse sentido, Martos-García e Devís-Devís (2017) corroboram com essa discussão e afirmam que a própria experiência possibilita um senso de reflexão crítico sobre si e sobre a realidade.

AUTOETNOGRAFIA E SAÚDE

A autoetnografia decorre das ciências sociais e vem sendo utilizada, nacional e internacionalmente, por disciplinas da área saúde, como enfermagem (PEREIRA *et al.*, 2019; KOOPMAN; WATLING; LADONNA, 2020), farmácia (SILVA *et al.*, 2018; RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2020), terapia ocupacional (DAHDAH *et al.*, 2019; ALMEIDA *et al.*, 2020) e educação física (MARTOS-GARCÍA;

DEVÍS-DEVÍS, 2017). Além disso, tem sido utilizada para abordar situações de vulnerabilidade (RAIMONDI *et al.*, 2020), hipotireoidismo (COSTA, 2017), esclerose múltipla (GAMA, 2020), trauma perineal (PRIDDIS, 2015), câncer (FRANK; SOLBRAEKKE, 2021), cuidado de familiar (HASSAN; JAMALUDIN, 2014; O'SHEA, 2020), maternidade (HAUGH, 2016) e emoções (BUCKLEY, 2015).

Ramalho-de-Oliveira (2020) sinaliza para uma expansão de estudos autoetnográficos, ocorrida na última década, atingindo diversos campos de conhecimento, especialmente a saúde. Nessa esteira, Raimondi *et al.* (2020) realizaram estudo teórico sobre a utilização da autoetnografia no campo da saúde coletiva, destacando, por sua vez, que a metodologia é pouco explorada nesta área.

Vale ressaltar que, na concepção de Costa (2017), a autoetnografia é apropriada para obtenção de conhecimento científico em várias situações, mas, especialmente, nas quais o(a) pesquisador(a) se encontra em condição vulnerável, como os processos de adoecimento. Nesse sentido, o autor realizou autoetnografia em um momento em que se encontrava com hipotireoidismo, como é destacado no relato a seguir:

Fui encaminhado para um consultório onde estava uma médica que me disse que eu tinha que ficar internado, pois, se voltasse para casa poderia entrar em coma nessa mesma noite. A médica informou-me que o problema era na tiróide, mas que tinha que atacar prontamente uma das consequências desse problema – a rabdomiólise – que consiste na destruição dos músculos e de tecidos dos órgãos (COSTA, 2017, p. 305).

Gama (2020) também realizou uma autoetnografia sobre sua condição de saúde, porém, em um momento em que teve o diagnóstico de esclerose múltipla e cursava pós-doutorado em antropologia. A autora utilizou a experiência pessoal estabelecida nas interações com profissionais e pacientes, assim como as redes sociais e grupos de apoio virtuais, para elaborar sua descrição autoetnográfica.

Ela expressa sua insatisfação sobre as relações estabelecidas com os médicos: “Nos encontros com diferentes neurologistas (foram sete no primeiro ano), eu buscava, além de encaminhamentos, esclarecimentos. Mas saía das consultas frequentemente frustrada: as médicas raramente estavam dispostas a compartilhar o conhecimento e, especialmente, as tomadas de decisão” (GAMA, 2020, p. 195).

Priddis (2015) realizou estudo autoetnográfico sobre sua experiência de trauma perineal grave, com intuitos de compartilhar sua história com outras mulheres e propiciar que os profissionais de saúde possam refletir e, assim, transformar suas práticas profissionais. A autora descreve sua experiência de laceração e os impactos dessa ocorrência para seu aspecto físico e emocional, como demonstra o seguinte relato sobre uma de suas vivências:

Eu estava caminhando quando senti algo descer pelas minhas pernas. Corri rapidamente para o banheiro, pensando que talvez tivesse menstruado pela primeira vez. Mas fiquei horrorizada ao ver que havia ficado incontinente por causa das fezes. Lembro-me de estar sentada no banheiro, chorando, imaginando o que fazer. Joguei minha calcinha fora e tentei me limpar, felizmente eu tinha lenços umedecidos na bolsa e usei-os para me limpar o melhor que pude. Depois de me recompor, fui a uma farmácia e usei uma de suas amostras de perfumes para me borrifar, fiquei completamente paranóica por cheirar a fezes. Ainda tinha que ir à consulta de dentista, mas o tempo todo fiquei ali rezando para não sentir o cheiro e para que nada mais acabasse. Nunca me esqueci daquele dia, ou do nojo absoluto que senti de mim mesmo que tive nenhum controle intestinal (PRIDDIS, 2015, p. 05, tradução nossa).

Frank e Solbraekke (2021) entendem a autoetnografia como um gênero híbrido, que se constitui pela articulação entre a memória e o relato científico. Os autores realizaram pesquisa com pessoas que

passaram por tratamento contra o câncer, almejando, com a autoetnografia, enfatizar os sentimentos e os aspectos subjetivos envolvidos no processo de tratamento oncológico. Na pesquisa, foi proposta uma pergunta disparadora solicitando que a pessoa relatasse sobre sua história de superação do câncer e as mudanças ocorridas desde então. Nesse sentido, os autores afirmam que alguns aspectos, como inconsistências e repetições, também constituem os relatos autoetnográficos, os quais mesclam respostas pessoais e acadêmicas. Segundo os autores, a autoetnografia favoreceu as reflexões pessoais no âmbito de sua pesquisa: “Em nossas vidas, cada um de nós passou a pensar sobre si mesmo de maneira diferente como resultado de nosso diálogo” (FRANK; SOLBRAEKKE, 2021, p. 03, tradução nossa).

Pereira *et al.* (2019) utilizaram a metodologia autoetnográfica na prática de enfermagem, corroborando com as informações apresentadas de que esse método abarca o aspecto emocional de quem desenvolve a pesquisa. Os autores pontuam que a autoetnografia oportunizou o conhecimento sobre questões pessoais, mas que fazem sentido para outras pessoas que passam por situações semelhantes: “ao escrever e refletir sobre a experiência vivida, revirando nossas emoções e medos, podemos contribuir para a cura de nós mesmos e também para a cura de quem nos lê” (PEREIRA *et al.*, 2019, p. 07).

Koopman, Watling e LaDonna (2020) apresentam uma autoetnografia realizada por uma das autoras quando atuava como enfermeira e cursava doutorado, pesquisando as interações entre profissionais e usuários do sistema de saúde do Canadá. Os autores relatam a importância de obter rigor e qualidade na pesquisa autoetnográfica e, nesse percurso, destacam a dificuldade de atingir a introspecção necessária para a reflexividade, principalmente em um contexto em que se está profundamente inserido. Segundo o relato da pesquisadora, a partir da prática de campo: “Fiquei mais atenta a como os indivíduos moldam histórias para se apresentarem ao mundo. E então comecei a pensar sobre como minha história de vida impactará minha pesquisa e minha prática” (KOOPMAN; WATLING; LADONNA, 2020, p. 06, tradução nossa).

Silva *et al.* (2018) também realizaram autoetnografia sobre o sistema de saúde, por sua vez, no Brasil, na assistência farmacêutica no âmbito do SUS, destacando que a metodologia autoetnográfica oportunizou a problematização da atuação farmacêutica, possibilitando realizar críticas sobre sua prática — a qual é historicamente voltada para o trabalho com medicamentos —, de forma a questionar o conhecimento aprendido na graduação. Segundo os autores, essa reflexão foi possibilitada por meio do registro cotidiano da prática profissional no âmbito da atenção farmacêutica, a partir da constituição de diários de campo eminentemente autobiográficos e criativos.

A atuação do profissional farmacêutico também foi objeto de pesquisa de Ramalho-de-Oliveira (2020), o qual desenvolveu uma revisão da literatura sobre autoetnografia, no intuito de debater a atenção farmacêutica. Para o autor, o potencial da autoetnografia na pesquisa em saúde, de forma geral, vai além da mera compreensão das experiências, mas oportuniza autorreflexão e autoanálise, o que oferece ganhos para a prática profissional, seja na farmácia ou em outra profissão da saúde, aprimorando as relações entre profissionais, como também com os usuários do sistema de saúde. O autor afirma que esse aspecto proporciona um ganho de qualidade ao trabalho do profissional de farmácia, sinalizando, assim, que a reflexividade pode oferecer benefícios para o cuidado farmacêutico.

Além da farmácia, a pesquisa autoetnográfica também foi utilizada no contexto de um curso de terapia ocupacional por Almeida *et al.* (2020). Os autores relatam que o método “funcionou como uma ferramenta pedagógica exploratória do cotidiano em suas linhas subjetivadoras” (ALMEIDA *et al.*, 2020, p. 05). Segundo os autores, a autoetnografia foi preferida em relação à etnografia, pois um processo etnográfico exigiria um período maior, assim como mais apropriação de referenciais teóricos e metodológicos, em comparação com a autoetnografia. Essa informação sugere que a autoetnografia pode ser realizada em um período inferior e de forma menos sistematizada do que a etnografia.

Dahdah *et al.* (2019) pesquisaram o luto no contexto de um curso de terapia ocupacional, por meio de revisão da literatura, e observaram que, do total de sete artigos que obtiveram como resultados, três utilizavam a autoetnografia como método. De acordo com os autores, todos os três estudos autoetnográficos abordavam o luto na família, utilizando anotações, memórias emocionais, discussões e reflexões sistemáticas como instrumentos para coleta de dados. Segundo os autores, as experiências emocionais e os aspectos da vida privada foram descritos nos relatos provenientes de diários de campo e incluídos na pesquisa autoetnográfica, permitindo, desse modo, a contextualização do indivíduo que elabora o relato com o grupo em que está inserido.

Martos-García e Devís-Devís (2017) desenvolveram autoetnografia em um pavilhão desportivo de uma prisão de segurança máxima na Espanha, abordando a função do educador físico no sistema prisional. Segundo os autores, na autoetnografia, há um planejamento fundamentado em teorias e metodologias, no entanto, isso não exclui os imprevistos na prática de campo — situação que se agrava em um ambiente prisional —, o que ocasiona dificuldades para a pesquisa e riscos para o(a) pesquisador(a).

Os autores relatam que, diante do tédio da rotina penitenciária, qualquer desentendimento pode conduzir a graves brigas; mas, apesar disso, a prática esportiva possibilitou a participação dos internos, consolidando vínculos e amizade. O pesquisador que realizou a prática de campo vivenciou cenas de violência, mas nenhuma se dirigiu contra ele. Vale destacar que, em certa ocasião em que presenciara uma luta entre internos, preferiu não comunicar aos guardas. Conta que, quando passava por uma das guaritas, sentiu-se impelido a relatar que havia duas pessoas se esfaqueando no pátio. Segue o relato desse momento: “Parecía lo más lógico, lo más humano. Pero las palabras resonaban fuerte y su sentido no era baladí. Finalmente, no dije nada, salí del módulo y me fui a casa, afectado” (MARTOS-GARCÍA; DEVÍS-DEVÍS, 2017, p. 60).

Hassan e Jamaludin (2014) desenvolveram autoetnografia durante um período de dez anos de cuidado de um filho com lesão cerebral, por meio de registros cotidianos em diários. De acordo com os autores, a análise de aspectos positivos e negativos, por meio dos relatos nos diários, possibilitou uma matriz crítica e teórica, o que pode subsidiar o trabalho de outros cuidadores e de profissionais de saúde. Nesse percurso, os autores sinalizam a presença de preconceitos direcionados ao filho, assim como sentimentos de satisfação suscitados a partir dos processos de reabilitação:

A ironia é que nossa sociedade, sem dúvida, julga o progresso na reabilitação de lesões cerebrais através das lentes e perspectivas de seres humanos normais. É um prazer de indulgência que consideramos natural. Se ao menos pudéssemos ver através das lentes de pessoas com lesões cerebrais, nossas perspectivas de suas realizações e progresso seriam drasticamente diferentes; pequenas melhorias são vistas como grandes avanços (HASSAN; JAMALUDIN, 2014, p. 929).

O'Shea (2020) é professor universitário na Inglaterra e descreve sua autoetnografia no surgimento da pandemia da Covid-19, momento em que cuidava de sua mãe idosa. Segundo o autor, sua narrativa foi composta de pensamentos isolados, constituindo um texto atípico na área acadêmica, no qual não há construção de argumentos, apenas relatos de experiências ocorridas durante o início da pandemia. O autor declara possuir enfisema pulmonar, colocando-o em uma posição suscetível ao vírus, além de cuidar de sua mãe idosa. Segue um relato de sua relação de cuidado com a mãe nesse momento:

Ela ainda está parada lá, esperando; tão frágil na porta. Ela acena e fecha a porta. Eu vou e chamo o elevador, tendo o cuidado de ficar o mais longe possível das portas do elevador, apenas no caso de alguém estar lá. Uma coroa de flores está pendurada em um prego na porta da frente, bem em frente ao elevador. Posso

sentir minhas lágrimas caindo e estou prestes a chorar. Novamente (O'SHEA, 2020, p. 03, tradução nossa).

Haugh (2016) corrobora com o entendimento de que a autoetnografia possibilita a articulação de aspectos pessoais e científicos, reunindo vivências singulares com construtos teóricos. A autora desenvolveu pesquisa autoetnográfica sobre sua experiência de tornar-se mãe, registrando em diários de campo seus pensamentos e sentimentos durante o período perinatal. A autora destaca, nesse contexto, seus sentimentos de medo e suas incertezas sobre os processos relacionados à amamentação:

Enquanto estive no hospital, as enfermeiras foram o único apoio que tive para a amamentação. Muitas mulheres compartilharam os detalhes de sua experiência de parto comigo e alguns dos principais desafios que tiveram com a amamentação, mas eu não tive nenhum exemplo concreto de como amamentar (HAUGH, 2016, p. 64).

Buckley (2015) realizou estudo articulando as emoções com a pesquisa autoetnográfica, demonstrando que esse método é apropriado para produzir conhecimento sobre o aspecto emocional do(a) pesquisador(a). Nesse caminho, o autor aponta que, ao contrário da etnografia, a autoetnografia permite focar nas emoções de quem faz a pesquisa por meio da análise sistemática: “Para experiências emocionais desse tipo, portanto, a única abordagem de pesquisa disponível atualmente é a autoetnografia analítica, o estudo sistemático da própria experiência de um pesquisador” (BUCKLEY, 2015, p. 01).

AUTOETNOGRAFIA EM OUTROS CONTEXTOS

Os estudos autoetnográficos analisados nesta seção foram desenvolvidos em contextos como uma organização educacional (DAVEL; OLIVEIRA,

2018), no âmbito escolar (ROCHA; FERNANDES JÚNIOR, 2018; SUMMERS, 2021), acadêmico (PHEKO, 2018; OLMOS-LOPEZ; TUSTING, 2020) e no religioso (MARALDI *et al.*, 2020). São contextos que, de certa forma, fogem do âmbito da saúde, mas é inegável que possuem estreita relação com esse, entendendo a saúde pela perspectiva psicossocial e considerando seus determinantes sociais. Dessa forma, vale ressaltar que a busca nos indexadores por artigos que abordavam a autoetnografia foi direcionada para a saúde e também para estes contextos que serão aqui apresentados, em suma, acadêmico e religioso.

Davel e Oliveira (2018) realizaram autoetnografia em uma organização educacional, contexto em que um dos autores atuava como gestor. Os autores afirmam que a autoetnografia é uma metodologia importante, pois oportuniza acessar com qualidade os campos de prática e estabelecer intimidade com o fenômeno estudado. Nesse percurso, utilizam o conceito de metarreflexividade, isto é, uma experiência de intensificação da reflexividade, destacando o conflito como aspecto intrínseco à aprendizagem organizacional, já que conduz a processos de inovações e criações: “a reflexividade aparece como forma central na atividade de base, que consiste em ensinar e refletir sobre métodos, estratégias e práticas voltadas para favorecer a aprendizagem” (DAVEL; OLIVEIRA, 2018, p. 216).

Summers (2021) desenvolveu sua autoetnografia no contexto escolar, abordando sua trajetória desde o momento em que ainda era estudante até se tornar conselheiro estudantil. Segundo o autor, a metodologia autoetnográfica foi escolhida, pois seu desejo era o de valorizar a própria experiência, possibilitando uma postura reflexiva e agregando sentido à sua existência. O autor receava que sua função de professor, isto é, que sua posição “interna” com o contexto pesquisado, ocasionasse ausência de objetividade, ao passo que “um estranho” observando “terceiros” garantiria, sob uma falsa premissa, maior objetividade. Além disso, o autor ressalta a possibilidade de que danos emocionais ocorram no(a) próprio(a) pesquisador(a), decorrentes do processo subjetivo reflexivo implícito à autoetnografia.

Rocha e Fernandes Júnior (2018) também realizaram autoetnografia em um ambiente escolar, por sua vez, retomando memórias da infância e explorando aspectos ligados à sexualidade e ao gênero, assim como situações de preconceito. Segundo os autores, a escola se constitui como um ambiente machista e que reforça os padrões heteronormativos, consolidando o que os autores denominam de “heteroterrorismo” no ambiente escolar, o que produz situações de opressão e violência. De acordo com os autores: “Meu jeito afeminado incomodava diversos colegas da classe, como demais estudantes e, principalmente, os/as professores/as. Volta e meia era chamado de ‘bicha’, ‘viadinho’, ‘mona’ e ‘pintosa” (ROCHA; FERNANDES JÚNIOR, 2018, p. 45).

Já em relação ao contexto acadêmico, Pheko (2018) desenvolveu pesquisa autoetnográfica quando realizava doutorado em uma universidade africana, relatando vivências de bullying e assédio moral praticado por chefes de seu departamento. Segundo o autor, quando percebeu que estava sendo objeto de bullying, recorreu à literatura para conhecer formas de se proteger. Contudo, a posição de chefia daqueles que praticavam o assédio moral dificultava as denúncias ou ações mais efetivas, pelo fato de conhecerem pessoas de cargos superiores. Essa relação de opressão culminou em seu esgotamento físico, emocional e financeiro, sendo comum: “[...] uma série de sintomas inexplicáveis (que incluíam, mas não se limitavam, à insônia, pesadelos, dores de estômago, palpitações cardíacas, ansiedade e cansaço extremo, assim como dores intensas no ombro e pescoço, fortes dores de cabeça e tonturas)” (PHEKO, 2018, p. 05).

Ainda no contexto acadêmico, Olmos-Lopez e Tusting (2020) desenvolveram sua autoetnografia em um curso de Letras, com registros feitos conjuntamente pelas duas pesquisadoras. Para as autoras, a autoetnografia permitiu compreender o desenvolvimento da escrita acadêmica em diferentes idiomas, oportunizando novas percepções sobre os processos de letramento no âmbito acadêmico. Além disso, entendem que a autoetnografia coloca o(a) pesquisador(a) em uma

posição de ambiguidade, sendo, ao mesmo tempo, sujeito do contexto e objeto do estudo. Segundo as autoras: “a autoetnografia é tanto um processo de pesquisa quanto uma maneira de desenvolver novos insights sobre os processos e eventos de letramento acadêmico pessoal e coletivo que encontramos em diferentes contextos acadêmicos e sociais” (OLMOS-LOPEZ; TUSTING, 2020, p. 266).

Maraldi *et al.* (2020) realizaram autoetnografia com experiências anômalas e dissociativas em um contexto religioso, submetendo-se a um ritual mediúnico e utilizando uma substância enteógena chamada “Ayahuasca”. Foram produzidos relatórios individuais descrevendo as experiências nos rituais, os quais foram lidos nas reuniões de grupo, sendo acrescentadas contribuições dos outros participantes da pesquisa. Vale ressaltar que a autoetnografia foi desenvolvida por pesquisadores médiuns umbandistas e por não praticantes da umbanda. Segue um trecho do relato dos autores:

Ao chegarem ao Templo Espiritual Olhar Divino, os pesquisadores foram recebidos por um trabalhador da casa, vestido de branco. Este pede para que seja feita uma saudação aos guardiões da casa, batendo os pulsos três vezes, num ponto próximo à entrada. Em seguida, orienta a ir até a secretaria onde se deve preencher um questionário e fazer o pagamento de uma taxa. Após isso, os iniciantes aguardam em um espaço com outras pessoas que também participarão pela primeira vez, e onde recebem orientações gerais sobre o ritual e possíveis efeitos da bebida, incluindo o sabor e possíveis efeitos orgânicos (MARALDI *et al.*, 2020, p. 151).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a autoetnografia na área da saúde e nos contextos: escolar, acadêmico e religioso, incluindo uma diversidade de temas e aspectos relacionados à sua utilização, demonstrando que se

trata de uma metodologia promissora e adequada para uma variedade de situações e condições. Vale ressaltar que algumas dessas condições se constituíram em adoecimento e adversidades vivenciadas pelos(as) próprios(as) pesquisadores(as), as quais foram transformadas em produção científica por meio dessa modalidade metodológica.

No âmbito da saúde, foram observados estudos de terapia ocupacional, enfermagem, farmácia e educação física, abordando experiências relacionadas, além do adoecimento pessoal, ao luto, ao cuidado familiar e à privação de liberdade, o que sintetiza a pluralidade de sua adequação. No contexto escolar, foram apresentadas experiências relacionadas a trajetórias pessoais, assim como foi debatido o conceito de “heteroterrorismo”. No contexto acadêmico, foram destacadas vivências de assédio moral, estudo sobre letramento com dupla autoetnografia e foi discutido o conceito de “metarreflexividade”. Já no âmbito religioso, o destaque foi para a experiência em que os pesquisadores participaram de um ritual religioso caracteristicamente xamânico, tendo ingerido bebida enteógena.

Em suma, foram apresentadas situações de vulnerabilidade, opressão e adoecimento, seja do(a) pesquisador(a) ou de pessoas próximas a este(a), sendo descritos ganhos pessoais e científicos com a pesquisa autoetnográfica. Além disso, foram relatadas realidades estranhas ao(à) pesquisador(a), como o arriscado contexto penitenciário e o ritual religioso com experiências anômalas, suscitando sentimentos e emoções diversas pela peculiaridade dos campos na prática. Assim, aqui se ressalta a particularidade da autoetnografia em evidenciar aspectos extremamente subjetivos, os quais, de forma geral, encontram-se ausentes das pesquisas científicas, indicando que se trata de um método necessário. No entanto, uma das críticas tecidas à autoetnografia se refere à pessoalidade, o que pode ser equilibrada por meio da reflexividade e do rigor metodológico.

Ainda incipiente nas pesquisas científicas nacionais, é apropriada para a garantia dos direitos individuais e coletivos, já que pode ser utilizada em situações de adversidade, oportunizando a emancipação

e a transformação de relações culturais e científicas, entre outras. A autoetnografia oferece a contraposição a determinados discursos hegemônicos que obstaculizam a garantia de direitos individuais e sociais ou, em outra perspectiva, produz sentido sobre experiências pessoais angustiantes e que causam ou causaram sofrimento, tornando-as públicas pela via científica.

Sendo assim, a autoetnografia pode ser incorporada nas disciplinas de metodologia dos cursos de graduação, no âmbito das ciências humanas, sociais e da saúde, entre outras áreas como o curso de Letras, por exemplo, já que é adequada para qualquer circunstância em que se possa refletir, observar, registrar e analisar cientificamente o que se passa — ou se passou — ao redor, produzindo sentido sobre determinada realidade, para si e para os outros.

Fica a sugestão de que a autoetnografia possa ser realizada por profissionais da saúde, o que permitiria conhecer o cotidiano “de dentro” dos serviços e ações. Assim, possibilitaria entender os aspectos objetivos e, principalmente, os subjetivos que impactam na produção de saúde, podendo ser problematizados e transformados, visando a qualidade das ações de saúde, a partir da perspectiva dos(as) próprios(as) pesquisadores(as) e/ou profissionais.

REFERÊNCIAS

ALEGRE-AGÍS, E.; RICCÒ, I. Contribuciones literarias, biográficas y autoetnográficas a la antropología médica en España: el caso catalán. **Salud Colectiva** [online], v. 13, n. 02, p. 279-293, 2017. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1203>.

ALMEIDA, D. E. R. G. *et al.* Autoetnografia como estratégia decolonizadora de ensino sobre o cotidiano em Terapia Ocupacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190122, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.190122>.

BARBOSA, M. C. Gripe espanhola: fluxos encadeados de memória e lapidação das lembranças. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 04, p. 820-831, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2105>.

BUCKLEY, R. Autoethnography helps analyse emotions. **Front Psychol.**, v. 06, n. 209, 2015. DOI: <https://10.3389/fpsyg.2015.00209>.

COSTA, J. C. P. A autoetnografia como opção metodológica no estudo antropológico das situações de vulnerabilidade: exemplo de um caso de hipotireoidismo. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 05, n. 08, p. 290-311, ago. 2017.

DAHDAH, D. F. *et al.* Systematic review about bereavement and occupational therapy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 01, p. 186-196, jan. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1079>.

DAVEL, E. P. B; OLIVEIRA, C. A. de. A reflexividade intensiva na aprendizagem organizacional: uma autoetnografia de práticas em uma organização educacional. **Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 25, n. 85, p. 211-228, Apr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-9250852>.

ELLIS, C. *et al.* "Autoethnography: An Overview." **Historical Social Research**, v. 36, n. 4 (138), p. 273-290, 2011. Disponível em: www.jstor.org/stable/23032294. Acesso em:

FRANK, A. W.; SOLBRAEKKE, K. N. Becoming a cancer survivor: an experiment in dialogical health research. **Health (London)**, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1177/13634593211005178>.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. **Anuário Antropológico** [Online], v. 02, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.5872>.

HAUGH, B. Becoming a Mother and Learning to Breastfeed: An Emergent Autoethnography. **The Journal of Perinatal Education**, v. 25, n. 01, p. 56-68, 2016. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.25.1.56>.

HASSAN, S. T. S.; JAMALUDIN, H. Aging parents' caregiving and rehabilitating a brain-injured son: an autoethnography of a 10-year journey. **Electronic physician**, v. 06, n. 04, p. 927-931, 2014. DOI: <https://doi.org/10.14661/2014.927-931>.

KOOPMAN, W. J.; WATLING, C. J.; LADONNA, K. A. Autoethnography as a Strategy for Engaging in Reflexivity. **Global Qualitative Nursing Research**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333393620970508>.

MARALDI, E. de O. *et al.* Experiências anômalas e dissociativas em contexto religioso: uma abordagem autoetnográfica. **Revista de Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 26, n. 2, p. 147-161, ago. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.18065/2020v26n2.3>.

MARTOS-GARCÍA, D.; DEVÍS-DEVÍS, J. “Ver, oír, callar y... aburrirse” en el trabajo de campo de una prisión: un relato autoetnográfico. **Movimento**, Porto Alegre, v. 23, n. 01, p. 53-66, 2017.

MICHAELIS. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/reflexividade/>. Acesso em 22 abr. 2021.

OLMOS-LOPEZ, P.; TUSTING, K. Autoethnography and the study of academic literacies: exploring space, team research and mentoring. **Trabalhos em linguística aplicada**, Campinas, v. 59, n. 1, p. 264-295, Apr. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/010318136565715912020>.

O'SHEA, S. Isolation. **Gend Work Organ**, 2020. Epub ahead of print. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/gwao.12464>.

PEREIRA, M. *et al.* Reflexões sobre a autoetografia interpretativa: uma forma de humanizar o cuidado de enfermagem. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 36, p. 130-138, June 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.32912>.

PHEKO, M. M. Autoethnography and cognitive adaptation: two powerful buffers against the negative consequences of workplace bullying and academic mobbing. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 13, n. 01, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17482631.2018.1459134>.

PRIDDIS, H. S. Autoethnography and severe perineal trauma—an unexpected journey from disembodiment to embodiment. **BMC Womens Health**, v. 15, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0249-3>.

RAIMONDI, G. A. *et al.* A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, e00095320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00095320>.

RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Overview and Prospect of Autoethnography in Pharmacy Education and Practice. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 84, n. 01, 2020. <https://doi.org/10.5688/ajpe7127>.

RIBEIRO NETO, P. M. **Convivendo com residências terapêuticas**. Vitória, ES: Edufes. 109p.

ROCHA, L. O.; ARAÚJO, S. N.; BOSSLE, F. Autoetnografia, ciências sociais e formação crítica: uma revisão da produção científica da educação física. **Revista Internacional de Formação de Professores (RIFP)**, Itapetininga, v. 03, n. 04, p. 168-185, out./dez. 2018.

ROCHA, C. C. S.; FERNANDES JÚNIOR, A. S. “Viadinho só se fode”: autoetnografia de um processo escolar heteroterrorista. **Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Linguagem e Cultura** – UNAMA, n. 02, 2018.

SILVA, D. A. M. *et al.* La Autoenografía como un instrumento de (trans)formación profesional en la práctica del Pharmaceutical Care. **Pharmaceutical Care Espana.**, v. 20, n. 06, p. 442-477, 2018.

SUMMERS, N. “From schoolboy to counsellor: An autoethnography of deconstructions and reconstructions of the self as a learner”. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, p. 1-7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12741>.

Capítulo 3

Navegando um mural: uma análise de mensagens publicadas em um grupo de apoio online

Carolina Martínez Libreros

Luziane Zacché Avellar

O grupo de apoio representa, na área da saúde, uma ferramenta bastante utilizada na intervenção psicossocial, pois, devido aos seus alcances, acabou constituindo-se em uma modalidade eficaz de promoção do cuidado, autonomia e corresponsabilidade. As intervenções na área da saúde mediante grupos de apoio visam: dar informação sobre cuidados para a saúde, educação sobre doenças, gerar espaços de suporte para os usuários, facilitar a construção de estratégias de

enfrentamento e, de um ponto de vista mais amplo, transformar a relação que formam sujeitos e grupos com a doença e seu contexto (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Yli-Uotila (2017) identifica que pacientes com diagnóstico de câncer de mama têm maior necessidade de procurar apoio por meio da participação em grupos, devido às suas constantes preocupações e desconhecimento sobre os efeitos a longo prazo provocados tanto pela doença, quanto pelo tratamento, pela apreensão sobre as repercussões que a doença possa ter na suas dinâmicas familiares e vida pessoal.

Para Zelaya (2020), o câncer de mama implica mudanças físicas, sintomas constantes como dor e fadiga, assim como mudanças emocionais e psicossociais que influenciam na maneira de se relacionar com os outros e seu desenvolvimento no cotidiano, afetando a qualidade de vida das pacientes. Nesse sentido, a busca de ajuda dentro de um grupo de apoio pode ser um recurso para as mulheres que procuram diminuir os impactos associados a essa doença.

Atualmente, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres a nível mundial, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo (excetuando-se os casos de câncer de pele não caracterizados como melanoma). No contexto brasileiro, sem incluir os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões no país. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, foram estimados 66.280 casos novos, para o ano de 2021, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2021).

O câncer de mama representa uma preocupação importante, não só do ponto de vista epidemiológico, mas também do ponto de vista das repercussões psicossociais nas mulheres com esse diagnóstico. O reconhecimento do próprio corpo e sua identidade feminina se vê fragilizado pelo impacto e alterações que a doença tem sobre a imagem de mulher que foi construída até a chegada da doença e seus efeitos (MEDEIROS *et al.*, 2020; SCHNEIDER *et al.*, 2020).

Assim, o apoio social tem grande importância no bem-estar, tanto no cotidiano, quanto em situações que irrompem na normalidade estabelecida na vida das pessoas com o adoecimento. Esse apoio geralmente é procurado por pessoas com doenças como o câncer de mama, por meio do contato com amigos, familiares e pessoas próximas ao seu entorno, mas também é requerido aos profissionais de saúde. O apoio tem um papel fundamental na adaptação do sujeito, não só na construção de novas práticas cotidianas, mas também de novas formas de autopercepção (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Estudos identificaram três dimensões ou tipos principais de funções que se destacam no apoio social: 1) função emocional: referindo-se a aspectos como sentir-se cuidado por alguém de forma afetiva, geração de sentimentos de conforto, apego, preocupação; 2) função instrumental: assistência material direta para realizar atividades ou resolver problemas; 3) função informacional e cognitiva: fornecimento de informações úteis, guias ou conselhos que ajudem a lidar com algum tipo de situação (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015; MEL-GUIZO; MARTOS; HOMBRADOS, 2019).

Os grupos de apoio, além de promover espaços que visam o aprendizado sobre a doença, geram possibilidades de encontro e socialização. Entretanto, a participação em grupos de apoio presenciais pode ver-se impossibilitada por diferentes fatores pessoais, econômicos e culturais, tais como falta de tempo; efeitos colaterais dos tratamentos, principalmente da quimioterapia; o deslocamento, a distância dos locais de encontro; inconvenientes nos horários definidos por serviços de saúde; dificuldades próprias da condição emocional e subjetiva dos usuários que não conseguem se adaptar aos formatos de participação dos grupos presenciais (SANT'ANNA *et al.*, 2010; YLI-UOTILA, 2017; WEINBERG *et al.*, 1996).

O contexto atual deixou em evidência mais um fator que pode influenciar na participação e intervenção em grupos de modalidade presencial; um fator de tipo biológico, que desde o ano 2020 desencadeou uma realidade compartilhada por todos. No atual cenário de

pandemia por Covid-19, mudaram-se rotinas e planos de vida. O risco que representava o encontro social pela facilidade de contágio restringiu o encontro corpo a corpo; implicando em medidas de confinamento e isolamento, quase de maneira unânime nos governos a nível mundial. Assim, a pandemia pelo novo Coronavírus reconfigurou as realidades conhecidas, impactando as interações sociais e levando a criar protocolos de biossegurança que limitaram o encontro presencial, como a proibição de aglomerações, a necessidade de respeitar o distanciamento social e o chamado ao isolamento em casa.

Na área da saúde, o impacto foi direto; as idas aos consultórios e serviços de saúde passaram a representar uma atividade que podia implicar perigo por exposição, alguns tratamentos e procedimentos foram interrompidos, adiados ou limitados e atendimentos e intervenções grupais foram suspensas ou reconfiguradas, limitando número de participantes, localização, frequência de encontro. Frente a esse panorama e a inviabilidade de paralisar o setor da saúde, a telemedicina se posicionou como uma alternativa, a qual foi oficialmente autorizada pelo governo mediante a Lei n.º 13.989, de 15 de abril de 2020; destacando que durante a crise ocasionada pelo Coronavírus esse exercício estaria autorizado, em caráter emergencial. No artigo 3º, postula-se que: “Entende-se por telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde.” (BRASIL, 2020, s/p).

Já o Conselho Federal de Psicologia (CFP) prevê a realização de consultas e/ou atendimentos psicológicos de diferentes tipos, de maneira síncrona ou assíncrona, por meio da Resolução 11/2018, sendo possível a realização de atendimento *online*, atendimento telefônico, orientações por e-mail, entre outros. Por ocasião da pandemia, com a Resolução n.º 04/2020, o CFP reforça o cumprimento do Código de Ética Profissional da categoria, bem como o cadastro prévio na plataforma e-Psi junto ao Conselho, como prerrogativas para o atendimento de forma remota.

Bueno (2020) comenta como o real da pandemia, aquilo impossível de controlar, de outorgar sentido, irrompe no laço social, impactando o corpo individual e afetando o corpo da comunidade. A restrição do corpo compromete a estruturação e circulação da palavra, que implica, segundo o autor, uma destituição: „Destituir a palavra é destituir a cultura. Sem palavra não há comunidade, e o homem é impelido à *zoe*¹“ (BUENO, 2020, p. 41).

No impulso que leva a vida a manter o laço e o lugar da palavra na cultura, é possível trazer à cena o uso das ferramentas oferecidas pela tecnologia on-line, as quais representam novas possibilidades; alternativas para sustentar o laço social e, no caso deste trabalho, abre novos cenários para os grupos de apoio no espaço das redes sociais; grupos que vêm funcionando há bastante tempo, mas a exigência e o chamado à convivência virtual mantêm atualizada sua discussão.

Martínez e Vásquez (2011), ao realizar um levantamento dos fóruns em comunidades *online*, existentes na Espanha, encontraram que a maioria deles não eram dirigidos por profissionais ou voltados para fornecer consultas aos usuários. A maior parte dos fóruns era de caráter livre, grupos criados pelos próprios pacientes ou familiares, sem qualquer presença profissional.

Os participantes encontram nos grupos *online* uma possibilidade para se expressar enquanto escrevem e compartilham suas experiências no espaço virtual; surge como uma opção para aqueles que não se sentem confortáveis, discutindo, abrindo-se ou fazendo certo tipo de perguntas frente aos outros. Nesse contexto, a internet e a virtualidade oferecem uma sensação de comodidade, liberdade e segurança durante o processo de autorreflexão e/ou de construção de vínculos, oportunizando ofertar e receber apoio (FAGOTTO, 2019).

Cada vez mais, os pacientes fazem uso da internet e participam das comunidades *online* como parte dos recursos de cuidado da saúde e apoio ao tratamento (JOHANSSON *et al.*, 2021). Dentro das

1 Zoe provém da palavra grega [zoi], que significa vida.

plataformas virtuais, o Facebook tem se convertido em uma das fontes mais acessadas para procurar informação sobre saúde; de igual maneira, os grupos de saúde que se encontram nessa plataforma, são uma ferramenta útil para os pacientes que sentem a necessidade de se conectar e receber apoio de pessoas que estejam na mesma situação, pessoas que consideram seus pares, dentro de um espaço seguro para tratar seus medos e sentimentos de solidão (FAGOTTO, 2019).

O presente trabalho apresenta resultados da pesquisa de mestrado em Psicologia desenvolvida no ano de 2016 (LIBREROS, 2016), que visou contribuir com o aprofundamento e entendimento das interações que se apresentam no interior dos grupos de apoio virtual, especialmente no que diz respeito à participação de mulheres com diagnóstico de câncer de mama.

MÉTODOS

A pesquisa desenvolvida teve um delineamento exploratório, abordou um grupo que funciona na rede social Facebook. O objetivo foi compreender práticas de participação em grupo de apoio *online* empreendidas por mulheres com câncer de mama, com atenção especial aos conteúdos de comunicação dirigidos pelas mulheres ao grupo. Investigou-se um grupo de Facebook, com 3.417 membros (cifra correspondente ao tempo da coleta dos dados), por meio da compilação de 200 publicações realizadas ao longo de 30 dias.

O grupo analisado na pesquisa funcionava na rede social Facebook, com configuração de grupo “fechado”, ou seja, cuja participação é sujeita à pré-aprovação por parte das administradoras do grupo. De acordo com as administradoras, o propósito do grupo era ser um espaço de encontro, troca de experiências e de apoio, dirigido especificamente para mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Nele, não era permitida a participação masculina, no intuito de possibilitar às mulheres a publicação de fotos e comentários íntimos. Não era permitida a venda ou propaganda de produtos ou serviços, arrecadação

de valores, mensagens com conteúdo ofensivo ou o incentivo ao abandono dos tratamentos convencionais.

Foram cumpridas as recomendações da Resolução CNS 466/12 sobre ética em pesquisa com seres humanos. Segundo os critérios de uso acordados para todos os membros do Facebook, uma publicação feita em “mural”, ou seja, na página eletrônica compartilhada, é de uso comunitário por todos os usuários que têm acesso a essa publicação (KEISERMAN, 2012). Mesmo com o caráter público da informação, não foram divulgados nomes, respeitando a confidencialidade das identidades das participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, com o parecer número 1.256.217.

Instrumentos e procedimentos

Uma vez feita a seleção do grupo *online* que atendia aos objetivos da pesquisa, foi encaminhada uma mensagem com a solicitação de participação no grupo, expondo para suas administradoras o projeto de pesquisa e o tipo de participação pretendido. Sendo aceita a solicitação e aprovada a participação da pesquisadora, realizou-se uma coleta de mensagens publicadas pelas participantes na página pública do grupo escolhido, ou seja, no “mural” do grupo, cujo conteúdo é exibido a todas as participantes. Não foram coletadas publicações com conteúdo de imagens, vídeos e artigos (de terceiros), apenas mensagens escritas com texto próprio das participantes. A coleta dos dados foi feita durante os meses de outubro e novembro de 2015, com uma duração de 30 dias, no total. Durante esse período, foi feito um acompanhamento por meio da leitura das mensagens que as participantes publicavam no grupo. No final do dia, eram coletadas as mensagens escritas que as participantes publicavam.

Com esse procedimento, chegou-se à compilação de 200 mensagens, que foram agrupadas para construir o *corpus* “Mensagens publicadas no Grupo”. O critério de inclusão das mensagens na referida

compilação foi a sua identificação, por parte da pesquisadora, ao longo do tempo de observação referido anteriormente. Todas as mensagens que cumpriam o critério foram incluídas no *corpus*. No processo de análise, julgou-se que o número de mensagens coletadas foi suficiente para cumprir o objetivo da pesquisa.

Método de análise

Para a análise dos dados coletados, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Trata-se de um *software* especializado em análises estatísticas de *corpus* textuais, que alia possibilidades de análises quantitativas e qualitativas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *software* aplica ao *corpus* o método de análise denominado Classificação Hierárquica Descendente (CHD). O método de CHD realiza uma primeira divisão do *corpus* em dois conjuntos de segmentos de texto (STs) gerando dois Eixos, com vocabulário diferente ou o menos semelhante possível. Os “conjuntos de STs” (Classes) são divididos até que as diferenças de vocabulário entre eles “não sejam mais significativas do ponto de vista estatístico, resultando em certo número de classes” (SOUZA; MENANDRO; MENANDRO, 2015, p. 229) com conteúdo estável.

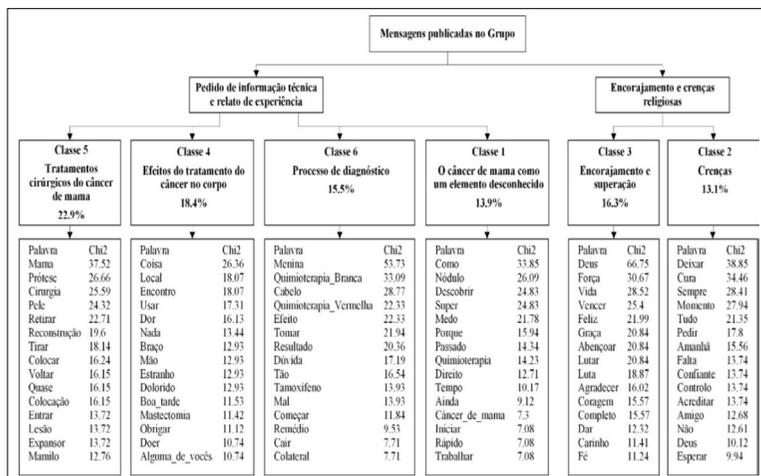
A interpretação dessas Classes gera uma compreensão sobre os principais conteúdos produzidos pelas participantes do grupo de apoio virtual, bem como sobre as diferenças e as relações entre esses conteúdos. O IRAMUTEQ permite a construção de um gráfico em árvore, um “dendrograma”, que ilustra a separação das Classes (diferentes conjuntos de STs), mostrando seu vocabulário característico. Esse vocabulário característico é composto pelo conjunto de palavras que apresentou associação significativa com cada Classe em questão, associação medida por meio de testes de qui-quadrado. O resultado desta análise será apresentado a seguir.

RESULTADOS

O *software* IRAMUTEQ dividiu o *corpus* constituído pelas 200 publicações de texto coletadas em 318 segmentos de texto (STs), sendo que 245 STs foram aproveitados na CHD (77,04%), gerando 6 Classes. A Figura 1, apresentada a seguir, foi nomeada como “Mensagens publicadas no Grupo”; mostra o dendrograma correspondente à CHD do *corpus*. Na Figura, destacamos as 15 palavras com maior porcentagem de frequência.

Pode-se observar na figura, como é próprio da CHD, uma primeira partição do *corpus* em dois Eixos, nomeados como: “Pedido de informação técnica e relato de experiência” e “Encorajamento e crenças religiosas”. Na segunda partição do *corpus*, o eixo “Pedido de informação técnica e relato de experiência” foi subdividido em 4 classes: 5, 4, 6 e 1. O eixo “Encorajamento e crenças religiosas”, na terceira partição do *corpus* dividiu-se, gerando as Classes 3 e 2. Cada uma será descrita na sequência. As palavras típicas das Classes (com associação significativa encontrada com auxílio do IRAMUTEQ) estão marcadas com sublinhado no corpo do texto e nas citações literais das mensagens das participantes.

Figura 1 – Mensagens publicadas no Grupo. Dendrograma gerado a partir da Classificação Hierárquica Descendente das mensagens de texto publicadas pelas participantes do grupo de apoio *online*



Fonte: elaborado pelas autoras

Tratamentos cirúrgicos do câncer de mama

A Classe 5, nomeada “Tratamentos cirúrgicos do câncer de mama”, teve 22,9% de presença no *corpus* final de análise com 56 STs dos 245 STs aproveitados. No que se refere ao conteúdo dos STs da Classe 5, observa-se que está associado a procedimentos médicos, com destaque para a cirurgia que se realiza no tratamento do câncer de mama. Algumas das palavras que apresentaram maior associação ao conteúdo da Classe foram: mama, prótese, cirurgia, pele, retirar, reconstrução, tirar, colocar, voltar. As palavras que apareceram exclusivamente para a Classe 5 foram pele, entrar, lesão, expansor.

As mensagens se concentraram nos procedimentos médicos que são feitos nas mamas e nas regiões adjacentes. No contexto lexical da Classe, predominou um caráter técnico e os STs giraram em torno das perguntas e/ou opiniões relacionadas a procedimentos de tipo cirúrgico. Os trechos a seguir ilustram esse resultado:

Olá, meninas sou nova no grupo obrigada por me receberem, recentemente fui diagnosticada com carcinoma ductal invasivo menor do que 1 cm na mama esquerda, segundo o médico, ainda em fase inicial mas deverei retirar a mama já na próxima semana e colocarei expansor.

Uma das próteses enrolou e dobrou na esquerda por isso ainda terei mais uma cirurgia daqui a uns 6 meses para consertar, mas estou quase lá, foram 13 cirurgias nas mamas, não esperem beleza, mas são mamas e as cicatrizes vão melhorar.

Nessa Classe, também se identificou que, além da descrição das cirurgias ou planos para a intervenção cirúrgica por parte dos profissionais, ocorreram perguntas dirigidas para as outras participantes sobre como foram feitas essas cirurgias, a ordem em que ocorreram as intervenções. Com esses pedidos de opiniões, nos STs, expõem-se dúvidas que as participantes sentiam em relação aos planos cirúrgicos elaborados pelos médicos e profissionais envolvidos. Essas questões são geradas a partir de uma percepção sobre as diferentes opiniões que podem ter os profissionais sobre um mesmo procedimento:

Meninas, gostaria de saber mais sobre a colocação de próteses antes da radioterapia. Já percebi que os médicos têm opiniões diferentes sobre o assunto, por favor, peço àquelas que já passaram pela cirurgia que nos contem como foi. Obrigada, Abraços.

Referente ao tópico das cirurgias, as participantes não só expuseram suas perguntas, como também informavam as datas nas quais estavam previstos os procedimentos médicos. Isso por vezes era acompanhado de um pedido de apoio dirigido às outras participantes. No caso das mulheres que já tinham feito suas cirurgias, elas compartilhavam seu estado de ânimo e de saúde, assim como o resultado das intervenções com depoimentos e fotografias.

Efeitos do tratamento do câncer no corpo

A Classe 4, nomeada “Efeitos do tratamento do câncer no corpo”, representou 18,4% do *corpus* final de análise; incluindo 45 dentre os 245 STs. As palavras com maior associação à Classe foram coisa, local, encontro, usar, dor, nada, braço, mão, estranho, dolorido. As palavras exclusivas da Classe, com 100% de presença, foram local e encontro.

O contexto lexical da Classe encontra-se focalizada no corpo (local) e na dor. Nos tópicos tratados, as mulheres falaram sobre as dores que resultam de dois tipos de procedimentos: as intervenções cirúrgicas na região das mamas (mastectomia) e a radioterapia. Sendo procedimentos que debilitam o corpo, identificou-se, nos STs, grande quantidade de mensagens dirigidas a expressar as dores que as participantes sentiram após o procedimento e o lugar do corpo onde estava localizada; como pode ser verificado no trecho a seguir:

Boa noite, tem 6 meses que fiz mastectomia e depois disso tenho fortes dores tipo câimbra nos dedos da mão e pernas, estranho que somente é o lado da cirurgia. Alguém sentiu a mesma coisa?

Ao falar de intervenções recém-realizadas, as dores apresentavam-se como uma novidade para as participantes. Os STs nessa classe representam as dúvidas e perguntas sobre se eram “normais” as dores e sintomas. A dor gera uma preocupação sobre o procedimento médico que foi realizado, sobre como o corpo está respondendo. Isso leva a perguntar sobre a experiência das outras participantes.

Quero saber se alguma de vocês sente alguma coisa no local da cirurgia, às vezes eu sinto coceira e ardência no local da cirurgia, estou muito preocupada.

Identificou-se nas mensagens uma necessidade de saber sobre o que sentem as outras participantes. Essa necessidade reflete-se na

expressão “alguma de vocês”. Nos STs, observou-se perguntas sobre se as outras integrantes do grupo “fizeram” ou “sentiram” dor igual ou similar àquela que elas estão sentindo. Pois a dor parece acompanhada de sentimentos de solidão: “às vezes penso que só em mim ficou estranho assim”.

A Classe 4 não abarcou somente o tema da dor. Também apareceu outro tipo de conteúdo centrado nas necessidades dessas mulheres após terem sido realizados os procedimentos médicos. Encontrar foi uma das palavras que apareceu exclusivamente nessa Classe. Nos STs, o contexto lexical estava dirigido a pedir dicas sobre onde se podem encontrar certos produtos para ajudar com as dores e tratar efeitos colaterais da mastectomia e radioterapia. Os trechos a seguir exemplificam esse resultado:

Então gostaria de saber se alguma de vocês usam peruca, onde compraram? Obrigada... Oi gente bom dia, alguém já usou argila para aliviar a dor?

Processo de diagnóstico e de tratamento

A Classe 6, nomeada “Processo de diagnóstico e de tratamento”, teve 15,5% de presença no *corpus* de análise final com uma quantidade de 38/245 STs. Algumas das palavras que tiveram maior associação ao conteúdo da Classe foram: menina, quimioterapia branca, cabelo, quimioterapia vermelha, efeito, tomar, resultado, dúvida, tão, Tamoxifeno, cair. Com presença exclusiva nessa Classe, encontra-se a palavra tão. Trechos dessa Classe apresentaram experiências das participantes ao ter que encarar algumas etapas como exames de diagnóstico e a realização da quimioterapia.

A palavra menina é importante para essa Classe, com a maior frequência e maior associação ao seu conteúdo. No contexto lexical em questão, essa palavra alude a uma forma de se referir às outras participantes do grupo. Ao dirigir suas mensagens para as outras

participantes (as “meninas”), os STs permitem apreciar pedidos de relatos de experiências, com a finalidade de obter respostas para suas dúvidas, assim como um espaço de expressar emoções. Os trechos a seguir ilustram esse resultado:

Olá meninas estou tão nervosa, é hoje que vou fazer as biopsias, duas com agulha fina a punção e a outra a core biópsia. Não consigo ficar calma acho que vou passar mal de tanto nervos. Meninas dói para fazer?

O conteúdo da Classe 6 concentrou-se nos processos que envolvem o diagnóstico e tratamento quimioterápico, assim como os seus efeitos colaterais sobre o corpo e sobre o estado emocional da mulher que faz o tratamento, por exemplo: caída dos cabelos, dor no corpo, perda de paladar, cansaço ou desânimo. Sobre esses efeitos colaterais, as participantes expressaram muitas dúvidas, assim como a respeito dos remédios que são prescritos:

Meninas hoje foi minha primeira quimioterapia, estou mal demais, será que é normal? Tomei os remédios, mas vomitei, será que é normal? Fui tomar um Danone e ele tem outro gosto, o que será que foi?.

Outro tópico frequente nos STs da Classe foram as dúvidas relacionadas aos resultados dos exames aos quais as participantes deviam se submeter. É possível observar muitas perguntas dirigidas a saber qual é o significado das palavras que aparecem nos resultados dos exames médicos e como isso vai repercutir na sua saúde. As participantes manifestaram ansiedade a respeito do que podia acontecer com elas, como no seguinte trecho: “hoje recebi o resultado da minha mamografia, gente estou tão assustada, sai que é de classificação 5. Meninas isso é ruim?”.

O câncer de mama como um elemento desconhecido

Agruparam-se na Classe 1, nomeada “O câncer de mama como um elemento desconhecido”, 34 dos 245 STs, sendo 13,9% do total. Como se observa no dendrograma, algumas das palavras que apresentaram maior associação à Classe foram: como, nódulo, descobrir, super, medo, porque, passado, quimioterapia, direito, tempo, ainda, câncer de mama.

Ao analisar o grupo de STs que compõem a Classe 1, foi possível identificar conteúdos que remetem a um período de enfrentamento de uma situação nova e desconhecida, tanto para as mulheres com o diagnóstico de câncer de mama, assim como para as mulheres que são familiares de pessoas com câncer e que participam do grupo. Trata-se de uma situação ainda não experimentada, acompanhada de mudanças no corpo. Termos como nódulo, descobrir, câncer de mama podem associar-se ao relato de um primeiro momento, no qual as integrantes do grupo estão identificando o início de uma doença, referido nos exemplos a seguir:

Meninas bom dia, já faz um tempo que eu estou no grupo, mas não tinha me apresentado ainda, tenho 32 anos e a mais ou menos 1 mês fui diagnosticada com câncer de mama ductal invasivo...

Palavras como medo e quimioterapia apresentaram-se nesta Classe. A quimioterapia aparece de novo para essa Classe, mas em um contexto diferente daquele da Classe 6. Aqui, tratou-se de um tratamento que ainda não foi realizado. Nos segmentos de texto analisados, observaram-se sentimentos de temor, não só sobre a efetividade do tratamento contra o câncer, mas também sobre o impacto que ele vai ter sobre a saúde e o corpo. O medo manifestou-se em relação ao tratamento (quimioterapia), ao uso dos medicamentos administrados e a seus possíveis efeitos colaterais, o que pode ser visto no seguinte trecho:

Estou muito apreensiva e com medo porque a intenção era fazer as quimioterapias para diminuir o tumor e fazer só o quadrante, mas não diminuí e ainda apresentei alergia ao Taxol a quimioterapia branca...

Em oposição ao eixo *Pedido de informação técnica e relato de experiência*, cujo conteúdo das classes caracterizou-se pela presença de uma linguagem mais técnica encontra-se o eixo *Encorajamento e crenças religiosas*, composto pelas Classes 2 e 3.

Encorajamento e superação

A Classe, nomeada “Encorajamento e superação”, correspondeu a 16,33% dos STs analisados, ou seja, 40 dentre os 245 STs. Algumas das palavras que caracterizaram essa Classe foram: Deus, força, vida, vencer, feliz, graça, abençoar, lutar, luta, agradecer, coragem. As palavras que apareceram exclusivamente na Classe 3 foram: lutar, coragem, completo.

O léxico dos STs dessa Classe concentrou-se no tópico do câncer de mama como uma luta a ser vencida, sendo lutar uma das palavras exclusivas da Classe. Os elementos que compuseram essa Classe falam da doença em um cenário de “batalha pela cura”. A metáfora bélica aparece também por meio da palavra como as participantes costumam denominar-se: guerreira(s). As mensagens das participantes chamaram à superação da doença.

Nessa Classe, as mensagens das participantes fizeram referência à figura de Deus como aquela que pode ajudar ou já ajudou a vencer essa luta contra a doença. Ao narrar suas experiências com o câncer, mulheres manifestavam agradecimento por terem sido curadas e pediam fé para que aquelas que estavam em busca da cura pudessem acreditar que ela é possível. Os trechos a seguir ilustram esse resultado:

Mas enfim, eu venci o câncer de mama e me parabenizo por estes 5 anos de vida, graças ao meu bom Deus.

Deus abençoe grandemente cada uma de vocês e a luta contínua, mas com a graça do nosso pai vamos vencer esse mal.

Nos STs dessa Classe, trata-se o câncer como condição que pode ser superada e manejada, com a constante alusão de que a vida continua, assim como menção do tempo que levaram para conseguir controlar ou superar o câncer.

A Classe 3 caracterizou-se por mensagens com conteúdo positivo, expressões de alegria, desejos de “força”, “fé”, para as outras participantes. Os STs também expressaram agradecimento a Deus e agradecimento pelo apoio recebido por parte do grupo, assim como a ajuda de família e amigos; pedidos de apoio e a expressar bons desejos a outras participantes:

Queridas amigas guerreiras hoje dia 28-10 estarei internada e amanhã dia 29-10 às 06:45 horas estarei fazendo a cirurgia, mastectomia. Peço a todas que independente de religião, orem por mim pois é um momento delicado na minha vida.

Crenças

Juntamente com a Classe 3, a Classe 2 compõe o Eixo *Encorajamento e crenças religiosas*, que será retomado na discussão dos resultados. Ela incluiu 32 dos 245 segmentos de textos analisados, 13.1% do *corpus* final. Ao analisar os STs, encontrou-se que a Classe 2 está conformada por mensagens cujo conteúdo principal foi de caráter religioso ou ligadas a um sentido de espiritualidade e crença em Deus. Algumas das palavras com maior associação ao conteúdo da Classe foram deixar, cura, sempre, momento, tudo, então, pedir, amanhã, falta, confiante, controle, acreditar; todas encontram-se ligadas com a palavra Deus. Não houve palavras exclusivas para a Classe 2.

Constantemente, nos STs dessa Classe, apareceram referências às figuras de Deus e Jesus, descritas como fonte de “força”, como uma “companhia” que não as “deixa fracassar” na sua luta contra o câncer. As participantes falavam da cura como um estado vinculado à crença em Deus, atribuindo a essa figura uma condição de poder e controle sobre o que podia acontecer em relação ao estado de saúde e aos procedimentos médicos no tratamento do câncer de mama:

Tenho Deus sempre comigo, este não me deixa só, não me deixa fracassar, mesmo estando sem companhia humana em alguns momentos. Sou forte, sou guerreira e vencedora, esta é só mais uma luta e desta vez vou vencer e dar a volta por cima apesar de todos os pesares.

Nessa Classe, também se revelaram trechos que as participantes incentivavam as outras a crer em Deus e, dessa maneira, conseguir superar o câncer e serem curadas, como se apresenta no seguinte trecho:

Acreditem, sintam e confiem sempre na cura, se lembrem de que a parte mais importante do tratamento é a maneira como você opta a encarar a doença. É imprescindível cuidar das emoções e escolher, mesmo com esse baita desafio ser uma vitoriosa.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos sugeriram que o grupo de apoio virtual se constituía como um espaço importante para as mulheres participantes, em seu processo de enfrentamento do câncer. Por meio das mensagens que elas publicavam, buscavam informações sobre a doença e seu tratamento, saber dos seus efeitos colaterais e também procuraram oferecer e receber apoio mediante mensagens com um conteúdo religioso e motivacional, onde colocavam suas próprias experiências e desejos.

Constatou-se que as mensagens que as participantes publicavam podem ser classificadas em dois grandes tipos, relativas a “pedido de informação técnica e relato de experiência” e “encorajamento e crenças religiosas”. Por um lado, as participantes, para lidar com o “câncer como um elemento desconhecido”, solicitavam informações e dados relativos às vivências concretas das demais participantes no processo de enfrentamento da doença. Buscavam saber sobre dicas e experiências, sobre diagnóstico, tratamento e seus efeitos no corpo e especificamente sobre os tratamentos cirúrgicos. Por outro lado, formulavam frases e relatos que visavam ao encorajamento, à motivação para enfrentar a doença, à superação de problemas e ao apoio em crenças religiosas. Pode-se afirmar, portanto, que estavam em jogo principalmente o que Sluzki (2003) chama de apoio de tipo informativo e emocional.

Na virtualidade, o apoio social passa a ser chamado de apoio social eletrônico, descrito como “um processo dinâmico que incorpora todos os componentes do apoio tradicional em um setting virtual” (YLI-UOTILA, 2017, p. 31). Para Han *et al.* (2019), no contexto da comunicação virtual, a interação que envolve publicar uma mensagem fazendo uma pergunta, relatar suas experiências, expressar sentimentos e empatia à história dos outros ou ganhar uma resposta; implica prover e receber apoio. Isso permite entender o apoio social como um processo cíclico, com um valor catártico.

Assim como em outros estudos (HAN *et al.*, 2019; JOHANSSON, 2021; YLI-UOTILA, 2017), a presente pesquisa mostra que esse circuito cíclico que caracteriza o apoio entre pares, está presente nas interações e trocas de mensagens das participantes, ocorre nas redes socialmente construídas presentes nos grupos de apoio *online* para câncer de mama.

No *corpus* “Mensagens publicadas no Grupo”, a divisão do universo lexical caracterizou-se por um discurso com linguagem de tipo técnico/científica, focada em discussões sobre o câncer de mama como doença, sobre processos de diagnóstico e tratamentos,

efeitos colaterais e debates sobre as opiniões dos profissionais médicos. Nesse campo lexical, evidenciaram-se termos que são frequentemente de uso médico.

No outro universo lexical, em contraste com o precedente, prevaleceram discursos com linguagem religiosa/motivadora, com termos de uso comum, cotidiano, com mensagens que chamavam à superação das etapas que compreendiam o processo de tratamento do câncer de mama e que tinha como finalidade o encorajamento e a motivação para as mulheres do grupo.

A presença de dois espaços ou “universos” lexicais, que dão lugar a diversos discursos nas interações das participantes do grupo, foi também destacada no estudo de Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2009) e interpretada como “polifonia”. Os autores identificaram o encontro de dois tipos de discursos e ressaltaram o seguinte:

Podemos perceber que em determinados momentos os discursos *oficiais*, derivados do modelo biomédico hegemônico, ocupam maior destaque nas narrativas produzidas. Em outras situações, as falas que refletem os saberes populares ganham maior relevância. Nesse jogo dialógico, os diferentes saberes acabam interagindo e o grupo oferece um espaço para o confronto dessas tradições (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009, p. 45).

No conteúdo das publicações, as participantes geralmente apresentavam-se ao grupo e narravam seu processo com a doença, como estavam se sentindo física e/ou emocionalmente. Com o uso de termos técnicos ditos por seus médicos ou que apareciam nos seus exames, descreviam seus procedimentos cirúrgicos e tratamentos, com a finalidade de pedir, para as outras participantes do grupo, respostas que pudessem fornecer, a partir de sua experiência.

Isso pode ter a função de definir quem é membro da comunidade e quem não é. Chen (2012) explica que, mediante uma apresentação à comunidade e uma explicação do porquê chegaram ao grupo,

participantes podem estabelecer sua filiação e ser introduzidos no grupo e legitimar sua presença.

As publicações das participantes foram interpretadas como pedido de informação e expressão da necessidade de conhecer as experiências das integrantes do grupo. Boa parte das participantes que compartilhavam publicações no grupo era de mulheres que tinham sido diagnosticadas recentemente, que estavam às vésperas de se submeter a algum procedimento, a iniciar um tratamento ou que acabavam de passar por algum. Isso sugere que o grupo de apoio *online* pode ser especialmente importante para mulheres em estágios iniciais de tratamento do câncer, quando a doença se apresenta ainda hegemonicamente como um “elemento estranho”.

Mostram-se, nas mensagens, perguntas e expressões de preocupação sobre os efeitos colaterais dos procedimentos e medicamentos. Integrantes manifestavam temor frente às mudanças que poderiam resultar de futuros procedimentos, dúvidas relacionadas às dores que nesse momento estavam sentindo e dúvidas sobre os diagnósticos e recomendações recebidos dos médicos. A discussão relacionada ao papel do médico é mencionada por Scorsolini-Comin *et al.* (2009, p. 45):

[o médico] acaba ocupando o primeiro plano das preocupações dos pacientes, o que se reflete em muitas das falas das participantes no grupo, que ora comentam sobre o diagnóstico, ora compartilham algum aspecto do tratamento que as incomoda, ora recorrem às informações médicas para tentarem compreender algum procedimento adotado por outra paciente.

Também se identificou um pedido de ajuda das participantes para saber como lidar com as mudanças geradas pelos tratamentos, perguntas relacionadas a procedimentos de beleza, assim como informação e recomendações sobre produtos naturais e sobre peças como sutiãs e perucas.

Sobre a doença e o processo de aprender as maneiras de lidar com ela, Palmeira e Gewehr (2018, p. 2471) expressam que, “apesar de a doença reter o caráter de entidade quase independente que acomete alguém e modifica sua existência, há ainda um efeito estrutural do adoecimento na necessidade de se compreender tal experiência”. A doença não é vivida por seu portador como um objeto estritamente biomédico. Trata-se de um evento que implica uma experiência ao redor do adoecimento que põe em questão as relações familiares e sociais mais amplas, a relação com a identidade e com o corpo, com o trabalho, a afetividade e os planos de futuro. O enfrentamento de situações novas pode motivar o ingresso e a participação em um grupo *online*. Como é discutido por Yli-Uotila (2017), pacientes com câncer procuram o apoio social eletrônico em diferentes fases da sua trajetória com a doença, principalmente pela necessidade de apoio de tipo informativo; como foi evidenciado neste estudo, na prevalência de uma demanda por informações sobre diagnóstico, opiniões sobre o tratamento, efeitos colaterais e ajuda por parte das outras participantes do grupo para tomar decisões. Esse tipo de apoio, de caráter informativo, pode ajudar os participantes a entender, interpretar e assimilar as recomendações e instruções transmitidas pelos médicos (JOHANSSON, 2020).

Para finalizar, como foi possível identificar nos temas tratados nas mensagens analisadas, as participantes do grupo *online* procuravam, mediante as interações comunicativas que aconteciam no grupo (publicação e leitura de mensagens), entender a doença a partir dos relatos e experiências dos seus pares, assim como dar apoio a outras participantes do grupo mediante mensagens com suas experiências de superação e mensagens que tratavam sobre religião e crença em Deus. Ambos os tipos de conteúdo evidenciavam pedidos e oferecimentos de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retornar aos resultados da presente pesquisa se fez oportuno pela atual situação sanitária mundial, visto que eles reforçam a

possibilidade de pacientes poderem receber ajuda em grupos de apoio *online*. Essa pode vir de diferentes formas: pedido de informações, compartilhamento de experiências, encontro com pessoas que estão na mesma situação. Portanto, os resultados aqui apresentados podem ser usados para melhorar a orientação do paciente e ajudar os cuidadores a compreender as diferentes necessidades de suporte social das pessoas com câncer.

É necessário ressaltar que o enfrentamento da doença não é um processo estritamente biomédico. Para as participantes do grupo estudado, as informações obtidas com médicos e com outros profissionais de saúde não eram suficientes. Para elas, era necessário buscar informação junto a outras mulheres que, ao serem também portadoras de câncer de mama, enfrentavam questões semelhantes, subjetivas, existenciais, corporais, estéticas.

A comunidade *online* assumia características de mútua ajuda. Principalmente, dois tipos de apoio estiveram presentes nas interações analisadas: o apoio informativo e o apoio emocional. O apoio de tipo informativo proporcionou não só informações técnicas sobre a doença, como também conhecimentos advindos da própria experiência das participantes.

Pode-se supor que esse saber, fruto de vivências, ajudou algumas das participantes a enfrentar as mudanças que o câncer e seu tratamento geravam. De igual maneira, nesses intercâmbios, aquelas participantes que respondiam às perguntas das outras, que compartilhavam seus conhecimentos construídos desde a própria trajetória de lidar com a doença, demonstravam movimentos de empoderamento, colocando sua história no lugar de um saber a ser transmitido.

O apoio emocional por parte de pares também esteve presente na troca de experiências, incluindo principalmente crenças religiosas, relatos motivadores e expressões dirigidas a aumentar a autoestima.

Cabe concluir sinalizando que os grupos virtuais dirigidos por pacientes são uma ferramenta, um recurso que complementa e fortalece o tratamento deles. Tanto o saber dos especialistas, como o

das pacientes se apoiam mutuamente e têm um lugar que não pode ser apagado ou ignorado. Sendo importante ter cuidado e regulação sobre o tipo de informações e fontes compartilhadas nos grupos virtuais. É importante que os psicólogos e outros profissionais que trabalham em serviços de saúde estejam atentos aos benefícios desse tipo de grupo de apoio *online* e de suas potencialidades. Os Grupos de apoio virtuais evidenciam as mudanças nos processos de cuidado, as maneiras de busca e fontes de informação, assim como as demandas dos pacientes. Os grupos virtuais apresentam-se como novos campos de intervenção e pesquisa, especialmente na realidade imposta pela Covid-19. O campo virtual sofreu uma revolução e as atividades que eram pensadas como algo naturalmente pertencentes ao campo presencial tiveram que adaptar-se a uma nova realidade.

Afinal, as portas das salas de aula, de escritórios, de serviços de saúde e dos consultórios para atendimentos e intervenções no campo da saúde transladaram-se ao mundo virtual, demonstrando que a presença real não determina, nem impede os efeitos sobre os afetos, nem a construção do laço social entre aqueles cuja presença está agora no campo virtual.

REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**. [online], v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PLfpp5LhQwcd9McNKLcrmqb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 4 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução CFP N° 11/2018**. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP n° 11/2012. Brasília, 2018. Disponível em: <https://e-psi.cfp.org.br/resolucao-cfp-no-11-2018/>. Acesso em 19 jul. 2021.

BRASIL. **Resolução CPF N° 04/2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-26-de-marco-de-2020-250189333>. Acesso em 19 jul. 2021.

BUENO, M. A cidade e a peste. *In*: BUENO, M. (org.). **Psicanálise e Pandemia**, Forum do Campo Lacaniano- MS. São Paulo: Aller, 2020. p. 40-44.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 abr. 2015.

CHEN, A. T. Exploring online support spaces: Using cluster analysis to examine breast cancer, diabetes and fibromyalgia support groups. **Patient Education and Counseling**, v. 87, n. 2, p. 250-257, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21930359/>. Acesso em: 9 abr. 2015.

FAGOTTO, E. **The power of peer-to-peer connections**: Breast Cancer straight talk support Facebook community. Project on Transparency and Technology for Better Health. Ash Center for

Democratic Governance and Innovation, Harvard Kennedy School, 2019. Disponível em: <https://ash.harvard.edu/publications/power-peer-peer-connections-breast-cancer-straight-talk-support-face-book-community>. Acesso em: 1 ago. 2021.

HAN, J. Y. *et al.* A Longitudinal investigation of empathic exchanges in online cancer support groups: Message reception and expression effects on patients' psychosocial health outcomes. **Journal of Health Communication** [online], v. 24, n. 2, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1644401>. Acesso em: 28 jul. 2021.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer, Mama**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 8 jun. 2021.

JOHANSSON, V. *et al.* Online Communities as a driver for patient empowerment: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research** [online], v. 23, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.jmir.org/2021/2/e19910/>. Acesso em: 26 jul. 2021

KEISERMAN, B. B. **Significados das mensagens publicadas no mural do Facebook** – uma análise temática. 2021. 74f. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

LIBREROS, C. M. **Abrindo Espaços**: grupo de apoio online para mulheres com câncer de mama. 2016. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

MARTÍNEZ, R. S.; VÁSQUEZ, M. B. Grupos de apoyo virtuales dedicados a problemas de salud: estudio de su tipología y análisis de su representatividad. **Anales de Psicología** [online], v. 27, n. 1, p. 210-220, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018025>. Acesso em: 23 abr. 2015.

MEDEIROS, M. B *et al.* Percepção de mulheres com câncer de mama em quimioterapia: uma análise compreensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 72, suppl 3, p. 103-110, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0165>. Acesso em: 1 ago. 2021.

MELGUIZO-GARÍN, A.; MARTOS-MÉNDEZ, M. J.; HOMBRA-DOS-MENDIETA, I. Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. **Psicooncología** [online], v. 16, n. 1, p. 25-42, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5209/PSIC.63646>. Acesso em: 15 jul. 2021.

PALMEIRA, A.; GEWEHR, R. O lugar da experiência do adoecimento no entendimento da doença: discurso médico e subjetividade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 8, p. 2469-2478, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.15842016>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SANT'ANNA, D. K. *et al.* Adesão à prática de exercícios para reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. **Ciencia y Enfermería** [online], v. 16, n. 1, p. 97-104, 2010. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07179553201000010011&lng=es&tlng=pt.%2010.4067/S0717-95532010000100011. Acesso em: 8 abr. 2015.

SCORSOLINI-COMIN, F. ; SANTOS, M. A. dos; SOUZA, L. V. E. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 14, n. 1, p. 41-50, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100006. Acesso em: 19 abr. 2015.

SCHNEIDER, T. *et al.* Os impactos do câncer de mama na autoimagem da mulher. **ModaPalavra**, Florianópolis, v. 13, n. 30, p. 183-206, out./dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5965/1982615x13302020183>. Acesso em: 1 ago. 2021.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997

SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. C. S.; MENANDRO, P. R. M. Polifasia cognitiva nas representações sociais do alcoolismo. **Psicologia e Saber Social**, v. 4, n. 2, p. 224-245, 2015. Disponível em: 10.12957/psi.saber.soc.2015.18122. Acesso em: 13 abr. 2015.

WEINBERG, N. *et al.* Online Help: Cancer Patients Participate in a Computer-Mediated Support Group. **Health & Social Work**, v. 21, n. 1, p. 24-9, 1996. Disponível em: <http://hsw.oxfordjournals.org/content/21/1/24.abstract>. Acesso em: 8 abr. 2015.

YLI-UOTILA, T. **Adult Cancer Patients' Perceptions of Electronic Social Support**. 2017. 169f. Dissertação acadêmica (Doutorado em ciências sociais) – Programa de Ciências Sociais, University of Tampere, 2017.

ZELAYA-RIVAS, S. Intervenciones psicológicas en el tratamiento de la ansiedad en personas con cáncer de mama: un meta-análisis. **Acta Colombiana de Psicología**, José, San Pedro

Montes de Oca, v. 34, n. 128, p. 121-141, June 2020. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352020000100121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2021.

Capítulo 4

Análise dos impactos emocionais gerados por um diagnóstico oncológico na família

Sheila Piazzarollo Faiçal Mariano

Andréa Campos Romanholi

INTRODUÇÃO

Segundo informe da Organização Pan Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e uma das principais nas Américas (OPAS; OMS, 2020). De um total de 1,2 milhão de mortes por câncer ocorridas nas Américas no ano de 2008, 45% ocorreram na

América Latina e no Caribe. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) informa que o câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos):

A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando no mundo, em parte pelo envelhecimento, pelo crescimento populacional, como também pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, especialmente aos associados ao desenvolvimento socioeconômico (INCA, 2019, s/p).

Esses dados apontam o câncer como uma doença que atinge muitas pessoas e famílias, tornando importante a busca por maior conhecimento sobre todos os aspectos que a envolvem, o que inclui a perspectiva dos familiares da pessoa com câncer e como eles vivem esse momento (FIGUEIREDO *et al.*, 2017; MORAIS, 2019).

A partir desse tema, foi realizada uma pesquisa com familiares de pessoas que tiveram ou que ainda estão em tratamento de algum tipo de câncer, visando ouvi-los e conhecer os impactos emocionais sentidos pela família quando um de seus membros recebe o diagnóstico de câncer. Trata-se de um tema ainda pouco pesquisado na psicologia, havendo nesse ponto, segundo Silva, Santos e Oliveira-Cardoso (2019), uma lacuna de conhecimento que merece ser explorada, pois ainda não são muitos os trabalhos da psicologia voltados especificamente ao tema dos familiares de pacientes oncológicos.

Durante o tratamento de câncer de alguém na família, geralmente os familiares, principalmente os que exercem a função de cuidadores, são buscados, no sentido de sua responsabilidade pelo acompanhamento e cuidado com o paciente, o que pode resultar em pouca preocupação com seus próprios sentimentos diante da situação e com o sofrimento que também estão vivendo. No caso dos familiares cuidadores, Mello *et al.* (2020) apontam que esse papel pode ser vivido de forma solitária, gerando sentimentos de abandono e de

sobrecarga, o que se exacerba em função de críticas que, por vezes, ainda recebem de outros familiares. Os autores ressaltam, ainda, a ocorrência de mudanças que esses vivenciam como resultado de precisarem abandonar as atividades ligadas à sua própria vida, devido às novas demandas que assumem.

Diante desse cenário, a pesquisa realizada buscou descrever os sentimentos que perpassam os familiares do paciente oncológico, além de examinar os desafios que eles enfrentam no cotidiano do cuidado, investigar como se organizam para o acompanhamento e o cuidado do paciente e analisar a percepção desses familiares com relação à atuação dos profissionais de saúde. Investigar esses aspectos se mostra relevante no sentido da necessidade de enfrentar o estigma que ainda acompanha a ideia do câncer na sociedade, além de contribuir com a construção de novas formas de intervenção junto às famílias pelas equipes da oncologia.

Sobre o câncer e seus impactos na pessoa doente e na família

De acordo com o Inca (2019, s/p), “[...] câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos”. Trata-se de uma doença que representa uma ameaça à vida e à integridade do sujeito, o que gera o estigma de doença ligada à morte e provoca, muitas vezes, a vivência de um luto antecipado, tanto pelo paciente, como por seus familiares (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA-CARDOSO, 2019). Ao mesmo tempo, há avanços nos tratamentos oferecidos para o câncer, o que aumenta as possibilidades de recuperação e permite maior tempo de sobrevida aos pacientes.

Ao receber o diagnóstico de câncer, a pessoa precisa tomar decisões muito importantes: fazer ou não o tratamento e que tratamento seguir. Pesa o fato de que, em geral, os tratamentos são longos, possuem vários efeitos colaterais desagradáveis e, em alguns casos, podem levar a procedimentos médicos invasivos ou a alguma

forma de mutilação (CARDOSO, 2007). Conde *et al.* (2016) e Nascimento *et al.* (2012) lembram que, por ainda apresentar maiores índices de mortalidade que outras doenças, além da possibilidade de mutilações, o diagnóstico de câncer é considerado um dos grandes temores da sociedade.

Durante o tratamento podem ocorrer alterações de comportamento e de humor, levando ao enfrentamento constante de diversos eventos altamente estressantes. Em alguns casos, é necessário um longo período de tratamento, em outros, períodos mais curtos, com riscos de complicações, sequelas e incapacidades funcionais significativas, sendo necessários rigoroso controle e cuidados permanentes (VISONÁ; PREVEDELLO; SOUZA, 2012).

Além dos problemas já citados, o câncer também causa impactos psicológicos, especialmente em casos relacionados à sexualidade e à imagem corporal e pessoal (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013). Pedreira e Palanca (2007) destacam também que o paciente pode passar pela sensação de perder o controle de sua vida, em função da dependência dos outros para a realização de atividades antes realizadas por eles próprios, da perda da privacidade, além da necessidade de submissão às normas do tratamento e da limitação de suas atividades. É bastante comum, ao se falar dos sentimentos que o câncer faz emergir, a referência aos sentimentos de sofrimento, dor e medo da morte, assim como às preocupações com a autoestima, à perda do atrativo sexual, da capacidade produtiva e de peso (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

A vida familiar é afetada de várias formas quando um de seus membros tem câncer. A doença leva, muitas vezes, a dificuldades financeiras e a problemas no trabalho, tanto para o familiar cuidador, quanto para o paciente. Também não é raro haver crises matrimoniais, mudanças drásticas na rotina, alterações de papéis e no relacionamento familiar, incertezas e restrições na vida cotidiana (MENDES; BOUSSO, 2016; CARDOSO *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde relatam que essa vivência tende a ser mais tranquila se a família estiver

presente, participando e se informando sobre o tratamento desde o diagnóstico. A família também pode ajudar no enfrentamento das mudanças físicas e psicossociais comuns no processo saúde-doença vivenciado pelos pacientes (CONDE *et al.*, 2016).

Segundo Visoná, Prevedello e Souza (2012, p. 145), o câncer “[...] muda não apenas a vida do paciente, mas a de todas as pessoas que estão ao seu redor, desde familiares, amigos e profissionais da saúde que tiveram a oportunidade de conviver com esta pessoa”, principalmente levando em consideração que os sentimentos atravessam toda a família que participa desse momento, envolvendo todos em uma relação de amor, sensibilidade, dor e sofrimento (FIGUEIREDO *et al.*, 2017).

A família do paciente oncológico geralmente compartilha decisões com ele, dividindo as angústias do percurso de tratamento e as expectativas sobre os resultados. Em alguns casos, nos últimos momentos, pode ocorrer a perda da capacidade do paciente para agir e decidir com lucidez, o que é uma situação mais rara, mas que, quando acontece, deixa para a família a responsabilidade pelas decisões. Por tudo isso, é possível falar que o câncer é uma doença familiar, não apenas por sua causa genética, mas pelo impacto que gera em todo o seio familiar do paciente (FIGUEIREDO, 2017; MORAIS *et al.*, 2019).

Nesse sentido, destaca-se que é preciso desenvolver uma atenção especial em relação aos familiares, pois eles deixam de lado seus compromissos domésticos, trabalhos, estudos e laços com outros membros da família para se dedicarem integralmente ao processo do tratamento. Assim, “o cuidado ao paciente oncológico não deve ser centrado apenas no doente ou na doença, mas em toda a família que o rodeia” (FIGUEIREDO, 2017, p. 38).

Muitas vezes, o diagnóstico do câncer é repentino e as famílias são surpreendidas e sentem um maior impacto emocional. E, quase no mesmo momento, recebem informações nem sempre tranquilizadoras sobre o prognóstico da doença. A partir do início do tratamento, há uma mudança repentina e drástica na rotina das pessoas

envolvidas, principalmente pela incerteza de seu desfecho (morte ou cura). Nesse momento, a família pode passar por um conflito emocional que envolve não só o paciente, mas também os demais familiares (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Pode ocorrer, ainda, de se chegar ao diagnóstico apenas quando a doença já está muito avançada. Nesses casos, em geral, o paciente passa rapidamente a necessitar de ajuda contínua, antes não necessária, em tarefas simples do cotidiano, como as de autocuidado e higiene. Geralmente, é nesse momento que surge o familiar cuidador, visto que é nessa hora que um dos familiares se encarrega das atividades diárias do paciente, passando a dedicar-se ao cuidado por um longo período. Cabe ressaltar que nem sempre os familiares têm uma estrutura adequada para receber todas as situações que a doença traz, havendo, muitas vezes, a ocorrência de crises no núcleo familiar (VISONÁ; PREVEDELLO; SOUZA, 2012).

Wanderbroocke (2017, p. 18) relata que “[...] O conceito de família inscreve as normas e valores sociais, ou seja, o que é esperado socialmente das pessoas enquanto indivíduos e grupos familiares”. Alerta, porém, que tal concepção faz com que se tome o cuidar como algo natural para a família, o que nem sempre é realidade, principalmente quando se consideram as mudanças e os novos arranjos familiares. De todo modo, a família sempre é afetada e acionada de algum modo, quando um de seus membros inicia um tratamento de câncer. Em geral, no âmbito doméstico, um ou mais familiares ficam com a função de acompanhar e cuidar do membro da família acometido pelo câncer, tornando-se o chamado “familiar cuidador”:

Na maioria das vezes, o papel de cuidador é exercido por mulheres e, no contexto familiar, boa parte das cuidadoras são filhas, irmãs ou esposa. Isso reafirma questões culturais em que a mulher, por possuir a atribuição materna, recebe a função e a obrigação de cuidar dos seus familiares quando estes necessitam de cuidados (OLIVEIRA *et al.*, 2021, p. 54).

A família, bem como a pessoa que assume o papel de familiar cuidador de um paciente oncológico, vivenciam diversos sentimentos e dificuldades, geralmente relacionadas à possibilidade da morte do ente querido, à demonstração do sentimento de tristeza, à insônia, à depressão, ao estresse, dentre outras (FIGUEIREDO *et al.*, 2017), além da possível realização de cirurgias, dos efeitos contrários da quimioterapia e da incerteza quanto à recuperação e à cura.

Nascimento *et al.* (2012) alertam que, caso ocorra uma crise nas relações interpessoais no âmbito familiar nesse momento, é preciso identificar a situação estressora e buscar uma reorganização das funções exercidas pelos diferentes familiares. Por esse motivo, afirmam “[...] que a família é o ponto-chave para o qual, como profissionais da saúde, deveríamos voltar as atenções, pois as necessidades da família se intensificam quando da presença de uma doença” (NASCIMENTO *et al.*, 2012, p. 789).

Silva, Santos e Oliveira-Cardoso (2019, p. 142) relatam que já existe uma vasta literatura sobre o luto antecipatório em pacientes que vivenciam condições limitantes e/ou ameaçadoras da continuidade da vida (CARDOSO; SANTOS, 2013). Porém, há proporcionalmente menos evidências disponíveis sobre a vivência do luto antecipatório de familiares desses pacientes. A disponibilidade de informações atualizadas sobre essa vivência é essencial para que o profissional de saúde possa planejar a assistência, considerando também as necessidades de cuidados dos familiares.

A pesquisa com familiares de pessoas com câncer

A pesquisa realizada, de abordagem qualitativa e finalidade descritiva, entrevistou, no período de outubro e novembro de 2020, familiares de pessoas que estiveram ou que estivessem em tratamento de algum tipo de câncer. A pesquisa trabalhou com uma amostra não probabilística selecionada por acessibilidade ou por conveniência, tipo em que: “[...] O pesquisador seleciona os elementos a que tem

acesso, admitindo que estes possam de alguma forma, representar o universo” (GIL, 2008, p. 94). Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos; ter um familiar em tratamento de câncer ou que tenha passado por tratamento de câncer há, no máximo, cinco anos, tenha esse familiar se recuperado ou falecido devido ao câncer, nesse caso com no máximo dois anos; conviver ou ter convivido com o familiar com câncer durante o período de tratamento; e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

A proposta inicial foi trabalhar com dez famílias, entrevistando até duas pessoas por família, sendo um familiar que convive ou conviveu com o paciente oncológico e o outro familiar, que ocupa ou ocupou a função de cuidador. Esse procedimento foi feito em função da importância e da especificidade do familiar que assume a função de cuidador, o que justifica a proposta de ter a participação desse sujeito na pesquisa, com o cuidado para minimizar os riscos de constrangimentos que poderiam ser causados nas famílias caso fosse buscado apenas o familiar cuidador, o que poderia levar à ideia de que os demais familiares não teriam importância no cuidado.

Houve dificuldade de encontrar, durante a pandemia, familiares que se sentissem confortáveis para participar das entrevistas. Assim, os resultados foram obtidos a partir da participação de apenas 7 famílias, com as quais foram realizadas 11 entrevistas, visto que 3 dos familiares convidados não quiseram participar.

Dos 11 participantes, 4 foram familiares próximos e 7 familiares cuidadores. Em 4 das famílias entrevistadas, ocorreu o falecimento do familiar oncológico no período máximo de 2 anos; em 2 famílias, o familiar recuperou-se no período máximo de 3 anos; e em 1 família havia 2 familiares ainda em tratamento, 1 deles em cuidados paliativos. Em 3 famílias, o processo de descoberta do diagnóstico ocorreu em hospitais particulares e nas outras 4 famílias, em hospital público.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para a análise dos dados. Foram seguidas as determinações das Resoluções n.º 466, de 12 de dezembro

de 2012 (BRASIL, 2012), e n.º 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016), do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo qual foram informados sobre a garantia de privacidade e sigilo quanto à sua participação.

Após o registro obtido com sua transcrição literal, as entrevistas foram analisadas utilizando a técnica da análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática, tomando como fundamento o referencial teórico da psicologia da saúde e da saúde coletiva (BARDIN, 1977; MINAYO, 2013).

Na primeira fase da análise dos resultados, procedeu-se à leitura geral de cada entrevista e do conjunto destas, o que permitiu o conhecimento integrado do conjunto do material. Na segunda etapa da análise, foi realizada a exploração do material e sua organização em função dos objetivos da pesquisa. Esses foram referência para a formação de categorias, tendo, porém, permanecida aberta a possibilidade do surgimento posterior de novas categorias, a partir do material coletado. Essas duas etapas permitiram identificar seis eixos temáticos que, após realizado o tratamento e a interpretação dos dados, na terceira etapa de análise, traduziram-se em três categorias que serão apresentadas e discutidas: os sentimentos dos familiares; a organização da família no cuidado; as mudanças na rotina da família e sobre os profissionais da saúde.

Os sentimentos dos familiares

Sobre os sentimentos dos familiares do grupo pesquisado, destacaram-se dois momentos: o momento da descoberta do diagnóstico e o momento do sentimento do luto. Em relação à descoberta do câncer, a maioria dos familiares não cuidadores relatou um processo muito grande de negação: “[...] *minha sensação, na verdade, foi que não era aquilo, não estava acontecendo, e que era uma mentira, que deram uma*

realidade paralela” (Entrevista 5). Na entrevista 3, foi relatado um choque muito grande: “[...] do jeito que eu ouvi eu fiquei. Dura, parada e em silêncio, como se... Assim, eu fiquei em choque”. Também foi relatado que, ao receber a notícia do diagnóstico do câncer, a maioria viveu sentimentos e sensações de impotência: “Uma impotência dupla, uma impotência principalmente como família e uma impotência até como estudante de medicina” (Entrevista 9). Dois dos familiares cuidadores entrevistados afirmaram que esconderam seus sentimentos para dar mais conforto e segurança para o familiar oncológico: “[...] Em casa a pessoa chora, velho, porque debilita... Aí fica aquela tristeza, aquela fraqueza e você tem que tá ali do lado pra não deixar a pessoa desanimar” (Entrevista 4); “[...] Acho que a gente conseguiu esconder bem as nossas emoções. Eu chorei escondido [...] acho que todo mundo ficou meio que escondendo as emoções nessa hora” (Entrevista 7).

Essas falas apontam a vivência das etapas do luto descritas por Kübler-Ross (2008), que nomeia a negação como a primeira fase vivida por ocasião do contato com a notícia ou situação de perda. Nesse momento, como forma de defesa diante do impacto sentido, a pessoa reage afirmando que “isso não está acontecendo”. Trata-se de dizer “não” em relação ao fato que, em geral, gera angústia e raiva.

Sobre o luto vivido especificamente por famílias que lidam com câncer em um de seus membros, Silva, Santos e Oliveira-Cardoso (2019) destacam que essas atravessam formas diversas de luto:

[...] o luto pessoal de cada indivíduo, o luto pela mudança da dinâmica de relações familiares, o luto social e espiritual/religioso decorrente da proximidade com a finitude e, por fim, o luto pela morte que se desenha no futuro, quando a ameaça de óbito se tornar um fato consumado (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA-CARDOSO, 2019, p. 142).

Os autores também lembram que essa vivência antecipada do luto se constitui em uma “[...] estratégia essencial para que os

familiares se preparem para a morte real do seu ente querido” (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA-CARDOSO, 2019, p. 142).

Os familiares cuidadores que perderam um parente, em sua fala nesta pesquisa, descrevem o processo que viveram como melancólico, sofrido, como uma dor que se vive sozinho, um processo de solidão: “[...] sozinho, não adiantava que não tinha nada no meu sentimento pra compartilhar com ela [com a filha], não ia resolver nada. Aí tive que conviver com aquele troço sozinho, passar sozinho o dia” (Entrevista 4). Outros descrevem como algo ruim, uma tristeza, mas também como alívio, em função da situação em que o familiar oncológico estava: “[...] ao mesmo tempo, cê sabe que aquilo acabou pra ela, de ver o estado que ela ficou nos momentos finais, o sofrimento dela, que aquilo tinha acabado” (Entrevista 2).

Os familiares entrevistados que não foram cuidadores diretos caracterizaram o processo de luto como uma saudade muito grande: “[...] A gente tem a sensação de que ela tá ali” (Entrevista 5); “[...] Em todas as datas que eram comemorativas, ela tava sempre com a gente, [...] a gente sempre tinha aquele cuidado de ligar pra ela, pra saber como que ela tava” (Entrevista 10). Os que perderam a mãe caracterizaram como um luto eterno, como relatado na entrevista 1, “[...] Eu acho que esse luto é pro resto da vida”, e na entrevista 3, “[...] Você sente falta dela 24 horas, e como é que você vai conversar com as pessoas 24 horas falando que você tá com saudade da sua mãe?”.

Os familiares que não vivenciaram o falecimento do paciente oncológico disseram que não conseguem nem imaginar como seria lidar com a morte do seu parente: “[...] Eu acho que eu ia dar uma surtadinha, meu pai é muito importante pra mim” (Entrevista 7); “[...] Eu acho que eu entraria em depressão terrível” (Entrevista 8). A família que se encontra, atualmente, com dois familiares diagnosticados e em tratamento do câncer relata que não sabe dizer se conseguirá viver com o processo de aceitação ou se poderá ser uma sensação de alívio, como relatado na entrevista 9, “[...] Eu não consigo saber se é... vai ser uma aceitação, se vai ser um alívio”. Essas falas permitem inferir que

há dificuldades desses familiares para lidar com a perda futura, aproximando-se de uma posição que, embora não chegue a se configurar como a etapa de negação descrita por Kübler-Ross (2008), demonstra que evitam enfrentar os sentimentos gerados pela morte iminente, não havendo sinais de vivências de luto antecipatório.

A organização da família no cuidado

Quando perguntado aos familiares cuidadores sobre o processo que os levou a ocupar esse lugar, a maioria relatou ter sido por questões de disponibilidade do tempo, como exposto na entrevista 2, “[...] *Questão de disponibilidade no serviço*”; e na entrevista 4, “[...] *Me aposentei pra ficar só com ela, entendeu, pra ficar 24 horas à disposição, todo dia, em tudo que precisava*”.

Em três famílias, além da disponibilidade maior de um dos familiares, o que o permitiu ficar como cuidador, em algum momento também houve um processo de rodízio de familiares na função. Um dos familiares não cuidadores relatou alteração no cotidiano, “[...] *you começa a se preocupar tanto com a pessoa, que você esquece um pouco do que você precisa fazer por você*” (Entrevista 1). Os familiares não cuidadores entrevistados relataram que não houve muita alteração em seu cotidiano, o que aponta para uma sobrecarga maior para o cuidador.

Quando uma família vai definir quem se tornará o familiar cuidador, costuma pensar na afinidade entre o paciente oncológico e o cuidador, assim como na proximidade, tanto emocional, quanto residencial, e levam em conta, principalmente, a questão da disponibilidade de tempo. Ainda assim, é comum que a escolha do cuidador nem sempre seja espontânea, ou seja, a escolha pode acabar também sendo por indicações familiares ou, até mesmo, por falta de outros cuidadores alternativos (RIBEIRO; SOUZA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Em relação à mudança na rotina dos familiares cuidadores, no geral, eles deixaram de fazer alguma coisa que costumavam fazer para si para cuidar do paciente oncológico, como relatado na entrevista

2, “[...] Muda as prioridades. [...] tudo passa a girar em torno da pessoa”, e na entrevista 4, “[...] Eu tinha que sair do trabalho, tinha dia que eu tava lá preocupado com ela em casa, tava em casa com ela preocupado com o que eu não tava conseguindo fazer no meu trabalho”. Outros relataram o aumento da frequência no hospital para ver o paciente oncológico, como foi dito na entrevista 9, “[...] Minha rotina dispõe de uma ou duas noites por semana pra estar com o meu avô por parte de pai, e [o avô] por parte de mãe eu continuo levando pra fazer alguns exames”, e na entrevista 11, “[...] Mudou porque nossos planos passaram a incluir ela”.

Ribeiro e Souza (2010), em estudo sobre as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, mostram que mesmo ocorrendo muitas mudanças em sua rotina, eles costumam se sentir bem e satisfeitos em cuidar, e não expressam sentimentos negativos em relação ao paciente.

Oliveira *et al.* (2021, p. 54) falam sobre os sentimentos vividos pelos familiares cuidadores, geralmente sentimentos positivos, mas com possibilidades de surgimento de outros, negativos, “como o incômodo, a impotência e a culpa em razão de o cuidador, muitas vezes, não encontrar sentido na sua função e atribuir a si a responsabilidade pela melhora ou piora do quadro clínico do seu familiar doente”.

Os familiares cuidadores ouvidos na presente pesquisa não expressaram queixas ou críticas ao fato de estarem ou terem estado se dedicando a cuidar de seu familiar, mesmo nos casos em que dificuldades e sentimentos negativos de tristeza ou estresse foram relatados, pois, nesses casos, os sentimentos foram ligados ao luto, e não realmente à função de cuidador.

Sobre os profissionais da saúde

Sobre a relação com os profissionais de saúde, no geral, os familiares elogiaram o trabalho da equipe médica, principalmente os familiares de pacientes cujo tratamento foi em hospitais públicos, visto que, por ser do SUS (Sistema único de Saúde), a maioria ficou surpresa

pelo trabalho e dedicação dos médicos com os pacientes, como relatado na entrevista 1, “[...] *Inclusive pelo fato de ser pelo SUS, me surpreendeu muito, tanto em termos de estrutura, quanto em termos de dedicação*”; na entrevista 2, “[...] *A gente vê, assim, o quanto, apesar de ser um hospital público, pelo menos a experiência que eu tive de tanto acompanhar ela, é de que, realmente as coisas andam rápido*”; e na entrevista 11, “[...] *Eu fiquei abismado, [...] era pelo SUS, mas, pra falar a verdade, parecia, que ela tava no particular*”. Alguns falaram que é um trabalho muito bom, como dito na entrevista 10, “[...] *Te botam pra cima, dá muito carinho, tanto pro familiar, quanto pro paciente. Tinha vezes que até tinha shows pro pacientes, eles faziam shows com música, violão*”.

No conjunto, houve poucas queixas das famílias com relação aos profissionais de saúde. Somente uma família, atendida por um hospital particular, reclamou da equipe médica, pois considerou que houve falha médica e demora no resultado do diagnóstico. Os dois familiares dessa família falaram sobre isso: “[...] *Achamos [...] que um ano antes ela já tava com indícios do câncer, mas o médico falou que era asma*” (Entrevista 5); “[...] *Demorou muito a biópsia pra saber, porque ela só podia fazer o tratamento pro câncer se descobrisse da onde era o câncer*” (Entrevista 6).

Um familiar reclamou da equipe médica de um hospital público, mas a reclamação era sobre o que considerou descaso e frieza ao darem informações: “[...] *Pra mim foi um completo descaso [...], inescusável pra mim, pela frieza que eles dão o diagnóstico e os pareceres pra gente*” (Entrevista 3). A família com dois pacientes oncológicos em tratamento relata que uma equipe médica poderia ter sido melhor, enquanto a outra equipe foi excelente em seu atendimento: “[...] *No caso do meu avô por parte de pai, poderiam ter sido passadas melhores informações sobre como ele estava e sobre o tratamento [...] e no meu outro avô não, porque a médica dele, ela sempre foi muito clara com as opções de tratamento e com o que cada tratamento desencadearia*” (Entrevista 9).

Quando nos referimos aos profissionais da saúde, devemos levar em consideração que muitos já atuam nessa rotina hospitalar

há muitos anos e, por isso, lidar com os diagnósticos e tratamentos de câncer já se tornou algo corriqueiro, o que acaba tornando os procedimentos automáticos e dificulta nessa relação com a subjetividade e os desejos dos familiares (BERNAT, 2015). Sobre um cuidado mais humano, podemos dizer que:

[...] a humanização é fundamental, pois se atende e se convive com pessoas que se encontram em uma situação de fragilidade, angústia, desespero e, muitas vezes, desesperança. Tal situação tende a produzir um distanciamento físico e emocional em relação aos pacientes (BERNAT, 2015, p. 167).

Sobre a atuação dos psicólogos na atenção às famílias, foi perguntado se houve algum tipo de acompanhamento psicológico e a maioria dos familiares relatou que sabia sobre a oportunidade de terem esse apoio, mas que não procuraram o atendimento psicológico, como dito na entrevista 4, “[...] *Eu não procurei psicólogo não*”; e na entrevista 8 “[...] *Não, não, nem ela nem eu procuramos*”.

Em uma das famílias que fez o acompanhamento oncológico em um hospital particular, um dos familiares procurou a visita de um psicólogo para que a família tivesse esse acompanhamento: “[...] *Eu entrei em contato com a psicóloga*” (Entrevista 5). Porém, declaram que foi algo muito superficial, como relatado pelo familiar cuidador na entrevista 6: “[...] *Mesmo ela entrando em contato com a psicóloga, foi aquele atendimento assim, muito superficial*”. Em outra das famílias entrevistadas, que fez o acompanhamento oncológico em um hospital público, um familiar e a paciente fizeram acompanhamento psicológico, todavia, foi algo que buscaram fora, como relatado na entrevista 3: “[...] *Comecei a fazer [atendimento psicológico] particular, e minha mãe fazia terapia individual pelo SUS*”.

Bernat (2015) lembra que o psicólogo tem papel importante na equipe multidisciplinar, visto que um psicólogo, tanto para o paciente, quanto para seus familiares, desempenha a função de amenizar a dor

da morte e auxilia na elaboração do luto, quando houver, respeitando o tempo e a subjetividade de cada sujeito e estando à disposição sempre que houver procura. Sobre a importância de um atendimento voltado não só para os pacientes oncológicos, mas também para os familiares, ressalta que:

É relevante o sofrimento psíquico de pacientes, familiares e profissionais envolvidos em situações de terminalidade, e silenciar esses sentimentos, na tentativa de mascará-los, pode transformar o fim de vida em um momento de extrema angústia para todos os atores envolvidos nesse cenário. Falar abertamente ou não sobre a morte é uma condição de cada um. Mas é fundamental que se esclareçam todas as dúvidas e questões do paciente ou dos familiares, inclusive das crianças, para que, dentro do possível, atendam-se anseios, angústias e necessidades (BERNAT, 2015, p. 170).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa indica que os familiares de pacientes oncológicos devem ser alvo de atenção da equipe de saúde, assim como precisam ser considerados como estando também em sofrimento ao acompanharem o tratamento. Deve-se lembrar de que esse olhar sobre o familiar não deve visar apenas sua responsabilização pelo cuidado com o paciente oncológico, o que pode resultar em anulá-lo como sujeito. Os entrevistados permitiram perceber que acabam, por si mesmos, deixando questões pessoais de lado para se dedicar ao familiar doente. É o que ocorre com o familiar cuidador que, além do sofrimento comum a todos, assume o papel do cuidado quase integral. De todo modo, os sentimentos que se destacaram nos entrevistados foram a angústia, tristeza e a impotência frente à morte, não tendo aparecido revolta por ocupar o lugar de cuidador e, no caso desse grupo de famílias, também não foram relatados conflitos familiares.

A importância da prática humanizada e interdisciplinar, tanto com pacientes, quanto com seus familiares, fica evidenciada nas entrevistas. Predominou o sentimento de gratidão e satisfação dos entrevistados com relação aos profissionais de saúde. Porém, as queixas que foram apresentadas apontam a existência da percepção de um olhar da equipe de saúde, ainda frio e distante, voltado somente ao paciente ou, antes, a seu diagnóstico em parte dos profissionais. Dessa forma, cabe a evolução do tratamento multi e interdisciplinar mais voltado para os familiares.

Embora não tenha sido foco ou objetivo direto desta pesquisa, foi possível perceber que não houve menção explícita ao profissional psicólogo como parte da equipe multiprofissional que atendeu essas famílias, ainda que esse fizesse parte delas. Destaca-se que, ao lado da importância efetiva do psicólogo na área de oncologia, os familiares entrevistados não deram destaque a esse profissional, embora tenham citado de forma elogiosa a equipe de saúde. A maioria não buscou acompanhamento, orientação ou atendimento psicológico e os que procuraram ou tiveram esse atendimento nos hospitais relataram que foi algo “superficial”. Esse ponto parece indicar a importância de novas pesquisas que se voltem especificamente para a participação do psicólogo no cuidado voltado aos familiares de pacientes oncológicos, tema que merece mais pesquisas e reflexões.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERNAT, A. B. R. *et al.* (org.). **Cadernos de psicologia**: os tempos no hospital oncológico. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_tempos_hospital_oncologico.pdf. Acesso em: 9 nov. 2020.

CARDOSO, É. A. de O.; SANTOS, M. A. dos. Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2567–2575, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3kysPKtP97Q-CLSp7vGgzzMQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2021.

CARDOSO, E. A. de O. *et al.* Luto antecipatório/preparatório em pacientes com câncer: análise da produção científica. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 110-122, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 ago. 2021.

CARDOSO, F. T. Câncer infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo. **Revista SBPH** [Online], v. 10, n. 1, p. 25-52, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100004. Acesso em: 21 fev. 2020.

CONDE, C. *et al.* Repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. **Atlas – Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 1544-1553, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/913>. Acesso em: 21 fev. 2020.

FARINHAS, G. V; WENDLING, M, I; ZANON, L. L. D. Impacto do diagnóstico do câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 11-129, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000200009. Acesso em: 21 fev. 2020.

FIGUEREDO, T. *et al.* Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. **ABCS Health**

Science, v. 42, n. 1, p. 34-39, 2017. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/947>. Acesso em: 2 mar. 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 22 mar. 2020.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estatísticas de câncer**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 22 mar. 2020.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa>. Acesso em: 20 ago. 2021.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

MELLO J. *et al.* Vivências de cuidadores ante o processo de adoecimento por câncer de seu familiar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, n. 17, p. 1-21, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/44116/html>. Acesso em: 22 ago. 2021.

MENDES, A. M. C. C.; BOUSSO, R. S. A experiência das avós de crianças com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 559-565, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1672016000300559&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 fev. 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAIS, E. S. *et al.* Vivência da família na sobrevivência ao câncer: entre esperança de cura e medo da recidiva. **Revista de Enfermagem e Atenção Saúde** [Online], v. 8, n. 1, p. 39-50, jan./jul. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-100987>. Acesso em: 22 ago. 2021.

NASCIMENTO, A. N. *et al.* Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 789-794, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18324>. Acesso em: 21 fev. 2020.

NETTO, J. V. G. As fases do luto de acordo com Elisabeth Kübler-Ross. *In*: EPCC – ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA UNICESUMAR, 9., p. 4-8, 2015. **Anais** [...]. Maringá, nov. 2015 Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/2856>. Acesso em: 8 nov. 2020.

OLIVEIRA, A. D. *et al.* Cuidar de uma Pessoa com Câncer na Ótica de Familiares Cuidadores: Revisão de Literatura. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 53-69, 16 ago. 2021. Disponível em: <https://www.revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/saude/article/view/470>. Acesso em: 23 ago. 2021.

OPAS/OMS – Organização Pan Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **Câncer** – Folha Informática, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>. Acesso em: 20 ago. 2021.

PEDREIRA, J. L.; PALANCA, I. **Psicooncología Pediátrica**. Madri, Espanha, 2007. Disponível em: <http://www.psicooncologia.org/profesionales.php>. Acesso em: 7 jun. 2020.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arquivos de ciências da saúde**, v. 17, n. 1, p. 22-27, 2010. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf. Acesso em: 8 nov. 2020.

SILVA, B. C. A.; SANTOS, M. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, E. A. Vivências de familiares de pacientes com câncer: revisitando a literatura. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 140-153, 2019.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. **REUFMS – Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 1, p. 145-155, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3943>. Acesso em: 2 mar. 2020.

WANDERBROOCKE, A. C. N. S. Cuidando de um familiar com câncer. **Psicologia Argumento**, [s. l.], v. 23, n. 41, p. 17-23, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19711>. Acesso em: 18 jun. 2020.

Capítulo 5

*Concepções dos profissionais
de psicologia da atenção
básica e de centros de
atenção psicossocial
sobre o matriciamento*

*Samya Lievore Zanotelli
Alexandra Iglesias
Maria Inês Badaró Moreira*

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica vem sendo entendida como importante espaço para a promoção à saúde e para a desinstitucionalização do cuidado

em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que se constitui como principal via de acesso da população a esse sistema (VITÓRIA, 2019; IGLESIAS, 2015). Por isso, torna-se imprescindível a articulação desse nível de atenção com os demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no campo da saúde mental. Nesse sentido, cabe à Atenção Básica compartilhar seus conhecimentos e práticas junto ao território e às pessoas que o habitam e aos CAPS partilharem seus saberes e vivências próximos às pessoas em sofrimento psíquico (IGLESIAS, 2015).

É nessa intenção de compartilhamento entre serviços e atores sociais que o matriciamento se destaca, sendo conceituado como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde e um arranjo organizacional que visa dar suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial às equipes responsáveis por ações de saúde para a população (CUNHA; CAMPOS, 2011). Nessa direção, Iglesias (2015) destaca a potência do matriciamento para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica, por integrar diferentes especialidades e profissões na prática de uma clínica ampliada, atenta aos fatores determinantes do processo saúde-doença, além de contribuir para a formação integral dos profissionais e para articulação da rede de cuidado.

Oliveira (2000), por sua vez, ressalta a ampliação da capacidade de análise e de resolução dos casos acompanhados pelo matriciamento, uma vez que articula diferentes núcleos profissionais em um campo comum de práticas e de saberes em prol de uma produção coletiva e corresponsável em saúde. Evita-se uma lógica de encamiamento e favorece melhorias na vida dos sujeitos atendidos.

Oliveira (2000) ainda destaca uma série de fatores que torna viável, ou não, a operacionalização do matriciamento, dentre eles: a quantidade de profissionais envolvidos e a sua qualificação; as dinâmicas organizacionais dos processos de trabalho, envolvendo gestores e profissionais; o funcionamento da própria rede de serviços disponível.

Com relação à atuação da(o) profissional de Psicologia especificamente, cabe assinalar o seu relevante aporte ao matriciamento, observadas as discussões promovidas por seu núcleo de conhecimento sobre o cuidado em saúde mental. Sendo assim, Iglesias e Avellar (2016), partindo da lógica matricial, indicam como possíveis contribuições da Psicologia suas noções sobre vínculo, acolhimento e escuta qualificada. Além disso, a Psicologia contribuiu para ampliar a concepção do usuário a partir da clínica psicossocial, entendendo-o como um sujeito social, em sua subjetividade, sua corporalidade e historicidade. Nesse sentido, vale ainda destacar, como trazido por Spink (2007), a relevância de uma postura aberta por parte dessas(es) profissionais e a predisposição para compartilhar conhecimentos e para experimentar outras possibilidades de atuação, permitindo transformar também o seu próprio fazer profissional no movimento de uma clínica ampliada.

Diante de tudo isso, coube perguntar a essas(es) profissionais de Psicologia como elas(es) entendem o matriciamento em saúde mental na prática, de maneira a identificar suas potencialidades e limites, bem como proposições de melhorias para a sua realização. Assim, objetivou-se com esta pesquisa conhecer as concepções das(os) profissionais de Psicologia, integrantes tanto das equipes de Unidades de Saúde (US) da Atenção Básica, como de equipes de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), acerca do matriciamento em saúde mental realizado no município de Vitória-ES.

MÉTODO

Para esta pesquisa, de abordagem qualitativa (MINAYO, 2010), foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas com profissionais da Psicologia que trabalham com o matriciamento em saúde mental, sendo 6 de US e 3 de CAPS. As(os) profissionais foram escolhidas(os) aleatoriamente ao responderem positivamente ao convite para as equipes, constituindo o seguinte perfil de entrevistadas (os): oito mulheres e

um homem, com idades entre 30 e 57 anos. Dentre elas(es), sete possuem vínculo de trabalho efetivo com o município e dois temporários, sendo o tempo de cada profissional no cargo variável entre sete meses e 12 anos de trabalho. Diante desse dado de tratar-se majoritariamente de mulheres, optou-se, no decorrer deste texto, pela generalização do substantivo para o feminino. As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade das profissionais dos serviços e todas foram gravadas em arquivo digital de áudio, transcritas na íntegra e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979).

As participantes foram identificadas por letras e números (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9), a fim de preservar o seu anonimato. Foram apresentados os termos de consentimento livre e esclarecido e coletadas assinaturas por parte da população-alvo da pesquisa (Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde). Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade (Parecer n.º 2.410.025) e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Vale contextualizar que o município em questão se compõe de 29 US, um Centro de Referência de Atendimento ao Idoso e um de tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis, quatro Centros de Atenção Psicossociais (CAPS II, CAPS III, CAPS III álcool e drogas e CAPS infantojuvenil), um Serviço de Atenção às pessoas em situação de violência (Casa Rosa) e dois Prontos atendimentos e um Centro Municipal de Especialidades (CME).

As Unidades de Saúde da Família (USF) do município pesquisado são compostas por equipes com médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem. Contam ainda com equipe de Saúde Bucal composta por dentista e técnico de higiene dental; além da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Vale destacar que, das 29 Unidades de Saúde desse município, em 13 USF existe uma equipe NASF-AB composta por assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, profissional de educação física e psicólogo. Além disso, as US que não possuem NASF-AB também contam com a atuação dessas categorias

profissionais, contudo, não necessariamente atuando na mesma lógica das equipes NASF-AB.

RESULTADOS

O conteúdo produzido nas entrevistas foi organizado nas seguintes categorias: 1. Percepção das profissionais acerca do matriciamento em saúde mental; 2. Operacionalização do matriciamento em saúde mental; 3. Contribuições da Psicologia no matriciamento em saúde mental; 4. Potencialidades e efeitos do matriciamento em saúde mental; 5. Dificuldades para efetivação do matriciamento em saúde mental; 6. Propostas para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental.

Percepção das profissionais acerca do matriciamento em saúde mental

Essa categoria abrange as percepções das profissionais entrevistadas, considerando o próprio entendimento e o entendimento das demais profissionais, acerca do matriciamento.

De um lado, o matriciamento surge de modo ambivalente, sendo avaliado positivamente por todas participantes; por outro lado, compareceram opiniões negativas a seu respeito: “*Tem pessoas, uma grande maioria, que vê o matriciamento como algo potente. [...] Mas tem outras pessoas que não acham tão interessante*” (E1).

Dentre as falas expostas, o matriciamento foi caracterizado majoritariamente como um espaço para a *discussão de casos* (E7), *troca de saberes* (E6), *construção conjunta* (E3), *transdisciplinaridade* (E3) e *compartilhamento* (E3) de estratégias de cuidado entre equipes e serviços, bem como uma *conversa sobre questões relativas à saúde mental* (E8). Algumas entrevistas ainda citaram a ideia de que: “*Tem gente que entende que é uma troca e tem gente que não, que eles [matriciadores] têm que dizer a resposta de cima para baixo*” (E4) às equipes de atenção

básica, indicando o trabalho a ser feito por elas. Mas, ainda, a ideia de troca prevalece:

Tem que pensar junto. Mesmo porque a gente que está na ponta da Atenção Primária sabe mais do cotidiano daquele caso do que quem está só matriciando e está olhando à distância. É como se fosse uma supervisão de um caso que eles não conhecem, mas que eles podem ajudar a pensar (E4).

A análise feita pelas participantes sobre as variações das concepções individuais dos trabalhadores dos serviços sobre matriciamento foram relacionadas à formação profissional e às experiências de matriciamento anteriores de cada trabalhador. A proximidade anterior e atuação em serviços de saúde mental foram apontadas como fatores que favorecem a percepção dos casos matriciados em sua *processualidade* (E3), *de maneira menos rotulada* (E3), tendendo a um maior aproveitamento do matriciamento. Por outro lado, a distância e a falta de informação com essa área foram relacionadas, pelas entrevistadas, a um olhar negativo para o matriciamento, uma vez que esses profissionais tenderiam a julgá-lo por um *viés biológico* (E3), com *expectativa de que alguém iria solucionar o problema* (E5) e como *perda de tempo* (E5).

As relações de trabalho entre as equipes também foram indicadas pelas entrevistadas como aspecto que pode favorecer ou dificultar a realização do matriciamento. Enquanto *um bom relacionamento* (E4) entre as profissionais propicia *um pouco mais de gosto de fazer* (E4) [o matriciamento], o fato de ser *mais uma equipe para se relacionar* (E2) pode ser visto como um *desgaste* (E2). Nesse caso, o matriciamento não parece compor o rol de intervenções do trabalhador de saúde, mas um outro trabalho ou trabalho adicional. Assim como os instrumentos que deveriam compor as ações cotidianas do campo da saúde, tal como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo, é retirado dessa seara e passa a compor um outro fazer, um fazer a mais, entendido como desconectado da rotina do serviço.

Embora elogiada em sua teoria, a proposta do matriciamento foi apontada como defasada em sua prática:

A gente sabe que, na teoria, a gente poderia utilizar o espaço do matriciamento para estudos. Ter uma parte teórica mesmo, mas isso nunca aconteceu até hoje. E a gente sabe que tem alguns instrumentos muito bacanas, PTS, por exemplo. A gente não consegue fazer isso (E2).

Nesse ponto, cabe mencionar que, das nova entrevistadas, oito afirmaram conhecer os documentos que regem o matriciamento em saúde mental no SUS, sendo que um participante destacou o cotidiano do trabalho como principal fonte de conhecimento sobre o tema. Com relação ao documento “Diretrizes do Matriciamento no município de Vitória” (VITÓRIA, 2019), cinco participantes disseram conhecê-lo, enquanto três afirmaram que não e um se mostrou em dúvida. Algumas falas indicaram a importância da releitura desses documentos com frequência pelas profissionais com o intuito de orientar o seu trabalho. No entanto, as participantes lembraram que a elaboração desse documento pela Secretaria de Saúde de Vitória foi lembrada como tendo sido recebida de forma positiva por algumas profissionais e de forma negativa por outras, uma vez que nem todas participaram das discussões para essa finalidade.

Esse descontentamento ou desconhecimento parece refletir o tensionamento existente no campo da saúde mental no município, como citado por Bastos e Romanholi (2010). Assim como parece também apontar para um desgaste das relações entre trabalhadores que realizam o matriciamento e a equipe técnica apoiadora deste trabalho no município, já que as ações de matriciamento foram iniciadas no município, em 2007. Cabe destacar que muitos profissionais que atuam nos serviços foram inseridos como servidores públicos em momento que ações de matriciamento já vinham sendo desenvolvidas nas Unidades de Saúde e, portanto, já havia um modo de operar

o matriciamento que refletia em cada equipe no território de atuação. O que se pode extrair desses relatos é que, aos olhos das entrevistadas, o documento parece não refletir uma construção coletiva que já estava em andamento com certo acúmulo de conhecimento construído, a partir da realidade concreta territorial.

Por fim, foram mencionadas mudanças, tanto positivas, quanto negativas, com relação ao matriciamento nos últimos anos. De um lado, as mudanças positivas foram associadas à: formalização da proposta, organização das atividades, maior adesão e corresponsabilização dos profissionais, *resolutividade compartilhada* (E6) entre US e CAPS, bem como *diretriz* (E7) estabelecida no ano de 2019 (“Diretrizes do Matriciamento no município de Vitória”). “Atualmente, formalizou melhor. [...] As pessoas são levadas a criar uma maior responsabilidade em estar ali e cumprir o seu papel. Acho que antes era tudo muito jogado” (E4).

As mudanças negativas, por outro lado, segundo as entrevistadas, foram relacionadas a uma perda do que seria a proposta do matriciamento, *do que o texto* [documentos oficiais sobre matriciamento] *trazia de intenção* (E5), restringindo-se, na atualidade, à *discussão de casos* (E5) e a *pensar juntos estratégias de cuidado* (E5), sem, no entanto, conseguir *acompanhar de uma forma mais conjunta, mais compartilhada* [os casos] (E5), com *produção de corresponsabilidade* (E5) — ao contrário, teria ocorrido o *aumento de uma desresponsabilização* (E5) entre os envolvidos. Tais mudanças, segundo as participantes, dificultaram o trabalho e o cuidado com o usuário, provocando, inclusive, sofrimento aos *profissionais que estão na ponta* (E5) dos serviços, uma vez que não podem contar com o apoio dos demais colegas para a realização do trabalho em conjunto.

Operacionalização do matriciamento em saúde mental

Foram agrupadas, nessa categoria, as atividades realizadas, a organização e a função das equipes.

Ao se referirem às atividades de matriciamento realizadas, as participantes destacaram, com unanimidade, o *estudo de caso* (E1) ou as *discussões de casos* (E5), apontadas como um espaço para a construção de diálogo entre as equipes e para a elaboração de estratégias de cuidado para as situações de usuários, familiares ou questões do próprio território. *Visitas em conjunto* (E3) ou *visitas domiciliares* (E6) também foram frequentemente mencionadas e outras foram aludidas com menor constância, tais como: estudos temáticos, *interconsultas* (E1), *atendimentos em conjunto* (E1), *PTS compartilhado* (E5), *devolutivas* (E7), intervenções sobre *questões no território* (E7), *busca ativa* (E7), *discussão clínica com o médico da US* (E7), *discussão de processo de transição* (E7) e discussão sobre *entraves que ocorrem na comunicação* (E8) entre os serviços (US e CAPS).

Segundo as profissionais, as equipes organizam-se entre si para realizar as atividades pretendidas no matriciamento. Nesse sentido, compareceu uma variedade de funções relacionadas a cada equipe, assim como a inexistência dessas funções ou alguma diferenciação entre elas, conforme os vínculos estabelecidos entre profissionais, equipes, usuários e famílias, além de um possível olhar próprio de cada profissão. Fez-se notar, ainda, o desconhecimento de algumas profissionais entrevistadas sobre as nomenclaturas “equipe de referência” e “equipe matricial”.

A função da equipe de referência foi associada a *conhecer* (E1) os casos em seus contextos e territórios, *acompanhar* (E5) os casos longitudinalmente, *escolher* (E4) e registrar os casos em *listagem* (E7) para compartilhamento com as demais equipes, *apresentar os casos* (E1) e, por fim, oferecer *devolutivas* (E7) aos atendimentos feitos nos CAPS. A função da equipe matricial, por sua vez, foi apontada como: *apresentar os casos* (E1); *conversar* (E1) com quem conhece o caso para entendimento da situação; realizar *atendimentos junto com a equipe* [de referência] (E7); *ampliar as potencialidades na atenção à saúde mental* (E9), por meio de opiniões, orientação e suporte à oferta de serviços, contribuindo na troca, elaboração e ampliação de estratégias de

cuidado; oferecer *visão de quem está fora* (E9) do acompanhamento de determinado caso; realizar *devolutivas* (E7) acerca de situações, *explicar* (E7) assuntos, *problematizar algumas questões* (E7) e *desconstruir preconceitos* (E7).

Ademais, de forma geral, não foram distinguidos critérios predefinidos para seleção de casos a serem matriciados. No entanto, houve consenso com relação aos casos mais incidentes, sendo aqueles considerados como *difíceis* (E1), com *uma complexidade maior* (E2), *instáveis* (E2), *que não se tem uma resolutividade* (E8) e que demandam *um diálogo fortalecido entre os serviços* (E7), a fim de *ampliar o cuidado em saúde mental* (E2). A experiência diária foi ainda apontada como algo que favorece, na prática, a distinção desses casos, de maneira a identificar aqueles que requerem maior atenção.

Contribuições da Psicologia no matriciamento em saúde mental

São apresentadas as contribuições possíveis da Psicologia ao matriciamento em saúde mental.

Dentre as possibilidades apresentadas pelas entrevistadas, destacou-se um olhar propiciado pela formação em Psicologia: olhar ampliado e integral para o sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, algumas falas apontaram o reconhecimento da subjetividade desse sujeito, bem como o esforço em *amenizar o [seu] sofrimento* (E9), contextualizando-o *em sua comunidade e família* (E2) e pensando em *outros modos de vida* (E7). Além disso, também foi mencionada a possibilidade de questionar: a relação entre normal e patológico, os padrões comportamentais desejados pela sociedade, bem como pensamentos e preconceitos entre os próprios profissionais. Outras contribuições abrangeram a oferta de *atendimento psicológico* (E1) em casos específicos e a *seleção de casos* (E2) para o matriciamento, dada a proximidade e profundidade do acompanhamento das profissionais de Psicologia a esses usuários.

A Psicologia também foi associada ao papel de *despsicologizar* (E4) e contribuir para a *desmistificação de que tudo é uma patologia psicológica* (E4), de maneira a evidenciar a *influência social das coisas na deterioração da saúde mental* (E4). Por fim, soma-se a isso a sua contribuição para “*democratizar o conhecimento em relação aos transtornos e as estratégias de cuidado para que sejam conhecidas por mais atores*” (E5), promovendo, assim, o envolvimento da equipe no cuidado em saúde.

Potencialidades e efeitos do matriciamento em saúde mental no município de Vitória

Essa categoria refere-se às potencialidades e aos efeitos que as entrevistadas identificaram na implementação do matriciamento no município de Vitória.

Dentre as considerações citadas pelas profissionais, sobressaiu-se o fortalecimento dos serviços e maior compreensão sobre o campo da saúde mental, ampliando o cuidado em saúde. Foram citadas: a *integralidade das ações* (E3), a maior articulação entre os níveis de atenção, o acompanhamento compartilhado dos casos, a contribuição para os *processos de transição* (E7) de usuários entre os serviços, a corresponsabilização entre os profissionais e o próprio território e a maior *resolutividade* (E6) dos casos. Segundo uma participante: “*A gente só não aproveita tudo que a gente poderia, mas o efeito é positivo. Fortalece tanto a Unidade de Saúde quanto o CRAI, CAPS, CAPSi, enquanto serviços, e integra*” (E5).

O matriciamento, de acordo com algumas falas, também favoreceu a descentralização do conhecimento em saúde mental e a diminuição de encaminhamentos considerados como desnecessários para o especialista, uma vez que profissionais de diferentes áreas passaram a entender que podem *contribuir no cuidado de pessoas que têm algum transtorno* [mental] (E1). “*Penso que é uma forma de não centralizar todo o conhecimento específico, de especialidades, de diferentes áreas, não só da medicina*” (E1). Esse desvio de rota na vida de um usuário do serviço

de saúde que tem sua demanda acolhida pela equipe em si, poderia apontar a importância do matriciamento para o campo da saúde em geral e da saúde mental em particular.

Outra potencialidade do matriciamento foi atribuída ao seu *modus operandi diferente do modelo tradicional de saúde biomédico* (E4), de maneira a contribuir para a promoção de espaços de discussão, parceria e retaguarda entre equipes, incentivando *trocas de saberes, olhares e modos de fazer* (E3), além de influenciar *processos de trabalho* (E4) e a *forma de conduzir os casos* (E3).

A circulação de profissionais entre os serviços (US e CAPS), devido ao matriciamento, também foi vinculada a um maior conhecimento entre as equipes acerca de sua realidade, facilitando a realização do trabalho conjuntamente: “[...] *eu acho que isso é o principal efeito: conhecer a realidade também das Unidades de Saúde, porque eles não conhecem como é o CAPS*” (E1). Da mesma forma, a melhoria da organização entre as equipes e a equidade de acesso à população também foram mencionadas como importantes efeitos do matriciamento. Na primeira situação, o matriciamento permitiria uma melhora no cuidado em saúde mental: “[...] *quando a gente discute, pensa mais especificamente nesse paciente, fica pensando em formas, o que pode ser feito, organiza a divisão desse cuidado, desse trabalho*” (E2). Na segunda situação, conforme as entrevistadas, os usuários que precisam de *um acompanhamento maior, de uma qualidade mais especializada* (E2) seriam priorizados para acessar os serviços de saúde.

Dificuldades para efetivação do matriciamento em saúde mental

As dificuldades encontradas para a realização do matriciamento são apresentadas nessa categoria.

A maioria das participantes indicou a insuficiência do tempo e da frequência destinados ao matriciamento como ponto comum. Tais limitações acarretam, segundo as entrevistadas, em uma discussão *rasa* (E3), focada em resultados e com aspecto de *secretariado*

(E3), em detrimento de uma visão *mais clínica* (E3) sobre os casos: “[...] *tendo apenas uma hora a cada dois meses por equipe fica difícil, porque mal dá para a gente falar de um, dois, três casos e combinar alguma ação*” (E3). Retoma-se, nesse ponto, os sentidos anteriores referentes à sobrecarga e ao desconhecimento do fazer matricial no cotidiano das ações de saúde.

As profissionais também apontaram a falta de capacitação sobre o matriciamento em saúde mental. Aquelas que participaram de alguma formação, relacionaram-a aos cursos sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) — que abrangem o matriciamento na Atenção Básica — e às discussões para elaboração das diretrizes no município de Vitória. Apontam também o cotidiano do trabalho como de grande relevância em seu aspecto formativo, o que dista da compreensão de um fazer esvaziado de saber.

Considerando que a formação em saúde *fragmenta* (E4) e *colabora* para o entendimento de que *saúde mental é do psicólogo* (E4), algumas falas também indicaram que os matriciadores são requisitados como especialistas em saúde mental, embora não tenham esse título formal. O resultado disso, conforme trouxeram, é a realização do trabalho com base em *concepções individuais* (E6), sem *aprofundamento* (E6) e voltada para encaminhamentos ao especialista, localizado tanto na figura do matriciador, como na do profissional de psicologia:

[...] Os primeiros textos que eu li falavam da equipe especialista. E quem vem trabalhar em CAPS não é especialista. No concurso público, vem trabalhar em CAPS porque tem a vaga no serviço. Muitos profissionais não sabem o que é, nunca estudaram, nunca conheceram, nunca tiveram e chega aqui, se depara com essa clientela e se assusta (E1).

Outra dificuldade mencionada nas entrevistas foi relacionada à ausência de normativas e de divulgação dos documentos sobre o matriciamento em saúde mental, o que contribuiria para

entendimentos conflitantes entre as equipes acerca de fluxos, responsabilidades e demais assuntos. Embora as diretrizes já venham se desenhando no município desde meados de 2007 e se consolidaram em atualizações das diretrizes em 2019, sua ausência é referida pelos trabalhadores entrevistados:

A gente sente muita falta da diretriz, de um fluxo de atendimento. Isso gera muito desgaste para a equipe como um todo. Para as equipes da Estratégia, do NASF, do CAPS, fica um entendimento... A gente recebe uma orientação da área técnica de Saúde Mental, mas a equipe do CAPS compreende de outra forma: a gente fala uma coisa, eles entendem que tem que ser de outra forma (E2).

As profissionais ainda destacaram o aumento da demanda de pessoas em grave sofrimento psíquico, o déficit de profissionais e a ausência de estrutura, o que implicaria em sobrecarga de trabalho, prejuízo do serviço ofertado e adoecimento dos profissionais:

Chega a ser desumano com os profissionais. A falta de estrutura, funcionário, psiquiatra, profissional especializado. A demanda está cada vez mais aumentando e a quantidade está diminuindo de profissional disponível para fazer esse cuidado. [...] A gente vê os profissionais cada vez mais adoecendo por conta dessa sobrecarga, até de uma falta de preparo para atender tudo isso e diante dessa quantidade toda (E2).

A ausência de articulação das profissionais e serviços da rede também foi apontada como uma dificuldade, o que prejudicaria *uma troca maior e uma construção de conhecimento* (E3) acerca dos usuários, ou seja, a integralidade do cuidado: “*Os serviços estão muito isolados, a gente não tem conversado entre nós psicólogos na rede, não têm tido oportunidades para fazer essa conversa*” (E6).

Por fim, as participantes ainda destacaram a ausência frequente de várias profissionais no matriciamento. Nesse sentido, citaram a incompatibilidade ou a indisponibilidade de agenda, relacionando-as à *sobrecarga* (E5) de trabalho, à falta de reconhecimento da gestão como algo *prioritário* (E5) e ao *desinteresse* (E7) por parte das próprias profissionais. Nesse sentido, retomam à desvinculação da construção de ações de corresponsabilidade no cotidiano das equipes.

Propostas para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental

Essa categoria apresenta as sugestões das entrevistadas para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental no município de Vitória.

A ampliação da frequência e da duração das reuniões de matriciamento foram propostas recorrentemente apresentadas durante as entrevistas, bem como uma maior disponibilidade e flexibilidade da agenda das profissionais, incluindo momentos que extrapolam as reuniões pré-agendadas: “*Se você for ver o impacto que a saúde mental tem hoje na saúde, como um todo, é pouco. A gente deveria ter matriciamento com uma frequência muito maior e com uma duração maior*” (E4).

A garantia da participação de todas profissionais e a ampliação quantitativa do quadro de profissionais nos serviços também foram afirmadas: “*A equipe inteira que vai ser matriciada naquele dia deveria estar presente [...] Essa disseminação da importância que ‘reunião de saúde mental é para todos’ tem que ser levada a sério*” (E4). Outra participante complementa: “*Eu gostaria que a gente conseguisse estar mais perto. Mas, para estar mais lá, a gente tinha que estar menos aqui. E isso é ruim. O serviço não pode não ter profissionais. Tem que ter alguém disponível, porque tem situações que chegam sem agendamento*” (E1).

Nesse sentido, as participantes apontaram a necessária implicação da gestão no diálogo com as profissionais sobre o matriciamento em saúde mental, com o intuito de promover conhecimento,

conscientizar sobre a sua importância, além de definir e articular referências técnicas, protocolos e fluxos de atenção:

A discussão tem que ser a nível, tanto dos profissionais da ponta, quanto dos gerentes, diretores das Unidades de Saúde. Todos têm que saber para que serve, quais os avanços que já teve com isso, para poder apostar nessa ferramenta. Porque se não se dedica a ela, ela não funciona, e depois é muito fácil dizer: “Tá vendo? Não funcionou” (E1).

Ademais, também foi constantemente sugerida a realização de capacitação e Educação Permanente para as profissionais envolvidas no matriciamento, bem como a promoção de eventos, a fim de dar visibilidade à temática. Nesse sentido, destacaram-se: a pertinência de estudos e discussões nas reuniões de equipe e de matriciamento, abrangendo os documentos do SUS e conteúdos em saúde mental; a retomada de reuniões ampliadas de saúde mental, envolvendo psicólogas(os) e profissionais de outras áreas; discussões de casos com consultoria externa e, por fim, maior articulação entre equipes e serviços, de saúde e de outros setores:

Eu acho que, através de eventos, muitas coisas em Vitória tem visibilidade. [...] Se a prefeitura também não traz eventos que mostre que tem documento de matriciamento, não faça capacitações que mostrem para todos os níveis da atenção como podemos trabalhar melhor. Não vai ter, pode ter a potencialidade que for, mas não vai se efetivar (E4).

Outra proposta apontada foi a oferta de suporte *técnico-pedagógico* (E2) e de *supervisão* (E3) pelas equipes matriciais às equipes de referência. Nesses casos, mencionou-se a importância de se abordar questões institucionais, fluxos e conflitos entre equipes, bem como de trazer o olhar clínico das profissionais que acompanham os casos nos serviços:

“Poderia ter um apoio mais técnico... uma função mais técnico-pedagógica, mas na prática isso não acontece” (E2). Conforme outra participante:

Qual é o olhar daquela pessoa que está atendendo? Por onde ela está pensando o caso? Algum detalhe importante, pensando clinicamente. Não tem. Como eu vou discutir isso? Às vezes, no prontuário, também não se coloca isso. Porque não há no matriciamento, uma supervisão (E3).

As participantes destacaram também a pertinência em ofertar cuidado para as profissionais de saúde mental envolvidas no matriciamento: *“A quantidade de profissionais no suporte a esses profissionais, na Saúde do Trabalhador, em relação a ter parceiros para contar. Porque trabalhar a saúde mental sozinho é muito difícil. Angustia demais”* (E1).

Por fim, algumas falas aconselharam a discussão e a preparação dos casos anteriormente à reunião de matriciamento: *“É interessante que a equipe prepare os casos, discuta em reunião de equipe antes: ‘E aí, vai ter reunião de matriciamento? Como está fulano?’*” (E1). Outras, por sua vez, reforçaram a importância da circulação das profissionais entre os serviços para conhecer melhor suas realidades:

Falta aos profissionais, e talvez isso fosse muito importante, aos profissionais da Unidade de Saúde, o conhecimento in loco desses serviços. [...] Você vê que muitos profissionais nunca foram, não conhecem, nem o espaço físico, muito menos o que se faz, como se trabalha (E8).

DISCUSSÕES

O matriciamento foi constantemente caracterizado, pelas entrevistadas, como espaço de construção conjunta, compartilhada e horizontal de cuidado em saúde, envolvendo distintos profissionais, serviços e níveis de atenção. Tais entendimentos reforçam o matriciamento

como trocas de saberes e práticas entre distintos atores (IGLESIAS, 2015; VITÓRIA, 2019), a partir da articulação interdisciplinar entre núcleos e campos de saber (CAMPOS, 2002), conhecimentos especialistas e generalistas.

Essas concepções coincidem com a lógica multidirecional de aprendizagem e de ensino mútuo apontada por Oliveira (2000), oportunizando a valorização das contribuições de todas no processo de cuidado. Nesse mesmo caminho compreensivo, Abrahão e Merhy (2014) lembram que o trabalho pode funcionar também como exercício pedagógico, uma vez que se configura como uma ação do produzir-se no encontro com o outro, seja ele o usuário, o colega de equipe ou, mesmo, a comunidade. Capaz de colocar o conhecimento em permanente questionamento de um agir sobre o corpo do outro, apontando para a possibilidade de se construir um agir com o outro.

Algumas participantes indicaram, contudo, a existência de verticalidade nas relações presentes no matriciamento, resultando em processos burocratizados, direcionados ao encaminhamento ao especialista e pouco resolutivos. Essas afirmativas atentam, assim como Oliveira (2000), para a persistência de uma hierarquia naturalizada baseada na *expertise* do especialista nesses serviços, justificando encaminhamentos para tais profissionais, em detrimento de uma responsabilização compartilhada pelo cuidado.

A saúde está continuamente em um campo de disputa. Assim, o modo biomédico centrado de conceber a saúde se estabeleceu como hegemonia. Em contradição, sempre se faz necessário reivindicar a integralidade do sujeito da saúde para expandir a compreensão e desviar das capturas do modo hegemônico biomédico centrado. Nesse sentido, Campos (2002) destaca aspectos da clínica tradicional — fragmentação do sujeito e do processo de saúde e enfoque na dimensão biológica — como favoráveis ao desenvolvimento de especialidades, práticas mecanicistas e unilaterais, de forma que desconsidera outras dimensões do sujeito, como a subjetiva e a social, e restringe o próprio cuidado. Isso ajuda a explicar, em parte, a expectativa (frustrada) de

algumas profissionais em alcançar a resolução dos problemas matriciados, bem como a percepção de uma superficialidade na condução dos casos acompanhados.

Cabe ainda ressaltar que a Política Nacional de Humanização (PNH) destaca o risco de burocratização do trabalho e de fragilização dos vínculos entre profissionais e usuários, quando as decisões concentram-se nos altos cargos dos serviços ou mesmo em corporações profissionais (BRASIL, 2004). Tendo isso em vista, o matriciamento busca problematizar os sistemas hierárquicos já existentes no SUS — referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (CUNHA; CAMPOS, 2011) —, de modo a estimular trocas transversais entre os diferentes atores, a fim de fortalecer o compromisso com a produção de saúde, ampliar o olhar sobre o processo saúde-doença, organizar a rede assistencial e evitar encaminhamentos sem corresponsabilização (BRASIL, 2004). E para Ceccim (2005), a Educação Permanente poderia se consolidar como uma formação para a saúde constituída no transitar de saberes em diferentes campos disciplinares e, por isso, pode produzir conhecimentos reveladores de novas possibilidades de aproximações com a realidade concreta das pessoas. Assim, as fronteiras disciplinares podem se abrir e permitir a aproximação pelo entre, pelos poros ao ponto de surgir novas searas e campos de saberes ainda não conhecidos.

Alguns aspectos ainda foram destacados como motores para um melhor ou pior aproveitamento da estratégia matricial: formação, experiência e interesse das profissionais pela proposta, bem como o seu grau de proximidade com a área da saúde mental. Tais achados corroboram com Iglesias e Avellar (2014) que encontraram relação entre alguns desses aspectos e a participação, maior ou menor, de profissionais no cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Nesse sentido, as autoras também destacam a escassez da temática do matriciamento em saúde mental nas formações acadêmicas não consideradas do campo “psi”. Bonfim *et al.* (2013) apontam a tradição clínica de amplitude limitada mesmo entre profissionais do campo da saúde

mental. Depreende-se, dessa forma, que a saúde mental ainda não é considerada por muitas profissionais como de sua alçada, ainda que o Ministério da Saúde já tenha reconhecido a sua necessária implicação, apontando o componente de sofrimento subjetivo inerente a qualquer doença e estando, portanto, relacionado diretamente à produção de saúde e ao trabalho nesta área (BRASIL, 2003).

Ademais, segundo as entrevistas, as relações de trabalho entre as equipes também influenciam a realização do matriciamento, sendo que os bons relacionamentos o impulsionariam, enquanto a necessidade de se relacionar com mais uma equipe desgastaria essa possibilidade. Cunha e Campos (2011) apontam certa dificuldade das profissionais da saúde em lidar com questões fora do seu núcleo disciplinar, incorrendo em conflitos entre profissões, devido à sua baixa tolerância para a incerteza e interdisciplinaridade, necessárias ao trabalho em equipe. Nesse quesito, cabe destacar a importância de evidenciar e trabalhar coletivamente tais entraves (CUNHA; CAMPOS, 2011), visando à transformação das relações e dos processos de trabalho dessas profissionais em benefícios de todas.

É possível apostar em uma modalidade de formação que se desenhe, a partir do lugar da experiência, assinalado como um circuito de vivências cotidianas no serviço, que poderia ser compreendida tal qual o conceito de experiência ofertado por Bondia (2002, p. 22) como “aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece”. Desse modo, os momentos de formação são aqueles em que se experiencia algo de novo no campo do fazer e o espaço construído no coletivo, a partir das experiências anteriores da equipe parece ser um saber que vai ganhando sentido para o trabalhador, que assim vai se apropriando de conceitos como ferramentas de seu trabalho, e não como uma teórica exógena ao campo da saúde e às necessidades concretas do território em que atua.

Com relação à organização e à realização das atividades do matriciamento, foi possível perceber certa convergência com o que orientam os documentos oficiais, embora de maneira ainda deficitária, diante da abrangência das possibilidades existentes. Tal constatação aplica-se tanto ao conhecimento do que é possível, quanto à prática efetivada no trabalho. O documento “Diretrizes do Matriciamento em Saúde Mental no município de Vitória” (2019) atribui a todas as profissionais e serviços a responsabilidade por realizar o matriciamento, designando a organização e a articulação das atividades às equipes dos serviços, enquanto o compromisso institucional para a sua efetivação à rede municipal de saúde. No caso das equipes diretamente envolvidas, ambas foram identificadas, pelas entrevistadas, como responsáveis por prover informações acerca dos casos, diferenciando-se, no entanto, em alguns pontos. Neste sentido, cabe destacar que, embora a equipe de referência tenha sido relacionada ao cuidado mais próximo e longitudinal à realidade discutida, não ficou marcada a sua função de principal responsável pela condução dos casos (BRASIL, 2004); já a equipe matricial foi relacionada ao cuidado mais especializado e externo ao caso, o que parece convergir com a concepção do matriciamento como complemento às equipes de referência, ao apoiá-las na ampliação da oferta do cuidado (BRASIL, 2004).

No que tange às atividades realizadas, destacaram-se unanimemente a discussão de casos e/ou estudo de casos; com menor frequência, as visitas domiciliares e/ou visitas em conjunto; e quase unitariamente, as outras atividades. Esses dados apontam a predominância de algumas modalidades de atividades em detrimento de outras, indicando uma prática ainda limitada diante de tantas possibilidades que surgem, conforme a articulação entre diferentes profissionais e realidades locais (VITÓRIA, 2019). É nesse sentido que as diretrizes municipais para o matriciamento de Vitória sugerem o trabalho entre as equipes a partir das dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica (VITÓRIA, 2019), de maneira a favorecer o

equilíbrio entre as distintas participações e amplificar as trocas possíveis, enriquecendo o cuidado em saúde.

Foi possível averiguar, nas entrevistas, uma gama de contribuições da Psicologia para o matriciamento, especialmente no que tange a questões subjetivas e sociais dos usuários acompanhados. Nesse sentido, destacou-se o exercício de um olhar ampliado para o processo saúde-doença, compreendendo o sujeito de maneira integral e subjetiva, além de buscar amenizar o seu sofrimento. Esse entendimento aponta para a importância de uma escuta interessada na história singular de cada um, considerando aspectos ampliados sobre a sua vida (VITÓRIA, 2019).

Da mesma forma, também foi atribuída à psicologia a possibilidade de questionar padrões sociais e preconceitos, bem como de democratizar o conhecimento sobre saúde mental: é importante mencionar que tais afirmações já se tratam de deveres preconizados no próprio Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Quanto à primeira questão, nota-se que ela corrobora com Hirdes e Scarparo (2015), uma vez que enfatizam a contribuição da Psicologia para a diminuição de estigmas relacionados às pessoas em sofrimento psíquico, por exemplo, sua periculosidade e necessidade de institucionalização, ao acompanhá-las em seu território; já quanto à segunda, destaca-se a “despsicologização” de algumas situações, indicando a necessidade de questionar e ampliar assuntos tratados como pertencentes exclusivamente ao núcleo da Psicologia.

Com relação aos efeitos do matriciamento na rede municipal de saúde, vários desdobramentos foram citados e atribuídos, inclusive, a melhorias no próprio sistema. Os mais destacados foram: o compartilhamento, a ampliação e a integralidade do cuidado, a articulação entre os níveis de atenção e o fortalecimento dos serviços e do campo da saúde mental. Esses destaques reforçam os impactos previstos pela clínica ampliada, ao provocar a integração de diferentes profissões na proposição de ofertas de cuidado em saúde, de maneira compartilhada e compatível com as necessidades dos sujeitos

atendidos (BRASIL, 2010). Além disso, também convergem com Hir-des (2014), que apresenta estudo em que profissionais de equipes de saúde da família estimaram conseguir atender em torno de 85% e 99% dos casos de saúde mental, em razão do suporte do matriciamento.

Ademais, outras potencialidades foram mencionadas, sobressaindo-se a mudança no modo de trabalho, do biomédico ao matricial e um maior conhecimento acerca da realidade dos serviços da rede, o que favorece a organização do trabalho em equipe e a equidade do acesso da população aos serviços. Quanto ao primeiro caso, tais afirmativas apontam para a transformação da postura das profissionais em favor de práticas horizontais e dialógicas (BONFIM *et al.*, 2013), bem como para mudanças na própria gestão e formação em saúde (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012). Quanto ao segundo caso, as falas dialogam com Hir-des e Scarparo (2015), que destacam a potência do trabalho coletivo, em torno de um objetivo comum, em favor da cogestão dos casos e da construção de vínculo entre as profissionais e as usuárias; e, a partir desse vínculo, o aumento do poder de negociação, considerando as referências socio-culturais e econômicas do próprio território e o aproveitamento de recursos comunitários e intersetoriais, garantindo, enfim, o acesso equânime dos sujeitos à rede de saúde.

Com relação às dificuldades encontradas para a efetivação do matriciamento, as entrevistas apontaram como questões preponderantes: a insuficiência do tempo e da frequência de sua realização, o aumento da demanda de pessoas em sofrimento psíquico, o déficit de profissionais, a sobrecarga de trabalho, a indisponibilidade ou incompatibilidade de agendas entre profissionais, a ausência de estrutura na rede de serviços, a falta de normativas e de divulgação dos documentos sobre o matriciamento em saúde mental, a insuficiência da articulação entre profissionais e serviços da rede, bem como a falta de reconhecimento do matriciamento como algo prioritário pela gestão, o desinteresse das profissionais, a falta de capacitação e o endereçamento das demandas do matriciamento ao especialista.

Alguns desses entraves também foram encontrados em Iglesias e Avellar (2017) e dialogam com Bonfim *et al.* (2013), que relacionam os desafios estruturais e organizacionais referentes ao matriciamento com o distanciamento entre a formulação das políticas públicas e a sua implementação, demonstrando o real alcance do SUS nos municípios brasileiros. Convergindo com esses autores, as entrevistadas também apontaram a distância entre a teoria e prática do matriciamento, delimitando-a como negativa. Elemento que desponta o desvio da função da Educação Permanente como estratégia transformadora do fazer em saúde.

Nesse sentido, destaca-se a publicação, no ano de 2019, do documento “Diretrizes do Matriciamento em Saúde Mental no município de Vitória”, após 12 anos de adoção dessa política institucional na municipalidade e apontando como objetivo a sua reorganização, a partir do enfrentamento de suas fragilidades (VITÓRIA, 2019). Sendo assim, o documento considera muitos desses entraves que aparecem nas entrevistas e estabelece condições — operacionais, estruturais, relativas ao processo de trabalho e ao compromisso dos serviços com a atenção continuada e integral dos usuários —, a fim de garantir a realização dessa estratégia (VITÓRIA, 2019). No entanto, é necessário destacar o aspecto de novidade que caracteriza esse documento de Vitória, portanto, a sua contribuição ou não para o fortalecimento do matriciamento no município requer ainda um tempo para que seja observada, ainda que mudanças positivas já tenham sido associadas à sua publicação pelas entrevistadas deste estudo.

No que tange às propostas para o fortalecimento do matriciamento no município, foi possível elencar uma grande quantidade de sugestões. Dentre elas, apontaram-se a ampliação da frequência e da duração do matriciamento, bem como o aumento quantitativo das profissionais nos serviços e maior disponibilidade e flexibilidade de sua agenda, garantindo a participação de todas nos encontros previstos. Algumas dessas proposições parecem já reconhecidas nas diretrizes de Vitória, as quais orientam: a importância da pactuação entre as

agendas profissionais, de maneira a garantir a regularidade e a continuidade das ações matriciais e o fortalecimento das relações entre as equipes; a necessária implicação e participação das diferentes profissionais nas várias ações do matriciamento, sem, no entanto, estarem todas juntas ao mesmo tempo nas mesmas intervenções; e a relevância da composição das equipes de forma que possam atender atividades internas aos serviços, mas também externas relacionadas ao matriciamento (VITÓRIA, 2019).

Outra proposta mencionada foi a implicação da gestão no diálogo com as profissionais, o que também parece ter sido reconhecido nas recentes diretrizes, as quais reforçam a importância do suporte nos diferentes níveis de gestão para a efetivação do matriciamento, bem como da avaliação coletiva continuada das ações em todos os serviços (VITÓRIA, 2019). Nesse sentido, cabe a reflexão de Iglesias e Avellar (2017) sobre a necessária abertura para o diálogo entre as envolvidas no matriciamento, a fim de dissolver obstáculos “entre especialistas e generalistas, [...] clínica e gestão, [...] quem formula e quem executa” (IGLESIAS; AVELLAR, 2017, p. 65), garantindo, assim, a sua efetiva realização. Além disso, foram sugeridas atividades envolvendo Educação Permanente, capacitação e eventos, a fim de ampliar a divulgação de informações sobre o matriciamento e promover a articulação das profissionais da rede. Ações, na mesma direção, seguem as diretrizes do município indicando a Educação Permanente para apropriação da lógica matricial pelas equipes e o estudo de temas durante os seus encontros (VITÓRIA, 2019). A realização dessas atividades contribui para qualificação das profissionais e de suas relações: segundo Ballarin, Blanes e Ferigato (2012), o matriciamento oportuniza habilidades profissionais mediante o intercâmbio de conhecimentos e práticas entre os pares, as equipes, os usuários e seus familiares, configurando-se, assim, como espaço de ensino-aprendizagem.

Dentre os desafios da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial, Kinker, Bertuol e Moreira (2018)

consideram que as produções de novos paradigmas estão sempre em mutação e, por esse motivo, são importantes para se lidar com as intempéries e riquezas da vida humana e, com isso, aumentar a potência de agir, a partir de mudanças em todos os atores na cena do cuidado: usuários dos serviços, profissionais de saúde mental e atores dos territórios existenciais.

Ofertas de suporte técnico-pedagógico e de supervisão também foram mencionadas: consideraram-se, no primeiro caso, questões institucionais, fluxos e conflitos entre as equipes e, no segundo caso, um olhar clínico sobre os casos, com destaque para a impossibilidade do compartilhamento de certas informações em espaços não matriciais. Tais sugestões constam em referenciais teóricos sobre o matriciamento (CUNHA; CAMPOS, 2011; BRASIL, 2003), o que parece demonstrar que, na prática, alguns conceitos não são compreendidos, consensuais ou, mesmo, realizados; nesse sentido, afirma-se a defasagem apontada entre a teoria e a prática,

Ademais, também foi sugerida a oferta de cuidado às profissionais da Psicologia, a fim de prover uma forma de lidar com a angústia do trabalho em saúde mental. Essa demanda aponta para influência que as relações interpessoais e o próprio trabalho exercem no bem-estar ou no adoecimento das profissionais. Nesse sentido, Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) destacam uma possível sobrecarga de trabalho dessas profissionais, quando ocorre a implementação de novos arranjos organizacionais. Iglesias e Avellar (2014) também trazem contribuições, nesse sentido, e indicam a diminuição do estresse em algumas equipes envolvidas no matriciamento, devido à responsabilização compartilhada do cuidado de casos mais complexos junto às demais equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O matriciamento que vem sendo efetivado a nível municipal é percebido pelas profissionais participantes desta pesquisa como espaços

de diálogo e trocas favoráveis à ampliação da clínica, corresponsabilização, equidade de acesso da população ao SUS e integralidade do cuidado ao usuário, articulação entre equipes e serviços, democratização de decisões, saúde das(os) profissionais e fortalecimento da rede assistencial em saúde. Todavia, foram citadas práticas hierarquizadas, burocratizadas e focadas na figura do especialista, o que aponta para a existência de lógicas distintas de trabalho e de cuidado.

Além do mais, nota-se que tais concepções, que identificam potencialidades e projetam propostas, ainda permanecem um tanto limitadas quanto às possibilidades de atuação descritas em documentos sobre o matriciamento e um dos possíveis motivos recai sobre a carência de orientação, formação e articulação institucional sobre a temática. Nesse sentido, vale ainda destacar muitos desafios estruturais, organizacionais e relacionais, indicando a necessidade de esforços e investimentos para que seja possível aproximar a prática da teoria e ampliar o cuidado em saúde na rede municipal.

As associações feitas pelas participantes da potencialidade do matriciamento à formação profissional, às experiências anteriores das trabalhadoras com a temática em questão e às relações existentes no interior de uma mesma equipe, para além da relação entre equipes, indicam as frentes de trabalho que necessitam de investimentos, a partir de estratégias, inclusive, já existentes no SUS, como a Educação Permanente em Saúde e o próprio matriciamento. Nesse último caso, trata-se de um processo recursivo que no mesmo movimento em que o matriciamento se fortalece, a partir do investimento na produção de relações mais horizontalizadas entre trabalhadores e na formação desses profissionais, o matriciamento pode contribuir para esse processo formativo e para mudanças das relações na direção da transversalidade, na medida em que opera encontros qualificados entre os diversos atores sociais possíveis.

Nesse caminho, faz-se importante destacar dentro da discussão do matriciamento a utilização daqueles outros recursos já apontados nos documentos oficiais sobre o assunto, para além de discussão de

caso, como os atendimentos compartilhados e os PTS, por exemplo; sob o risco do matriciamento ser limitado, a partir da ideia de que se trata de um sinônimo para discussão ou supervisão de caso. O matriciamento requer, para além do *pensar juntos estratégias de cuidado* (E5), o compartilhar e cuidar propriamente de forma mais compartilhada, mas, para isso, faz-se necessário um outro tempo, diferente da perspectiva taylorista, aparentemente presente nesse sistema, quando o tempo e a frequência dos encontros matriciais são restritos, resultando em *discussão rasa* (E3), *focada em resultados e com aspecto de secretariado* (E3), *em detrimento de uma visão mais clínica* (E3) e política das situações que comparecem nos territórios.

Dito isso, a Psicologia pode contribuir, para além do que apontado em outros estudos citados neste texto, na problematização da relação entre normal e patológico, dos padrões comportamentais desejados pela sociedade, dos pensamentos e preconceitos entre os próprios profissionais, da psicologização dos problemas sociais; além de atuar na democratização do conhecimento em relação aos transtornos e às estratégias de cuidado, para que, assim, os profissionais das mais diversas categorias possam trabalhar, a partir de um olhar ampliado e integral para o sujeito em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

BALLARIN, M. L. G. S.; BLANES, L. de S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 767-778, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229 p.

BASTOS, L. H. de C. V.; ROMANHOLI, A. C. Saúde Mental na cidade de vitória: a rede tensionada. *In*: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. **SaudeLoucura**: experiências da reforma psiquiátrica. Número 9. São paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 193-201.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, p. 20-28, 2002.

BONFIM, I. G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2010.

CAMPOS, G. W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. *In*: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2002.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciencia e Saúde Coletiva**., v. 10, n. 04, p. 975-86, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2014.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 19, n. 9, p. 3791-3798, 2014.

IGLESIAS, A. **O Matriciamento em Saúde Mental Sob Vários Olhares**. (Texto de tese não publicado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 364-379, 2016.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. **Saúde Mental [online]**, v. 11, n. 20, p. 63-90, 2017.

KINKER, F. S.; BERTUOL, C.; MOREIRA, M. I. B. O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção

Psicossocial. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, 2018.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G. N. de. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. *In*: CAMPOS, G. W. de S.; GUERRERO, A. V. P. (org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. 2000. 417 p.

SPINK M. J. P. (org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes do Matriciamento em Saúde Mental no município de Vitória**. Vitória, 2019. Disponível em: https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/diretrizes_do_matriciamento.pdf.

Capítulo 6

*A dimensão afetiva
do cuidar na Utin:
representações sociais
maternas sobre
profissionais de saúde*

*Marcela Meira Costa
Sibelle Maria Martins de Barros
Maria de Fátima de Souza Santos*

A gestação de um bebê gera expectativas por parte de toda a família, ancoradas na ideia da chegada de um bebê saudável (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014). Trata-se de um momento de transformações familiares que envolvem a aquisição de novos papéis e responsabilidades,

como também certa apreensão de que algum acontecimento possa afetar o curso daquilo que foi, *a priori*, esperado (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Contudo, os receios relacionados ao processo gestacional e à chegada do bebê não suplantam as expectativas de um desfecho feliz: ir para casa com um bebê saudável. Quando ocorre o nascimento e a hospitalização de um bebê prematuro, as famílias são impactadas psicologicamente e surgem sentimentos como medo da morte, angústia, impotência e culpa, embora a esperança, fé e alegria também se façam presentes (SILVA *et al.*, 2016).

O processo de enfrentamento por parte dos pais envolve a aceitação do recém-nascido prematuro, a adaptação à rotina hospitalar e depende, dentre outros fatores, do apoio disponibilizado pelos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), por meio do vínculo construído no cotidiano hospitalar. Destaca-se a comunicação entre a equipe e os pais como um instrumento fundamental para o estabelecimento dessas relações e para a troca e construção de conhecimentos sobre o recém-nascido, os cuidados e a Utin. Tendo em vista a importância da relação entre profissionais e pais, sobretudo as mães, por serem as principais acompanhantes dos recém-nascidos, e partindo da ideia de que as representações sociais elaboradas por cada grupo, a respeito do outro, interferem nas interações sociais, busca-se relatar, neste capítulo, um estudo qualitativo cujo objetivo foi apreender as representações sociais sobre profissionais de saúde da Utin elaboradas pelas mães de recém-nascidos prematuros internados em uma Utin de um hospital público do interior da Paraíba. Ele representa um recorte de uma pesquisa mais ampla, que envolveu mães e profissionais de saúde de uma Utin, com o intuito de investigar o relacionamento entre profissionais e mães, a partir da perspectiva da Teoria das Representações Sociais (TRS).

O cenário da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: instrumentos, técnicas, regras e relações

Embora a principal função da Utin seja zelar pelo bem-estar geral do neonato, ela se configura como um ambiente marcado por muito barulho, iluminação intensa, oscilação de temperatura e necessidades constantes de procedimentos que muitas vezes geram desconforto e dor aos neonatos (LINS *et al.*, 2013) e, conseqüentemente, sofrimento aos pais. A Utin também é permeada por uma linguagem técnica característica dos profissionais de saúde, com uma organização dinâmica e lógica, que, muitas vezes, assusta pessoas leigas num primeiro contato (ROLIM *et al.*, 2017; LIMA; SMEHA, 2019). Os recém-nascidos quase sempre estão dentro de incubadoras, ligados a muitos fios de monitoramento, com acesso venoso, sonda, respiradores e outros tantos aparelhos que impactam as mães e interferem na qualidade do toque afetivo (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010; SANTOS *et al.*, 2017). À medida que o estado de saúde da criança hospitalizada se agrava, a tendência é que esta seja exposta a situações cada vez mais invasivas. A Utin também pode ser considerada um ambiente estressor tendo em vista suas várias regras e regulamentos impositivos (WILLIAMS *et al.*, 2018). Além disso, uma vez que a interposição da tecnologia e do saber médico se sobressaem aos cuidados maternos, também se instaura um sentimento de destituição da tarefa materna de cuidar do filho (FERRARI; DONELLI, 2010). Dessa forma, alguns pais podem se sentir preteridos da função de cuidadores, uma vez que compreendem que o cuidado é função da equipe de saúde. Supõe-se que, nesse caso, a forma como se constrói a relação entre a família e a equipe de assistência de uma Utin vai determinar, em grande medida, os sentimentos dos pais em relação à experiência, assim como provocará influência na relação que será estabelecida entre os pais e o recém-nascido (RN) internado no serviço (GIRARDON-PERLINI *et al.*, 2012).

A equipe pode facilitar o enfrentamento e o vínculo entre mães e bebês ou pode dificultar a interação entre mãe e recém-nascido ao invalidar os cuidados maternos por acreditar que são inadequados. Não poder exercer a maternagem e não ter habilidades para executar os cuidados necessários na Utin reforça a condição de fragilidade materna (CARVALHO; PEREIRA, 2017; SANTOS *et al.*, 2017). Em contrapartida, quando os profissionais conseguem incluir as mães no processo de cuidado dos bebês, eles podem contribuir em grande medida para que a vivência materna seja positiva e prazerosa, além de auxiliarem no processo de validação da função materna. Ao adotarem uma perspectiva colaborativa, os profissionais oferecem aos familiares a oportunidade da coparticipação na tomada de decisões no que concerne ao processo de saúde e doença dos bebês internados, construindo uma aliança terapêutica, na qual são consideradas as expectativas de cada um dos atores (APOSTOLIDIS *et al.*, 2020).

Santos, Faria e Vicente (2007) ressaltam a importância da escuta atenta e da comunicação terapêutica como ferramentas valiosas para que os profissionais consigam viabilizar, por meio da sensibilidade ao outro, o amparo e o fortalecimento necessários ao cuidado efetivo da família no contexto da Utin. Contudo, a partir de pesquisa realizada com mães de bebês prematuros, os autores identificaram algumas fragilidades na relação entre profissionais e mães, como a dificuldade por parte da equipe em lidar com determinados sentimentos maternos, principalmente rejeição, revolta e culpa. As mães, por sua vez, clamavam por mais atenção frente a posturas distantes de alguns profissionais.

As dificuldades relacionais no âmbito da Utin parecem ser mais uma expressão de relações distantes, hierárquicas, violentas ou “não humanizadas” nos serviços de saúde, tema abordado por diferentes disciplinas relacionadas ao campo da saúde, a partir de diferentes perspectivas teóricas. A pesquisa a ser relatada, neste capítulo, enquadra-se no rol de estudos que versam sobre as relações entre equipe e usuários do SUS. Tendo como aporte teórico a Teoria das

Representações Sociais, pretendeu-se investigar como as representações sociais atuam nos relacionamentos entre equipe e mães, especificamente como as representações sociais maternas sobre os profissionais de Utin interferem no relacionamento entre mães e equipe de saúde.

Escolhendo uma perspectiva psicossocial: a Teoria das Representações sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS), inaugurada por Serge Moscovici, em sua obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público” (2012), possibilita a análise de fenômenos a partir de uma perspectiva que integra as dimensões individuais, sociais e culturais, bem como permite resgatar a visão dos sujeitos enquanto atores ativos na construção de sua realidade social. As representações sociais são comumente compreendidas como teorias do senso comum, a respeito de objetos sociais importantes, que necessitam ser compreendidos e enfrentados pelo grupo, “a fim de constituir e controlar seu próprio mundo” (MOSCOVICI, 2012, p. 95). A construção dessas teorias envolve valores, percepções, opiniões, ideias e práticas dos sujeitos, ou seja, um conjunto de significados capazes de facilitar uma comunicação contextualizada, a partir de códigos que nomeiam e classificam o mundo material e social (DO BÚ; ALEXANDRE; COUTINHO, 2017). Enquanto fenômeno, elas são entendidas como moduladoras do pensamento e permitem aos indivíduos se situar no mundo, dominando-o a partir da construção de novos conhecimentos (ALMEIDA, 2005). Por meio do compartilhamento de teorias do senso comum sobre determinados objetos, os sujeitos garantem a comunicação entre si, que por sua vez propiciará diretrizes para suas condutas (SANTOS, 2005).

No campo da saúde, pesquisas embasadas na TRS têm se interessado pela análise tanto da constituição de um conhecimento do senso comum sobre saúde e doença, quanto da constituição de um

saber que orienta as práticas profissionais, embasado também em representações sociais (OLIVEIRA; GIANASI, 2019). Contudo, no contexto da Utin, a discussão sobre o relacionamento entre equipe e família, a partir da TRS, ainda é incipiente, revelando a necessidade de aprofundarmos as pesquisas sobre a dinâmica relacional, a partir das representações sociais.

O PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa contou com a participação de seis mães de bebês prematuros internados em uma Utin de um hospital no interior da Paraíba. Como a instituição é referência para vários municípios, todas as mães residiam em cidades circunvizinhas e possuíam renda de, no máximo, um salário-mínimo. Cinco participantes tinham idade entre 19 e 25 anos, e uma participante tinha 39 anos. Todas eram casadas ou mantinham união estável. No que diz respeito à religião, quatro delas eram católicas e duas evangélicas. Em relação às consultas de pré-natal, três mães afirmaram ter realizado todas as consultas de pré-natal; duas afirmaram ter iniciado o pré-natal com atraso e uma alegou não ter feito pré-natal, porque só descobriu que estava grávida próximo ao período de nascimento da criança. Os recém-nascidos, por sua vez, apresentaram diagnóstico de prematuridade, associados ou não a outros diagnósticos, como: pneumoperitônio — presença de ar na cavidade abdominal, nanismo, insuficiência pulmonar e perfuração no estômago. Tais diagnósticos sinalizaram para quadros clínicos que caracterizaram a maioria dos bebês como sendo de alto risco. Em relação ao tempo de internação, quatro bebês estavam internados há menos de um mês, um bebê internado há sete meses e outro, há um ano e cinco dias.

Para apreensão dos dados, foram realizadas entrevistas individuais, a partir de um roteiro semiestruturado, nas dependências da própria instituição hospitalar. Todas as entrevistas foram gravadas mediante consentimento das mães para a participação na pesquisa e

para a gravação de voz. Optou-se por identificar as entrevistas pela letra E, seguidas do algarismo arábico correspondente à sequência em que ocorreram, no intuito de resguardar o anonimato das mães. Para organização e análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (1994). Nessa perspectiva, os relatos foram separados, formando unidades de registro ou unidades de significado, considerando os temas em questão. Posteriormente, tais unidades foram codificadas e, uma vez agrupadas, permitiram a construção de três categorias temáticas: “perdendo o chão: a experiência de ter um filho na Utin; o terreno arenoso: o ambiente da Utin e reconstruindo o chão em terreno arenoso: a equipe de profissionais da Utin”. As categorias se relacionam não apenas às representações sociais elaboradas pelas mães, mas também ao contexto e à experiência em que elas são produzidas e compartilhadas.

Cabe informar que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, registrado com o número CAAE 19869619.7.0000.5187.

Perdendo o chão: a experiência de ter um filho na Utin

A comunicação do diagnóstico de prematuridade e da internação do recém-nascido dá início à experiência a ser enfrentada pelas mães, gerando reações como choque, medo da morte e tristeza:

Dra. X me contou do jeito dela, mas me chocou: ‘Ah, minha filha, vá pra casa, essas crianças não dura muito tempo, chegam aqui e num instante morrem’. Ave Maria, eu ficava sem chão, né? Chorava, chorava, aí depois ela vinha, me dava um abraço, aí ela disse: “Mas é verdade, minha filha, eu só tô falando a verdade” (E2, 39 anos).

As entrevistas também denunciavam a percepção materna sobre a falta de acolhimento por parte dos profissionais na comunicação diagnóstica:

Eu acho assim, que principalmente quando fosse dar uma notícia tão... uma notícia não tão boa, não dissesse pra pessoa sozinha porque... principalmente para uma pessoa que tem pressão alta, receber uma notícia dessas, assim... o emocional vai à mil. [...] Eles poderiam sentar, conversar direito e não chegar e dar uma resposta direta: 'Vai ser isso agora e pronto'. Chegasse e conversasse direitinho, explicasse direito, por mais que seja uma notícia ruim, mas tivesse um jeitinho de falar né? Porque não é fácil receber uma notícia pesada... de uma vez só. Tipo um choque pra pessoa. Muito, muito ruim mesmo. (E1, 21 anos);

Pesquisadora: Quem te recebeu lá? Entrevistada: Ninguém. Eu entrei, aí eu fui falar com a médica que tava com X (recém-nascido prematuro). Afe Maria, que grosseria. Eu disse: 'Dra. como é que ela tá? Tá perto de ter alta? Ela tá bem?' Ela disse: 'Você acha que ela tá bem do jeito que tá?' Desse jeito comigo... (E2, 39 anos).

A falta de diálogo e acolhimento foi apontada nas entrevistas, reforçando a necessidade dos profissionais serem habilitados a comunicar notícias ruins:

Eu acho que se elas tivessem um diálogo melhor, se elas se comunicassem melhor, atendessem melhor às mães. Assim, como uma técnica ou uma enfermeira ou uma médica, elas deviam trabalhar mais o psicológico delas, pra quando uma mãe chegasse abalada, né? Assim... elas poder ajudar (E5, 24 anos).

Em que pese às queixas sobre a comunicação do diagnóstico, a confiança no profissional contribuiu para o enfrentamento da situação, como relatado por uma participante: *"Eu fiquei abalada realmente, a gente fica abalado, mas aí eu me senti confortável porque eu estava lá e ele estava vendo (o médico)"* (E6, 25 anos).

O impacto causado pela notícia relaciona-se à ideia de que a UTI representa um local em que os pacientes estão em estado grave,

à beira da morte, fazendo emergir o sentimento intenso de medo da morte iminente de seus bebês: “[...] porque quando vai pra o UTI não é só problema respiratório, ali é o estado grave. A UTI é o estado grave” (E6, 25 anos).

O estado grave de saúde associa-se à ideia de instabilidade e imprevisibilidade da condição de saúde dos bebês prematuros, dificultando a experiência materna. As mães tinham consciência de que, a qualquer momento, o estado de saúde de seus filhos poderia se agravar: “Mas a gente pensa: ‘Prematuro é uma caixinha de surpresa’. A gente não sabe o dia de amanhã, a gente tá aqui sabendo que eles tão lá, mas que a qualquer momento pode acontecer alguma coisa” (E4, 19 anos).

Entretanto, com o passar dos dias, as mães foram construindo um saber próprio sobre os seus bebês e sobre os procedimentos técnicos realizados: “Toda vez que eu ia dar o leite de X, eu sempre derramava a metade, porque eu sabia que ele não tinha capacidade de caber ali, aquele leite todinho na barriga dela” (E2, 39 anos). Esse aprendizado adquirido na Utin orientava posturas maternas para com a equipe:

Aí eu reclamei e falei pra outra também, e disse: ‘Oh, limpa a boquinha direitinho que ele é um bebê novinho demais, a boca dele tá ressecada. Eu não sou da área da saúde, mas eu sei como é que se trata um bebê’. Aí ela falou: ‘Como, por quê?’. Aí eu disse: ‘Não, porque a outra tava passando a gaze com sabonete líquido na boca dele’ (E5, 24 anos).

Os dados indicam que a notícia da internação do recém-nascido em uma UTI provoca medo, ansiedade, impotência e dor pela separação do filho e, principalmente, pela correlação imediata que se faz entre UTI e morte (MOLINA *et al.*, 2009). O nascimento de um filho prematuro, portanto, acarreta a sensação de “perder o chão”, na medida em que os sonhos e expectativas de felicidade cedem lugar a uma vivência de angústia e medo (OLIVEIRA *et al.*, 2013). O sofrimento é agravado quando os profissionais de saúde não acolhem as mães e centram a assistência no

recém-nascido prematuro. Constatamos que, apesar dos esforços institucionais para que a assistência humanizada se concretize, haja vista as políticas sobre humanização e presença de apoiadores institucionais em várias maternidades do país (ANDRADE *et al.*, 2014), a assistência humanizada ainda caracteriza-se como um desafio. Além do sofrimento pela ausência de empatia do profissional, a percepção da falta de acolhimento, nesse primeiro contato com os profissionais, pode gerar sérios prejuízos à relação terapêutica entre profissionais e familiares, contribuindo para uma visão negativa deles (CABEÇA; SOUSA, 2017).

As mães vivem em constante tensão, dia após dia, sem terem certeza de que no dia seguinte verão seus filhos vivos novamente. Elas sentem-se desorientadas não apenas em relação ao diagnóstico, mas também pelo nível de gravidade da condição de saúde e das possíveis complicações do quadro clínico de seus filhos. Nesse contexto, elas sentem-se sem controle sobre a situação estressora e sem poder realizar seu papel como esperavam (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014). Uma forma de enfrentar a situação é compreender aquela realidade para exercer o cuidado da forma que é possível. Entra em cena, portanto, o saber prático ou saber experiencial (JODELET, 2015) que é construído por meio da experiência da mãe no ambiente da Utin e nas trocas cotidianas com as outras mães ali presentes. As mães, com o passar do tempo, começam a apreender a cultura da Utin e reproduzir terminologias científicas e até alguns procedimentos executados pela equipe. Contudo, a presença dos pais dentro da Utin pode provocar alterações nas relações estabelecidas no ambiente hospitalar, uma vez que a equipe, muitas vezes, começa a enxergar esses pais como mais exigentes e questionadores, gerando incômodo entre os profissionais (ROLIM *et al.*, 2017).

O terreno arenoso: o ambiente da Utin

As entrevistas indicaram que as mães possuíam uma percepção negativa do ambiente da Utin, principalmente por associarem esse setor à morte, o que, conseqüentemente, faz emergir intenso medo

e ansiedade. Além disso, a conduta profissional considerada inadequada, a dor por ver o sofrimento dos filhos mediante procedimentos realizados e por ver o sofrimento de outras mães, frente à morte de seus filhos, tornam o contexto ainda mais adverso:

Eu já vi tanta mãe entrar ali dentro confiante e sair tão triste e às vezes até eu me abalava. Até ontem mesmo, né? Quando ontem de noite eu fui ver o meu, ele estava bem, respirando bem. Quando foi dez horas, outro bebê que estava ao lado dele faleceu. Aí, quer dizer, a gente se abala, né? (E6, 25 anos).

Em contrapartida, em alguns relatos maternos, foram ressaltados aspectos positivos, que retratam a Utin como um lugar necessário ao restabelecimento da saúde dos bebês e digno de confiança na melhora destes:

Eu sei que minha bebê tá ali pro bem dela, né isso? Ela tá ali pro bem dela, pra ela se recuperar logo, pra gente poder, né? Eu ter a honra de criar ela, de poder levar ela pra casa, mas essa palavra é um pouco... né? Mexe muito com a gente (E4, 19 anos).

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à internação prolongada dos recém-nascidos, aspecto que contribui para a sobrecarga materna e ruptura do cotidiano dessas mulheres, haja vista que a mãe se coloca em uma posição de presença constante, exclusiva e necessária na Utin, assumindo múltiplas funções simultaneamente:

É... como se a gente tivesse se prendido naquilo, então, tudo, tudo fica difícil pra gente resolver. Tem muita coisa que eu fiquei, deixei pra resolver, assim, dentista, outras coisa de saúde minha, não pude... [...] A gente fica naquele negócio parado... que... como assim, não eu não posso ir, tem uma coisa mais urgente pra resolver, mas... que precisa de mais atenção que no caso é x, né? (E2, 39 anos).

O sentimento de culpa, ao se ausentar do ambiente da Utin para cuidar de outros filhos, também foi identificado nos relatos: *“Embora eu não posso fazer tanto por ela, né? Mas a gente fica, no pensamento; às vezes eu tava em casa, eu dizia: ‘Meu Deus a minha bichinha ficou lá abandonada, abandonei minha filha... minha filha não tá comendo”* (E2, 39 anos).

Os relatos permitem fazer algumas considerações sobre o contexto da Utin. A morte de outro bebê faz as mães se compadecerem de tal situação e reforça, por sua vez, o medo da morte de seus filhos que estão em graves condições de saúde, fortalecendo possíveis representações sociais da Utin objetivadas na morte. A dor emerge pela morte do bebê de outra mãe, fomentando o medo da morte do seu bebê, como também pelo sofrimento da mãe enlutada. Isso posto, deve-se ter em mente que, de um lado, se o convívio com outros pais de bebês prematuros possibilita o compartilhamento de sentimentos entre os pais, por outro lado, pode potencializar seu sofrimento frente ao sofrimento do outro (SANTOS *et al.*, 2020). Outro aspecto a ser considerado diz respeito à culpa materna que pode se expressar de diferentes formas e por diferentes motivos; tais como: por não conseguir amar seu filho prematuro como esperava, por não conseguir estar do lado dele integralmente ou, mesmo, por não querer estar no ambiente hospitalar, etc. O sentimento de culpa pode ser proveniente do sentimento de impotência diante da situação, como também das ideias socialmente compartilhadas sobre o que é ser uma boa mãe.

Pressupõe-se que as representações sociais de maternidade, configuradas em torno de ideias como abnegação e amor incondicional, mediam a experiência dessas mães, orientando posturas e prescrevendo comportamentos. Tais representações, à medida que englobam a crença de que, por ser mãe, a mulher precisa estar integralmente presente na Utin, contribuem para o surgimento da culpa materna, quando a mulher rompe as prescrições normativas da maternidade (SANTOS; NOVELINO; NASCIMENTO, 2001). De um lado, ela deve dedicar-se integralmente ao filho que está na Utin, entretanto,

se ela tem outros filhos, há a expectativa social de que sua dedicação a eles também faça parte do que se espera de uma boa mãe. Por consequência, são frequentes os sentimentos de impotência, irresponsabilidade e negligência, por alimentarem a ideia de terem abandonado os demais filhos saudáveis para cuidar integralmente do bebê doente no hospital (SILVA *et al.*, 2016; CARVALHO; PEREIRA, 2017).

A despeito dos vários fatores desafiadores do contexto, a referência a aspectos positivos da Utin pode indicar a adoção da reestruturação cognitiva, estratégia de enfrentamento que, por sua vez, impulsiona mudanças na representação social de Utin organizada em torno da ideia de morte (BARROS, 2007). A mudança nas crenças (que fazem parte das representações sociais), no sentido de incluir crenças facilitadoras, promove uma perspectiva positiva de esperança, contribuindo para o crescimento humano frente à adversidade ou, em outras palavras, para a resiliência (WALSH, 2016).

Por fim, pode-se dizer que a Utin configura-se como um espaço no qual as mães tentam se adaptar e encarar o sofrimento e a morte, muitas vezes longe de seus familiares, por morarem em cidades vizinhas. Estar em um ambiente desconhecido e aversivo, sem poder contar com sua rede de apoio habitual, torna o processo de enfrentamento mais difícil para elas, gerando reações e sentimentos, como o medo da morte, culpa e angústia, que expressam o impacto psicológico da experiência. Contudo, ressalta-se a importância da identificação de fatores protetivos, como estratégias de enfrentamento que reforcem processos de resiliência.

Reconstruindo o chão em terreno arenoso: a equipe de profissionais da Utin

Em vários trechos das entrevistas, foi possível notar como as mães percebiam algumas posturas dos profissionais como sendo hostis e que instauravam medo e orientavam um comportamento de modo a evitar aqueles que deveriam acolhê-las. Nesse sentido, ao discorrerem

sobre os profissionais, de uma forma geral, vários aspectos foram elencados pelas mães, como posturas hostis, omissão, negligência, falta de higiene nos cuidados dispensados aos bebês, pouca confiança e comunicação inadequada: “[...] *Se a pessoa fala, leva uma coisada*” (E1, 21 anos).

Contudo, as principais insatisfações estavam relacionadas especialmente à conduta de alguns profissionais médicos e da equipe de enfermagem, principalmente no que tange à negligência e à falta de delicadeza:

Se a criança tá chorando, vá lá ver a fralda, entendeu? Porque é muito chato. Às vezes a gente não pode nem entrar, mas tem criança chorando, então é alguma coisa que ele tá sentindo; uma fralda, uma dor. Tá lá, a fralda tá lá cheia de xixi, cheia de cocô... A profissional não vai (E6, 25 anos);
[...] Tem uma que eu num consigo nem olhar... uma médica. “Af, Deus me livre” Ela não sabe dar notícia nenhuma pra uma mãe. As médicas podiam ser mais humanas... Ela chega e diz: “Olhe mãe, seu bebê vai morrer”, como se ela soubesse que vai morrer hoje e pronto. Ela não teve compaixão de dizer: “Seu bebê é isso, é aquilo, vai acontecer”. A gente sabe que é prematuro e pode acontecer, mas chegar e dizer: “Vai morrer!” (E1, 21 anos).

Interessante ressaltar que, embora a equipe seja composta por mais profissionais, a equipe de enfermagem e as médicas foram as categorias mais destacadas nos relatos das mães, demonstrando que a representação social dos profissionais da Utin é objetivada nessas duas categorias profissionais. As mães, portanto, quando contam suas experiências relacionadas à equipe, focalizam tais profissionais de saúde.

Diante da percepção de negligência, as mães relatam a falta de confiança em alguns profissionais e a preocupação que surge com os bebês, quando estão ausentes:

Enquanto eu tiver ali, elas não estão nem aí. Eu venho, olho, olho, olho. Às vezes elas olham e ficam assim, meio que lerdando, mexe só lá, escreve e não faz nada. Num faz nada. Acho que para melhorar a questão disso aí, elas deveriam ser mais atenciosas em questão disso, de prestar atenção sempre nos monitores, porque o bebê, por conta que eles se mexem muito, e como eles são muito pequenininho demais, o equipamento sempre vai sair. Elas trabalhando aqui à noite eu não sei se elas ficam aqui dormindo, se elas mexem muito no celular sentadinha, porque eu observei e não vi, que não tem câmeras aqui dentro. Eu imagino que elas ficam aí, sentada, conversando, batendo um papo (risos) e acho que elas, de vez em quando, é que vão dar uma olhadinha pra ver como é que tá a situação, ou ficam observando os monitores à noite (E3, 22 anos).

Os relatos apontam insegurança e medo de que algo ruim possa vir a acontecer com os bebês por falta de assistência da equipe. Tais interpretações baseiam-se em expectativas a respeito das práticas da equipe oriundas da representação social das mães sobre os profissionais de saúde de Utin. Espera-se que o cuidado dispensado ao bebê seja um cuidado constante e com afeto, como se o recém-nascido fosse alguém da própria família dos profissionais: *“Às vezes nem de noite eu durmo, porque eu não sei como é que tá lá, como é que... né? Aí eu fico pensando: Meu Deus, será que essas enfermeiras tão trabalhando de coração, de noite, essas horas?”* (E4, 19 anos); *“Até o momento tem enfermeiros, tem pediatra que acompanham meu filho até bem, mas principalmente, enfermeiras, técnicos, realmente precisam ter mais atenção com as crianças”* (E6, 25 anos).

Algumas mães, por outro lado, ressaltam aspectos positivos da equipe, ao avaliarem positivamente alguns profissionais. *“[...] um amor de pessoa, chega, conversa, explica, a médica que tava lá hoje. Olhe, nunca vi uma médica tão atenciosa que nem aquela”* (E4, 19 anos).

Quando o meu bebê foi pra o centro cirúrgico eu não sabia. Eu cheguei aqui e ele já tava saindo. Só teve uma que me confortou, que falou que ia dar tudo certo, as outras num chegavam nem perto, agora teve uma que foi bem gentil, que me abraçou, que falou que ia ficar tudo bem. E isso é bom, entendeu? (E5, 24 anos).

Nessa perspectiva, algumas mães tecem elogios aos profissionais, comparando os cuidados desses com os cuidados de uma mãe. Também afirmam que alguns profissionais são emocionalmente envolvidos com suas profissões e que isso faz diferença no contexto da Utin, para que os laços de confiança possam ser estabelecidos. A segurança no profissional, portanto, está condicionada à dimensão afetiva do cuidado:

Ah, meu filho ali é criado como se fosse um filho deles. Tem umas enfermeiras que pra mim é mesmo que uma mãe. Eu vou pra casa e vou tranquila porque lá eles, ele é bem tratado. [...] eu sempre fico segura quando meu filho tá com essa pessoa que tá com ele hoje, porque ela... a gente sente o amor que ela sente por eles. Quando eu vejo uma pessoa tratando bem meu filho isso, para mim é tudo (E1, 21 anos).

Seguindo essa lógica, outras mães relatam: *“Assim, eu queria que todos trabalhassem, todos iguais, assim, com amor. Porque pra trabalhar com crianças, trabalhar sem amor é mesmo que nada, principalmente com um bebê que precisa de bastante cuidado”* (E1, 21 anos); *“[...] então se você tá na área de... de cuidar de criança, você é pra tá cuidando da criança cuidadosamente, não de qualquer jeito, entendeu?”* (E6, 25 anos).

Ao avaliarem as práticas profissionais, as entrevistadas recorrem ao cuidado materno como modelo de referência, sobretudo no que diz respeito à dimensão afetiva do cuidar, revelando o processo de ancoragem em jogo na representação social sobre a equipe de saúde. A partir desse modelo de conhecimento prévio — o cuidar materno

—, as práticas dos profissionais são interpretadas e avaliadas. Aqueles que se aproximam do modo de cuidar materno são considerados bons e mais humanos.

O desamparo relatado pelas mães, a percepção de negligência e os elogios tecidos aos profissionais nos possibilitam inferir alguns aspectos da representação social dos profissionais de saúde de Utin, que atuam como crivo na interpretação da realidade por elas vivenciadas. De acordo com o esquema representacional, os profissionais de Utin são acolhedores; dialogam e explicam cuidadosamente a condição clínica dos recém-nascidos para as mães; estão em alerta constante e trabalham, sobretudo, por amor às crianças. Nesse sentido, espera-se a construção de um forte vínculo afetivo entre eles e os bebês prematuros. Todavia, a vivência cotidiana das mães revela, muitas vezes, outra realidade: profissionais que, por diversos motivos, não realizam uma assistência humanizada que possa amenizar o sofrimento materno; não orientam as famílias sobre o ambiente e o trabalho na Utin e não possibilitam a maternagem nesse espaço, de forma a auxiliar o enfrentamento da experiência dolorosa de ter um filho prematuro.

Para se atingir uma prática humanizada, é imprescindível, como aponta Andrade *et al.* (2014), repensar a prática clínica hegemônica, ainda arraigada na ideia de reducionismo dos usuários dos serviços à condição de objetos. Faz-se necessário superar o modelo curativo centrado no hospital e no componente orgânico do processo saúde-doença e enfrentar o desafio de produzir uma cultura institucional verdadeiramente pública e mais solidária. Trata-se de reconhecer que a relação estabelecida no encontro de cuidado é mediada por um espaço intersubjetivo que permite a comunicação e conduz a interação entre as pessoas. Esse encontro implica em construção de conhecimento, a partir de um sistema de diferenças e em um compromisso entre os sujeitos para entender tais diferenças. Há de se reconhecer também que os saberes, os afetos e as paixões imbricam-se permeando a relação de cuidado e por mais técnico que pareça o cuidado, na sua

versão de intervenção em saúde, a relação entre ambos (o profissional e quem é cuidado) evidencia os esforços internos de cada participante para salvaguardarem a sua condição de sujeito, reafirmando suas subjetividades, em uma tentativa de manter as suas identidades sociais e as suas marcas pessoais nos atos (FERREIRA, 2019).

ALGUNS APONTAMENTOS FINAIS

A experiência relatada pelas mães envolve diferentes aspectos e atores, exigindo do pesquisador um olhar que resgate a complexidade do fenômeno, no que tange à articulação das dimensões contextuais, psicológicas, sociais e históricas. O impacto da experiência de ter um filho prematuro não depende apenas de características individuais das mães. As vivências maternas envolvem os esquemas referenciais construídos nas dinâmicas relacionais de seus grupos sociais (como as representações sociais da maternidade), as relações estabelecidas no contexto da Utin com os profissionais de saúde e outras mães, bem como as condições financeiras, as relações familiares e o apoio social que é disponibilizado a elas.

Alguns relatos maternos demonstraram contentamento ao verem seus filhos serem cuidados por determinados profissionais. Entretanto, vários relatos expressaram sentimento de desamparo e percepção de negligência e hostilidade de alguns profissionais, gerando nas mães reações como raiva, medo e distanciamento da equipe. As histórias contadas desvelam uma representação social sobre os profissionais de saúde da Utin ancorada no cuidado materno, objetivada na figura do médico e do enfermeiro que cuida com amor e delicadeza, prestando atenção constante no bebê e em sua mãe. Espera-se, portanto, que o profissional faça o que elas não conseguem fazer, por não poderem estar perto de seus recém-nascidos. Frente à falta de empatia e acolhimento, o desamparo e a impotência são reforçados, assim como os vínculos entre profissionais e mães se fragilizam. As relações hierárquicas que contribuem para

a vulnerabilidade das mães necessitam ser suplantadas por vínculos que assegurem o protagonismo dessas mulheres e acolham suas demandas. Todavia, para que isso ocorra, é imperativo reconhecer as mulheres como cidadãs que têm direito a uma assistência humanizada, que requer, por sua vez, habilidade dos profissionais para lidarem com técnicas relacionais e estarem disponíveis para trabalharem com a dimensão afetiva do cuidar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. *In*: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife/Maceió: Ed. Universitária da UFPE: Ed. Universitária da UFAL, 2005. p. 117-160.

ANDRADE, M. A. C. *et al.* Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface**, Botucatu, v. 18, supl 1, p. 833-44, 2014.

APOSTOLIDIS, T. *et al.* Representações sociais e educação terapêutica: questões teórico-práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 01-11, 2020.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994.

BARROS, S. M. M. **Parentalidade Prematura**: um estudo sob a ótica da Teoria das Representações Sociais. 2007. 258f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007.

CABEÇA, L. P. F.; SOUSA, F. G. M. Dimensões qualificadoras para a comunicação de notícias difíceis na unidade de terapia intensiva

neonatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 37-50, 2017.

CARVALHO, J. B. L. *et al.* Representação social de pais sobre o filho prematuro filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 734-738, 2009.

CARVALHO, L. S.; PEREIRA, C. M. C. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 101-122, 2017.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 698-704, 2010.

DO BÚ, E. A.; ALEXANDRE, M. E. S.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais do vitiligo elaboradas por brasileiros marcados pelo branco. **Psicologia, saúde & doenças**, Lisboa, v. 18, n. 3, p. 760-772, 2017.

FERRARI, A. G.; DONELLI, T. M. S. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 106-112, 2010.

FERREIRA, M. A. Desvelar, Reconhecer e Convergir: os desafios de pesquisar os saberes implicados no cuidado em saúde. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**, Petrópolis, v. 4, n. 2, p 90-100, 2019.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. *et al.* Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na UTI Neonatal. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 26-34, 2012.

JODELET, D. O encontro dos saberes. *In*: JESUÍNO, J. C.; FELISMINA, R. P.; LOPES, M. J. (org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança**. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 59-79.

LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 24, p. 01-14, 2019.

LINS, R. N. P. *et al.* Percepção da Equipe de Enfermagem acerca da Humanização do Cuidado na UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 3, p. 225-232, 2013.

MAIA, J. M. A.; SILVA, L. B.; FERRARI, E. A. S. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, n. 3, v. 2, p. 154-164, 2014.

MOLINA, R. C. M. *et al.* A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 43, v. 3, p. 630-638, 2009.

MORAIS, R. C. M.; MARCATTO, M. Humanização no cuidado neonatal: a concepção da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 75-83, 2014.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse**: son image et son public. Paris: PUF, 1961.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; GIANASI, L. B. S. Representações sociais como teoria interpretativa para investigações na saúde do homem. *In*: ARAÚJO, J. S.; ZAGO, M. M. F. **Pluralidade masculina**: contribuições para pesquisa em saúde do homem. Curitiba: CRV, 2019, p: 62-77.

OLIVEIRA, K. *et al.* Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013.

ROLIM, K. M. C. *et al.* O uso de tecnologia leve na promoção da relação enfermeira e pais na uti neonatal. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 684-693, p. 2017.

SANTOS, M. F. S; NOVELINO, A. M; NASCIMENTO, A. N. O mito da maternidade; discurso tradicional sob roupagem modernizante: *In*: MOREIRA, A. S. P. (org.) **Representações Sociais**. Teorias e Práticas. João Pessoa: EDU, 2001. p. 269-293.

SANTOS, M. F. S. A teoria das representações sociais. *In*: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife/Maceió: Ed. Universitária da UFPE: Ed. Universitária da Ufal, 2005. p. 13-38.

SANTOS, M. *et al.* Impacto da prematuridade na constelação da maternidade. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, Patos de Minas, v. 6, n. 2, p. 246-259, 2020.

SANTOS, L. F. *et al.* Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 01-10, 2017.

SANTOS, S. M. R.; FARIA, A. F. S. O.; VICENTE, E. J. D. A representação social das mães e profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido hospitalizado e a relação dos profissionais com estas mães. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 33, n. 1, p. 7-15, 2007.

SILVA, R. M. M. *et al.* Vivências de famílias de neonatos prematuros hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2258-2270, 2016.

SOARES, R. L. S. F. *et al.* Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade à paternidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 409-416, 2015.

SOUZA, N. L. *et al.* Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-33, 2009.

WALSH, F. Resiliência familiar. *In*: WALSH, F. **Processos Normativos da Família**: diversidade e complexidade. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 399-427.

WILLIAMS, K. G. *et al.* The Neonatal Intensive Care Unit: Environmental Stressors and Supports. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 1, p. 1-13, 2018.

Capítulo 7

*Política de saúde mental
infantojuvenil: o que
dizem as crianças e
os adolescentes?*

*Luciana Bicalho Reis
Matheus Magno dos Santos Fim
Karina da Silva Cajaíba*

INTRODUÇÃO

Historicamente, a inclusão na agenda política de saúde mental (SM) de assuntos referentes à infância e à adolescência se deu de maneira tardia, até mesmo após a Reforma Psiquiátrica, sendo criada uma política específica para esse público apenas a partir do século XXI

(COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). Antes disso, a assistência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico ficava a cargo da assistência social e da educação, com uma concepção mais reparadora e disciplinar do que clínica e psicossocial (TANO; MATSUKURA, 2019; COUTO; DELGADO, 2010). As intervenções de cunho assistencial não visavam cuidar do sofrimento psíquico na infância e adolescência, mas de problemas oriundos da pobreza e abandono tidos como incapacitantes, além de dispor de assistência tutelar e de institucionalização do cuidado, visão que perdurou durante a República (COUTO; DELGADO, 2010).

Com a Constituição de 1988, instituiu-se a noção de proteção, considerando a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e tendo o cuidado em liberdade como aposta ética e política (COUTO; DELGADO, 2010). Em 2001, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da Lei da Saúde Mental 10.216 (BRASIL, 2001), iniciou-se a discussão sobre a necessidade de uma política de SM infantojuvenil, tendo como base um modelo assistencial de caráter territorial e comunitário, o que possibilitou a universalização do acesso aos serviços e cuidados em SM (COUTO; DELGADO, 2010).

A partir disso, foram criados princípios orientadores para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil (BRASIL, 2005), sendo eles: 1) considerar as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, sendo implicados em sua dor, seus sintomas e sua demanda e tendo, assim, direito ao cuidado; 2) acolher toda e qualquer demanda da criança e adolescente que chega aos serviços, no princípio de acolhimento universal; 3) implicação daquele que encaminha até o desfecho do processo, ou seja, o profissional deve se responsabilizar pelo endereçamento da demanda e acompanhar o seu destino, de modo que o princípio do encaminhamento implicado não se trata apenas de uma passagem de caso de um serviço a outro, mas de uma construção da rede de cuidado em saúde; 4) nessa perspectiva, tem-se o princípio de construção permanente da rede, que diz de uma rede de cuidados que não se forma apenas a partir de um conjunto

de serviços, mas, sobretudo, pelas ações criadas e implementadas; 5) o trabalho orientado pela noção de território, que extrapola a geografia e abrange um espaço psicossocial onde vivem os sujeitos e que envolve suas experiências e as instituições a que pertencem, como igreja, escola, comunidade, entre outros; e por fim, 6) o princípio da intersectorialidade na ação do cuidado. Esse princípio implica a articulação entre dispositivos clínicos e não clínicos que fazem parte da vida das crianças e adolescentes, por exemplo, a justiça e o conselho tutelar (BRASIL, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Assim, as diretrizes do Ministério da Saúde (2005) recomendam que os cuidados em SM de crianças e adolescentes sejam executados em vários serviços de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), ambulatórios e hospitais gerais; e, ainda, que esses serviços devam atuar em rede e oferecer cuidado integral a esses sujeitos, em consonância com sua realidade de vida. A construção da rede de cuidados se mostra um desafio à medida que deve atender de maneira efetiva às necessidades das crianças e adolescentes, por meio da articulação dos CAPSij, da Atenção Básica e outros dispositivos não clínicos como aqueles ligados à Assistência Social e à Educação. Assim, este trabalho visa analisar as percepções de crianças e adolescentes sobre sua inserção nos serviços que oferecem cuidado em Saúde Mental.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo², realizada em um município da região sudeste. Participaram desta etapa crianças atendidas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e crianças e adolescentes

2 Este trabalho apresenta uma das etapas da pesquisa “Análise da rede de saúde mental infantojuvenil da cidade de Vitória-ES” realizada entre os anos de 2019-21, coordenada pela primeira autora e com financiamento FAPES-CNPq.

atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsij), todos com demandas de cuidado em SMI. Foram realizados três grupos focais (GF): um com crianças atendidas na USF, um com crianças e outro com adolescentes, ambos atendidos no Capsij. Os GF podem ser caracterizados como encontros de pessoas, que se conhecem ou não, para discutir uma temática de interesse (MIRANDA *et al.*, 2013). Nesta pesquisa, optou-se por trabalhar com grupos já existentes nos serviços de saúde, por representarem lugar já conhecido e seguro para os sujeitos e, principalmente, por se tratarem de crianças e adolescentes. Em função disso, os grupos tiveram composição pequena, variando de quatro a cinco participantes.

A discussão aconteceu a partir de um roteiro pré-estabelecido, visando conhecer o percurso da criança na rede de SM do município. As questões versavam sobre o conhecimento do motivo pelo qual frequentavam o serviço, se eles eram convidados a opinar e participar das decisões relativas às atividades desenvolvidas, se os profissionais conversavam com outras pessoas, como seus professores e familiares, do que eles gostavam e não gostavam no serviço, entre outras.

Para a realização do GF, foram usados disparadores de modo a dar início à discussão. Com as crianças, solicitou-se que elas desenhassem com lápis de cor em uma folha de papel o que mais gostavam de fazer no serviço; para os adolescentes, foram disponibilizadas imagens aleatórias (recortes de revista) em cima de uma mesa e solicitado que eles escolhessem uma que pudesse representar como eles se sentiam frequentando o Capsij. A partir da exposição individual de cada participante, deu-se início à discussão orientada pelo roteiro com a introdução da primeira questão: “e você sabe por que vem aqui no Capsij/na Unidade de saúde?”.

Os GF foram gravados com autorização dos participantes e seus responsáveis, conforme Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) e transcritos para posterior análise. As crianças e adolescentes assinaram o Termo de Assentimento e os seus respectivos responsáveis o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Ufes, tendo sido aprovada (Parecer n.º 2.899.493).

O material coletado por meio da técnica do GF é analisado como uma produção grupal. As transcrições foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) em três etapas: I) uma leitura flutuante para organização e apropriação do material; II) uma segunda leitura para exploração do material à procura de pistas sobre as percepções que os participantes têm dos serviços que frequentam, com seleção de trechos das transcrições. Nessa etapa, foram feitos recortes de trechos que que pudessem compor as categorias; III) análise dos trechos das transcrições selecionados na etapa II, com inferências e interpretação do conteúdo. Assim, na etapa III da análise, procurou-se responder às seguintes questões: as crianças e adolescentes transitam por outros pontos da rede? Quais? Como se dá, na percepção desses sujeitos, sua experiência de acolhimento nesses serviços, sua relação com a equipe? Quais as percepções que eles têm sobre aquilo que é ofertado como proposta de cuidado?

Procurando responder a essas questões, chegou-se à elaboração de duas categorias de análise: “O médico que mandou me colocar aqui”: conhecimento acerca dos motivos pelos quais acessaram o serviço e apropriação do diagnóstico e “Eu queria ficar aqui todo dia”: sobre a experiência de estar nos serviços.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos participantes e seu percurso por outros pontos da rede

Participaram da pesquisa 14 crianças e adolescentes com idades variando de 5 a 18 anos, com média de 11 anos e 7 meses. Desse, 5 eram adolescentes (Ad Capsij) e 5 crianças (Cr Capsij) atendidos em um Capsij, além das 4 crianças (Cr UBS) atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Entre os adolescentes, um também

fazia acompanhamento com psicólogo em uma UBS; das crianças do Capsij, duas frequentavam também a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE Vitória) e uma fazia acompanhamento psiquiátrico em consultório privado. Entre os participantes da AB, no momento da realização da pesquisa, nenhum frequentava outro serviço. Sobre o tempo em que já faziam acompanhamento nos serviços, variou de 2 meses a 4 anos, com média de 1 ano e 3 meses.

Ainda sobre a passagem dos participantes por outros pontos da rede, duas crianças relataram o encaminhamento ao serviço a partir do Conselho Tutelar, uma delas em função de violência sofrida no ambiente familiar e outra em que a própria criança cometeu ato de violência contra outros. Também há relatos de passagem por projetos de esporte na escola e no bairro, que ofereciam capoeira e judô como atividades adicionais. Entre os adolescentes também compareceram questões relativas à violência que atravessaram os encaminhamentos para o Capsij, como a passagem pelo Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (Iases), pelo Serviço de Atenção às pessoas em Situação de Violência de Vitória (SASVV), pelo pronto-socorro de um hospital, bem como por um abrigo.

Alguns participantes também relataram encaminhamento das unidades básicas de saúde, seja por médicos ou por psicólogos que sentiram a necessidade de um acompanhamento mais intensivo em serviço de média complexidade. Todos esses caminhos evidenciam que o cuidado em SM infantojuvenil exige a constituição de uma rede de cuidados intersetorial composta por serviços clínicos e não clínicos (COUTO; DELGADO, 2010; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

***“O médico que mandou me colocar aqui”*: conhecimento acerca dos motivos pelos quais acessaram o serviço e apropriação do diagnóstico**

Os motivos relatados pelos participantes para a realização do acompanhamento nos serviços foram, entre as crianças, majoritariamente,

a questão da agitação e do comportamento agressivo e, no caso dos adolescentes, dos comportamentos agressivos com familiares, violência autoprovocada e uso abusivo de substâncias psicoativas. O que os participantes da pesquisa relataram corrobora os achados de outras pesquisas que têm identificado aumento crescente da demanda de cuidado em SM de crianças, em geral encaminhadas pela escola, com dificuldades comportamentais e de aprendizagem, e entre os adolescentes com sofrimento mental intenso, expresso por meios de auto e hetero agressão além do uso abusivo de substâncias psicoativas (COSTACURTA; TOSO; FRANK, 2015; DELFINI, 2015; DELFINI; BASTOS; REIS, 2017; PAULA; MIRANDA; RIBEIRO, 2010; RIBEIRO; MIRANDA, 2019).

Percebeu-se que algumas crianças demonstraram não saber o exato motivo pelo qual fazem acompanhamento no serviço, desconhecimento explicitado em falas como *“Sei lá, o médico que me mandou me colocar aqui”* (Cr Capsij) ou *“Eu acho que foi porque a minha madrastra falou um monte de coisa com o meu pai, aí meu pai foi e deixou eu marcado de vir, porque eu precisava porque eu tinha problema [...] Ela fala que eu preciso de remédio”* (Cr UBS). Entretanto, há também aquelas que demonstram conhecer mais sobre o motivo pelo qual frequentavam o serviço, tal como se lê: *“Porque eu sou nervoso”* (Cr Capsij), *“Porque eu sou muito agitada, [...] e eu bato nas pessoas, e eu sou nervosa”* (Cr Capsij).

Entre os adolescentes, percebeu-se uma compreensão um pouco mais elaborada dos motivos: *“Eu passo por uns problemas... e eu não cuidei, não procurei ajuda nem nada. Até que um dia você explode, né? [...] Fui parar no hospital, fiquei em coma, várias coisas... me queimei... Ai, através dali eles me mandaram pra cá”* (Ad Capsij); *“[...] E eu ainda achei que, [o Capsij] era tipo uma casa de reabilitação, tipo pra quem usava droga [...] Me envolvi também e pá, aí foi que ela foi procurar ajuda”* (Ad Capsij); *“Eu vim aqui porque é eu tava aprontando muito em casa, eu tava respondendo minha mãe, brigando com meus irmãos, batendo nos meus irmãos”* (Ad Capsij).

Tais variações nos modos de dizer sobre os motivos pelos quais foram encaminhados ao cuidado em SM podem ser expressão das possibilidades de entendimento daquele sujeito sobre o seu processo de sofrimento e encaminhamento, mas também podem ser tomados como analisadores sobre como tem se dado a participação desses usuários nos seus respectivos projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como do lugar dado a essas crianças e adolescentes naquilo de que se queixam ou sofrem, ou seja, de seu lugar de sujeitos de desejo, implicados em seu sofrimento e capazes de falar de si. Além disso, isso pode nos fornecer pistas do quanto lhes foi permitido serem mais ou menos protagonistas nesse processo, a depender da abertura dos trabalhadores e de seus responsáveis para que suas falas e desejo sejam levados em consideração (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019; BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), é preciso considerar, antes de tudo, crianças e adolescentes como sujeitos, implicados em seu sofrimento, seu sintoma e sua demanda, e com direito ao cuidado. Isso significa que, na contramão da história da assistência a esses sujeitos, sempre vistos como incompletos e incapazes de dizer de si, os serviços de saúde devem reservar a eles lugar de protagonismo nas práticas de cuidado, tomando-os como capazes de dizer de seu sofrimento e dos caminhos para sua recuperação ou produção de saúde. Nesse sentido, é esperado que tanto crianças, quanto adolescentes sejam incentivados a formular e endereçar ao serviço sua demanda de cuidado, não se restringindo a repetir o que ouvem no contexto da família e da escola.

Assim, motivos como “*porque eu sou nervoso*” também nos levam ao questionamento se esse foi o modo possível de explicar sobre problemas que são complexos para aquele usuário poder nomeá-lo ou se evidenciam os modos superficiais e universalizantes de compartilhar um processo diagnóstico com uma criança ou um adolescente, baseando-se em uma suposta incapacidade deles para compreender a questão.

Tal questionamento se faz diante da problemática sobre o funcionamento adultocentrista da sociedade em geral (JENKS, 2002),

que também irá atravessar os serviços de saúde, provocando a tutela das crianças e adolescentes considerados “problemáticos” ou demarcados por uma patologia. O adultocentrismo é um conjunto de práticas em que, dentre outras, está o consenso social da infância e da adolescência como fase a ser protegida a todo o custo, mas que mascara o contexto de discriminação etária e das relações de poder entre adultos e não adultos, o que impede a participação desses sujeitos nos seus próprios processos em nome de um “bem maior”, que seria a adulez supostamente saudável.

Esse processo adultocentrista, historicamente, atravessa as políticas públicas destinadas ao público infantojuvenil e é definido por Vicentin e Grankow (2018) como um “agir descriciançável”, que funciona na lógica da tutela, da moralidade e do autoritarismo, sufocando os processos de abertura, acolhimento e invenção de territórios com as crianças e adolescentes, tão necessários para o cuidado nos serviços de saúde dos quais eles são usuários.

Já entre os adolescentes, identificou-se uma compreensão mais elaborada dos motivos pelos quais frequentam o serviço: sofrimento psíquico intenso, com episódios depressivos e suicidas, uso abusivo de substâncias psicoativas e comportamento agressivo. Todos os participantes do grupo relataram ir ao serviço sozinhos, alguns deles inclusive sem apoio dos familiares, que não compreendendo a proposta da atenção psicossocial, esperavam um serviço de reabilitação com caráter asilar, em que o adolescente ficasse internado, como se lê no relato:

Aí quando chegou aqui ela [a mãe] viu que não era essas coisas, que eu tava indo pra praia... Mano, quando ela viu que eu tava indo pra praia, ela ficou doida: “Cê tá doido que isso é no caps?”. Ela não acreditou. [...] Depois que eu fui na praia ela ficou triste e nunca mais gostou disso aqui não. E se não fosse a [...] que disse se eu faltasse aqui eu iria perder meus direitos no posto de saúde, ela não deixaria eu vim não (Ad. Capsij).

Nesse sentido, tem-se a hipótese de que a autonomia do adolescente em se dirigir sozinho ao serviço, em participar mais ativamente da escolha das atividades realizadas, entre outras coisas, pode contribuir para uma apropriação mais elaborada em relação ao próprio mal-estar, sendo possível, na ausência de um adulto que medie sua relação com o serviço, encaminhar, ele mesmo, uma demanda por cuidado.

A ausência dos familiares dos adolescentes participantes da pesquisa do cotidiano do serviço, entretanto, pode também refletir relações familiares conflituosas, pouco apoiadoras e, por vezes, negligentes. Quando indagados sobre a relação da família com o serviço, todos indicaram ser pouco efetiva. Seguem os relatos: “[...] ela [a mãe] não vem. [...] ela só veio na primeira vez que eu vim aqui que ela teve que me trazer. Aí ela veio, mas depois disso ela nunca mais veio” (Ad Capsij); “No Capsi, pra mim, não tem que mudar nada não, pra mim o que tem que mudar é a visão da minha mãe sobre eu, cara. Por que ela não gosta daqui não” (Ad Capsij).

Pra minha vó, eu deveria morar aqui, minha vó não perde um dia, ela fala: “Vai para o caps, vai para o caps” [...]. Falta pouco me chutar pra fora de casa. Aí eu venho né, fazer o quê? Pra ela, eu nem deveria mais voltar pra casa, porque, a gente briga o tempo inteiro [...]. Então ela fala: fica aqui mesmo, vai lá, fica a tarde toda, passa o dia lá (Ad Capsij).

Não é incomum que adolescentes usuários de serviços de saúde pertençam a famílias com altos níveis de conflito. Estudo realizado por Fernandes e Matsukura (2016) com adolescentes em um Capsij identificou que os participantes indicaram a existência de conflitos familiares e dificuldade de relacionamento, com presença de violência, fragmentação e conflitos em algumas famílias. Esses conflitos podem ser fonte, ou potencializadores de sofrimento psíquico, ou resultado da dificuldade de manejo de situações familiares, quando um de seus membros apresenta algum tipo de transtorno (FERNANDES; MATSUKURA, 2016). Assim, tem-se a hipótese de que os conflitos

familiares relatados compoñham o cenário das relações das famílias com o serviço, encaminhando a ele, de forma não implicada, a responsabilidade pelo cuidado do adolescente.

Ainda em relação à percepção dos motivos pelos quais os usuários acessam os serviços, chamou-nos a atenção a associação entre sofrimento psíquico e questões morais e sobrenaturais/espirituais. Uma adolescente do Capsij relata como seus familiares abordam a questão com ela: *“É frescura menina, porque era Deus me cobrando, era Deus me cobrando... consequência de pecado [...]”* (Ad Capsij); *“Isso é safadeza, tá assim porque quer, senão já tinha mudado”* (Ad. Capsij). Uma criança, também do Capsij, traz algo semelhante ao afirmar que o irmão diz que ela é nervosa, porque tem espírito maligno: *“É um espírito que é, que é possuído. E aí vai para o corpo do cara e aí fica possuído. [...] Meu irmão fala. Mas eu não acredito não”* (Cr Capsij).

Foucault (1975), em “Doença Mental e Psicologia”, discute como até o advento da medicina positiva o chamado louco era considerado “possuído” ou moralmente degenerado. Apesar do avanço do conhecimento sobre a relação entre as condições existenciais da pessoa e a manifestação do sofrimento psíquico, ainda hoje paira no imaginário social, como expresso nas falas desses participantes, explicações de natureza moralizante e religiosas para uma experiência de natureza multifatorial e complexa. Nesse sentido, não é incomum que usuários dos Caps relatem o estigma e preconceito associados à sua frequência no serviço (SANTOS, 2013).

Esses relatos evidenciam o atravessamento do estigma na vida daqueles que são demarcados com algum transtorno mental, seja por comportamentos considerados pelo senso comum como anormais, pela presença do diagnóstico, pelo uso de fármacos ou pela frequência em algum serviço de SM (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015). O estigma, como uma construção social, coloca o indivíduo em um lugar de diferenciação devido às suas peculiaridades individuais, passando a ser visto como fraco de caráter, preguiçoso ou ameaçador (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Esse pode ser um dos maiores obstáculos no acompanhamento dos usuários dos serviços de SM, pois atravessa não só a eles, mas também a família e os profissionais, além de produzir um ciclo vicioso de estigma e autoestigma, em que não somente o indivíduo é alvo de uma produção social, mas o estigma passa a ser visto como verdadeiro pelo próprio indivíduo estigmatizado. Além disso, o estigma familiar pode produzir culpa, de modo que a pessoa em sofrimento mental é acusada de ser incapaz de controlar a sua condição, produzindo, assim, o sentimento de vergonha e a diminuição da autoestima (FERREIRA; CARVALHO, 2017). Os efeitos disso sobre crianças e adolescentes que frequentam serviços de saúde podem ser bastante impactantes ao longo da vida.

A fim de fazer frente a isso, é necessário pensar também o papel dos serviços de saúde no trabalho com familiares e toda sociedade, na direção da desconstrução de crenças e preconceitos que possam impor condição de mais sofrimento e estigma ao sujeito com algum transtorno mental. Nessa direção, da desconstrução de estigmas e práticas segregatórias, aos Caps cabe, além do atendimento ao usuário e seus familiares, o trabalho de desinstitucionalização da loucura, o que significa, entre outras coisas, contribuir para a mudança da sociedade em relação ao sujeito em sofrimento e das possibilidades de ele se cuidar. A desinstitucionalização caracteriza-se pela desconstrução de práticas, saberes e discursos psiquiátricos que compreendem a experiência da loucura reduzida à doença mental, tomando o hospital como principal e, por vezes, único lugar de cuidado (AMORIM; DIMESTEIN, 2018, p. 145).

Na discussão grupal, as crianças e os adolescentes trouxeram relatos de familiares que anseiam pela resposta medicamentosa e da internação como possibilidade exclusiva de cuidado, da visão do sofrimento mental como fraqueza de caráter ou influência de forças sobrenaturais. Isso que comparece no discurso e produz modos de se relacionar com a criança e o adolescente em sofrimento psíquico também deve ser objeto de intervenção dos serviços de saúde,

especialmente do Capsij, seja no próprio contexto do serviço ou nas ações de matriciamento dos profissionais da atenção básica (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Nessa direção, alguns relatos das crianças e dos adolescentes expressam concepções de que a ida ao serviço de saúde se dá em função da “correção de um problema”, seja ele por alguma “desordem biológica” ou por “questões espirituais”, assim como evidenciam o estigma diante do sofrimento em saúde mental, como em: “[Psicólogo] é quem conversa com crianças que são nervosas, que são deficientes [...]” (Cr. Capsij); “Tem criança que é nervosa, você sabe? Espírito maligno” (Cr. Capsij). Na direção dessa pretensa “correção”, o uso de medicamentos foi abordado pelos sujeitos como um dispositivo de controle do comportamento: “Eu tomava um remédio para doido [Quem disse que é um remédio para doido?] Minha mãe, porque eu era doido da cabeça” (Cr. UBS); “Eu tomo remédio controlado para não bater em ninguém” (Cr. UBS); “Eu esqueci de pegar [entre as figuras disponibilizadas sobre a mesa] o remédio também, porque aqui eles dão muito remédio pra gente” (Ad. Capsij); “Cara, sabe, todo mundo tem que tomar um remediinho, todo mundo tem um parafuso a menos na cabeça” (Ad. Capsij).

Sobre esse processo, faz-se necessário olhar para as constantes demandas provenientes dos familiares e das escolas por medicamentos que possam ajustar o comportamento e melhorar o desempenho escolar e social das crianças e adolescentes usuárias dos serviços de saúde. É importante ressaltar que as demandas por cuidado são legítimas dentro dos contextos em que são produzidas, mas o que deve ser colocado em questão são os modos como elas podem ser atendidas e quando a terapêutica medicamentosa visa à normalização da vida e à localização de problemas amplos apenas no campo biológico (CHAVES; CALIMAN, 2017).

A esse respeito, deve-se considerar o aumento expressivo nas últimas décadas de crianças e adolescentes usuários de psicofármacos. Fenômeno de caráter mundial, apresenta maior prevalência em países como Brasil e Estados Unidos, em que o uso de metilfenidato (droga

usada para aumentar a atenção e controlar o comportamento considerado agitado) aumentou vertiginosamente (WHITAKER, 2017). A farmacologização (WILLIAMS *et al.*, 2011 *apud* CAMARGO JR., 2013) da infância deve ser compreendida, entretanto, dentro de um contexto de ascensão do poder da indústria farmacêutica. A partir da década de 1950, com a produção antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos, percebe-se em escalada mundial o poder da indústria farmacêutica em apresentar soluções rápidas a problemas que extrapolam aqueles do campo biológico (CAPONI, 2018; OLIVEIRA, 2018). A resposta medicamentosa aos problemas da infância e adolescência não deve, portanto, ser pensada à parte desse contexto mais amplo.

Assim, faz-se necessário intervir nesses processos de medicalização ao se criar estratégias de cuidado que possam acessar a complexidade das relações nas quais as demandas por medicamentos surgem, de modo a ampliar as experiências de participação dos usuários nos momentos de prescrição, consumo e acompanhamento dos medicamentos. Essa iniciativa se relaciona também com a construção e acompanhamento do PTS, de modo que a prescrição do medicamento e a análise dos seus efeitos não estaria somente na responsabilidade do médico, mas de toda a equipe, família e do usuário. Medicar, portanto, não seria a centralidade da ida do usuário ao serviço, mas parte integrante de todo o processo de cuidado que inclui também os atendimentos individuais, em grupo, as visitas à escola, os atendimentos aos familiares e tantas outras atividades possíveis dentro da lógica da atenção psicossocial.

“Eu queria ficar aqui todo dia”: sobre a experiência de estar nos serviços

Algumas das questões disparadoras da discussão grupal versavam sobre as atividades das quais eles participavam nos serviços, o que gostam de fazer, como se sentem participando dessas atividades, entre outras coisas. No caso das crianças, é interessante observar que a

brincadeira e a relação construída com pares e profissionais dos serviços são tomadas como modo de dizer sobre o acompanhamento realizado. A partir da pergunta “Vocês gostam de vir aqui?”, as crianças responderam com: *“Porque as tias brincam com a gente, têm um carinho”* (Cr. UBS); *“Eu não gosto de ficar em casa, por causa da minha madrasta [...] Os estagiários são legais com a gente, a psicóloga, todos eles são legais com a gente. Pessoas que me tratam bem melhor que na família”* (Cr. UBS); *“Eu queria ficar aqui todo dia”* (Cr. Capsij).

Entre os adolescentes, foram citadas como atividades realizadas no serviço conversar, participar de grupos/oficinas, atendimento psicológico individual, passeios como ir à praia, tocar violão: *“Aqui a gente mais joga, conversa... tipo aqui elas ficam mais conversando, perguntando pra gente como que tá, o que tá acontecendo”* (Ad Capsij). Entre eles também foram unânimes os sentimentos positivos ligados à frequência no serviço, relatando se sentirem acolhidos e escutados, comparando essa experiência com a relação com sua família, em geral conflituosa, como se lê nos relatos que se seguem: *“Em casa eu não me sinto em casa, mas aqui eu me sinto em casa, me sinto acolhida, me sinto abraçada, tentam fazer o possível do impossível pra nos ver bem”* (Ad. Capsij). Ou ainda: *“É porque na rua a pessoa não se importa tanto com o que você quer falar. Aqui não, a pessoa já se importa com o que você quer falar, aqui já é de outra forma, eles prestam atenção no que a gente fala. Então, o que a gente fala aqui não é em vão”* (Ad. Capsij). *“É muito boa a comida daqui [...], ela esquenta o pão, ela bota na chapa, derrete, fica uma delícia. Não é todo mundo que faz isso, né? É um tipo de cuidar”* (Ad Capsij); *“Todas as vezes que eu venho pra cá, todo mundo aqui me faz acreditar que tem uma luzinha ali e que eu posso muito bem, que eu sou capaz de chegar. [...] eu, pelo menos eu, eles fazem eu acreditar, ter um pouquinho de esperança, que eu não sou aquilo que falam que eu sou”* (Ad. Capsij).

As percepções compartilhadas pelos usuários demonstram que o cuidado em SM não se faz apenas com o emprego de tecnologias como consultas e medicamentos, mas também das tecnologias leves (MERHY, 2014), fundamentadas no acolhimento, diálogo, na

construção do vínculo e do cuidado que se faz em ato, como expresso pelo participante: *“Não é todo mundo que faz isso, né? É um tipo de cuidar”*, ao se referir à ação da trabalhadora (auxiliar de serviços gerais) que prepara para ele um lanche. A princípio, esse vínculo é possível na abertura dos profissionais à escuta não somente das demandas explícitas trazidas pelos usuários e seus familiares, mas também na busca por reconhecer como a frequência no serviço de saúde se relaciona com suas vidas. Entretanto, por ser uma construção em duplo-sentido, o vínculo também é o meio pelo qual se constrói a corresponsabilização no cuidado e a produção de autonomia, que se mostra tão necessária a partir do momento em que o usuário se vê estigmatizado pelo seu sofrimento (JORGE, 2011).

Ainda sobre a participação nas atividades propostas, não se identificou, a partir das falas dos participantes, que eles sejam de algum modo convidados a participar da construção conjunta do PTS, mas tão somente a opinar sobre as propostas feitas pelo serviço. Entre as crianças, a participação na elaboração do PTS nem sequer compareceu na discussão. Já os adolescentes dizem que no próprio atendimento, individual ou em grupo, os técnicos vão dizendo o que será ofertado e perguntam sobre a vontade ou disponibilidade deles para participar. Entretanto, não relataram participar de uma construção prévia e sistematizada do PTS ou um momento específico para isso: *“Elas perguntam se quer continuar o acompanhamento com o psicólogo, assim, e se não quiser participar do grupo, fica só com o atendimento individual”* (Ad. Capsij); *“Quando eu vim tava rolando um grupo. Aí ela pergunta, de começo, se eu quero ficar e tal. Aí você conhece, se quiser ficar, fica. A gente não é obrigado, entendeu?”* (Ad. Capsij). Por vezes, eles também demonstram conhecer o que se passa em torno do acompanhamento recebido, mas nem todas as ações desenvolvidas pela equipe técnica são necessariamente informadas, como relatou um deles: *“Eles [os profissionais] foram lá na minha escola e eu nem vi nada não, só fiquei sabendo porque veio o coordenador [pedagógico] depois e falou”* (Ad. Capsij).

Os relatos nos sinalizam o quão difícil pode ser operacionalizar nos serviços a construção de um PTS que envolva o usuário. Pesquisa realizada por Ferreira, Mello e Silva (2014), para compreensão do processo de construção do PTS em três Caps do sul do país, identificou que as próprias equipes profissionais avaliavam como baixo ou médio protagonismo do usuário na construção do seu PTS. Além disso, quando consideradas as dificuldades dos usuários, as equipes e as famílias foram identificadas como as mais adequadas para apontá-las, ficando o próprio usuário em último lugar. Outro estudo (BAPTISTA *et al.*, 2021) identificou que os serviços ainda apresentam dificuldade em programar ações de forma conjunta entre equipe, família e usuário, sendo este último, muitas vezes, convidado a se retirar do local de discussão do caso, não sendo autorizado a participar da construção do PTS. Quando se trata de crianças e adolescentes, então, pode-se considerar que essas dificuldades mostram-se ainda maiores, pois se acrescenta a isso a percepção desses sujeitos como incapazes de falar de si (VICENTIN, 2006).

Segundo Carvalho *et al.* (2012), é primordial que usuário e família participem do processo de construção do PTS, sem o qual não se efetiva o tratamento. Boccardo *et al.* (2011), em estudo realizado sobre o PTS, apontam para as dificuldades que muitas equipes encontram em construí-lo, tais como: a sobrecarga de trabalho da equipe devida à alta demanda de atendimentos, a falta de espaço para discutir o PTS com o usuário e sua família, a dificuldade das equipes em compreender e atender às necessidades do usuário, a fragmentação do PTS em atendimentos realizados por diferentes profissionais nas etapas de prevenção, tratamento e reabilitação, a compreensão do PTS apenas como um dispositivo administrativo e não de cuidado, dentre outras. Nesse sentido, os mesmos autores argumentam que a construção do PTS necessita da transformação do modelo assistencial e a reorganização dos serviços (BOCCARDO *et al.*, 2011), que tradicionalmente dão pouca ou nenhuma autonomia ao usuário.

Os adolescentes, assim como as crianças, também compartilharam os efeitos do acompanhamento no serviço de modo sincero e sem idealizações ao dizerem sobre os altos e baixos dos seus processos: *“Eu parei de ficar nervosa, de brigar com meu irmão”* (Ad. Capsij); *“Eu comecei a tomar mais atitudes pra mudar mesmo. [...] tem uns lances que continua, tipo brigas, assim, às vezes, eu não consigo”* (Ad. Capsij); *“Eu comecei a entender que aqui era uma forma de você sair de casa, de lá fora, de todos os problemas que você tem na sua vida. Ai, tipo, depois desse dia foi um incentivo pra eu continuar vindo, tanto que hoje em dia em nem falta direito”* (Ad. Capsij). Entre as crianças, também foram apresentadas mudanças: *“Quando eu vinha para cá eu ficava mais calmo. [...] Eu não bato mais na minha mãe, nem na minha irmã”* (Cr. UBS). Mas também demonstram o desconhecimento e a dificuldade de dizer sobre o processo: *“[E quando você vem aqui, você acha que você melhora?] Melhor. [Em quê?] Não sei.”* (Cr. Capsij).

Os efeitos dos atendimentos compartilhados pelas crianças e adolescentes se fazem possíveis em função das diferentes atividades desenvolvidas no âmbito dos serviços, que vão além de atendimentos individuais com profissionais de saúde. O “venho aqui para brincar” que aparece nos relatos das crianças evidencia o brincar como meio de possibilitar a emergência de um espaço transicional (WINNICOTT, 1978), em que a relação entre profissionais e usuários possibilite a construção de vínculo significativo e produção de saúde, mas também permite o exercício da confiança em si e no outro, assim como a experimentação de espaços e tempos compartilhados que possibilitam a convivência com a imprevisibilidade e a diferença (OLIVEIRA; PERRONE, 2018).

Do mesmo modo, ir à praia, utilizar a piscina do Capsij, participar de oficinas de música, jogar ou apenas “conversar” são tecnologias possíveis de trabalho na SM infantojuvenil, pois possibilitam elaborações, o exercício de escuta e respeito ao outro, a produção de autonomia, além do fortalecimento dos laços sociais. É importante ressaltar que tais recursos podem ser potencializados à medida

que são construídos juntos com os usuários, ao estarem conectados com a condução do grupo e suas necessidades mais presentes (JORGE, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho integra uma pesquisa que procurou conhecer a rede de SM infantojuvenil do município de Vitória, a partir da percepção de trabalhadores, familiares e seus usuários, nesse caso crianças e adolescentes. Procurou-se aqui, especificamente, analisar a experiência com os serviços das crianças e dos adolescentes participantes, identificando o que eles sabem acerca dos motivos pelos quais foram encaminhados, como se sentem em relação a isso, o que pensam sobre as atividades desenvolvidas, entre outras coisas.

Essa etapa da pesquisa apresentou desafios adicionais em função das características dos participantes, especialmente as crianças do Capsij. Conduzir uma discussão grupal, com um roteiro que visava alcançar os objetivos do estudo, não poderia ser feito sem considerar as particularidades dos sujeitos e com o cuidado ético necessário. Assim, procurou-se com as atividades iniciais (desenho e dinâmica das figuras) criar um ambiente em que os participantes se sentissem acolhidos e seguros em participar. Mais que isso, procurou-se acompanhar o fluxo da conversa e das interações entre os participantes, que, por vezes, afastam-se das questões trazidas no roteiro, mas nem por isso foram consideradas desimportantes.

Nesse sentido, esta pesquisa percorreu um caminho por vezes difícil, mas necessário. Tomados como coadjuvantes em muitos outros contextos, as crianças e os adolescentes participantes foram reconhecidos como capazes de falar de si, de seu sofrimento, de seu mal-estar, de sua relação com o serviço, dando-nos pistas de como os princípios de uma política de SM infantojuvenil se operacionaliza no cotidiano do serviço.

A análise do material produzido nos grupos focais indicou que os participantes sentem-se acolhidos pelos profissionais e gostam de frequentar os serviços. Algumas das crianças não sabiam dizer o motivo pelo qual faziam o acompanhamento ou pareciam reproduzir falas de seus familiares com explicações genéricas. Além disso, embora informem que são incentivados a opinar sobre as atividades realizadas, não parece haver a efetiva participação deles no processo de construção de seu PTS. Isso evidencia o desafio que se coloca de que usuários dos serviços de SM, especialmente quando eles são crianças e adolescentes, sejam incluídos na elaboração de seu PTS. Considerá-los como capazes de falar de seu mal-estar, mas também de apontar os possíveis caminhos para produção de saúde deve ser orientador das práticas de cuidado dentro de uma lógica da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. K. de M.; DIMESTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico no Rio Grande do Norte. *In*: LIMA, A. F. de (org.). **(Re)pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização: histórias, intervenções e desafios ético-políticos**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. p. 145- 162.

BAPTISTA, J. Á. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, e20180508, 2020.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOCCARDO, A. C. S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.] v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde; Brasília, DF, 2005.

BRASIL. **Lei n. 10.2016, de 06 de abril de 2002**. Dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

CAMARGO JUNIOR, K. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, 2013.

CAPONI, S. Uma Biopolítica da Indiferença: a propósito da denominada revolução psicofarmacológica. *In*: AMARANTE, P.; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, W. F. de. **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. Zagodoni, 2018. p.17-38.

CARVALHO, L. G. P. de *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

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

COSTACURTA, R.; TOSO, B. R. G. O.; FRANK, B. R. B. Perfil de crianças e adolescentes atendidos em centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 9 (Supl. 7), p. 8976-84, 2015. DOI: 10.5205/reuol.8074-70954-1-SM0907supl201506.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma 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: Editora Hucitec, 2010. p. 271-279.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G.. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008 .

DELFINI, P. S. S. **O cuidado em Saúde Mental Infantil na perspectiva de profissionais, familiares e crianças**. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2015.

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. R. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Caderno Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. 1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145816>.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 977-990, set. 2016.

FERREIRA, M. dos S.; CARVALHO, M. C. de A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre as suas consequências. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v. 6, n. 2, p. 192-201, 2017.

FERREIRA, A. B.; MELLO, R. M. de; SILVA, A; K. da. **Entendendo o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular em Caps**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2014/32181/32181-789.pdf>.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Tradução de Lilian R. Shalders. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1975.

JENKS, C. Constituindo a criança. **Educação, Sociedade e Cultura**, Porto, n. 17, p. 185- 216, 2002.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 59 p.

MIRANDA, L. *et al.* Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta do caminho da pesquisa. *In*: CAMPOS, R. O. *et al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 249-277.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** 2012. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

OLIVEIRA, W. F. Medicalização da Vida: reflexões sobre sua produção cultural. *In: AMARANTE, P.; PITTA, A. M. F.; OLIVEIRA, et W. F. de. **Patologização e medicalização da vida:** epistemologia e política.* São Paulo, Zagodoni, 2018. p. 11-16.

OLIVEIRA, V. M. B. de; PERRONE, R. A. P. O brincar como sustentáculo da saúde mental da criança. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 49-66, jan. 2018.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. S. Saúde Mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos Brasileiros. *In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.*** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 75-92.

RIBEIRO, C. M. R.; MIRANDA, L. Demandas a um CAPSI: o que nos dizem os responsáveis por crianças e adolescentes em situação de sofrimento psicossocial. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 43-62, jun. 2019.

ROCHA, F. L.; HARA, C.; PAPROCKI, J. Doença mental e estigma. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 590-596, 2015.

SANTOS, J. C. dos. **O estigma da doença mental:** compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. 2013. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

TANO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersectorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290108, 2019.

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan. 2006.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *In*: WINNICOTT, D. W. (org.). **Textos selecionados**: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 389-408. (Original publicado em 1951).

WHITAKER, R. A epidemia disseminada entre crianças. *In*: WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: Pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Ed. Fiocruz, 2017. p. 225-254.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G. Pistas para um agir criançaável nas experiências de conflito. **Etd – Educação Temática Digital**, Campinas, Universidade Estadual de Campinas, v. 20, n. 2, p. 368-390, 11 abr. 2018.

Capítulo 8

*O cuidado em saúde
mental de crianças e
adolescentes: interfaces
entre clínica e política
de atenção psicossocial*

*Iagor Brum Leitão
Luziane Zacché Avellar*

INTRODUÇÃO

Como amplamente debatido, no Brasil, as políticas de saúde mental que priorizam crianças e adolescentes no escopo do Sistema Único de Saúde (SUS) foram implementadas tardiamente, somente depois

dos anos 2000. Especialmente após os primeiros anos da implementação da lei e da portaria que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001, 2002), houve avanços tanto no sentido de formalização de diretrizes nacionais para o cuidado do público infantojuvenil com necessidades em saúde mental, quanto na ampliação do acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, o que, posteriormente, culminou na necessidade de organização da Rede de Atenção Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2010, 2014a, 2014b; BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a resposta ministerial de implementação de políticas públicas nacionais para o cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil (SMIJ) se deu por demanda e participação de diversos atores que compunham experiências profissionais até então isoladas em seus territórios — mas multiplicadas em todos os cantos do país —, os quais deparavam-se, cotidianamente, com pontos de impasses que atravessavam todo o trabalho clínico e com as consequências da ausência de políticas públicas que proporcionassem condições básicas para o cuidado em saúde mental desse público (COUTO, 2003).

Desde então, diversos grupos de pesquisas, especialmente ligados às Universidades Federais e Estaduais, têm se interessado em estudar as ações psicossociais destinadas à infância e à adolescência, contribuindo com investigações tanto do cotidiano dos diversos serviços públicos de atenção (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSij, Estratégia Saúde da Família – ESF, Núcleos Ampliado de Saúde da Família – Nasf, Unidade Básica de Saúde – UBS, Ambulatórios, Abrigos, Hospitais Gerais, Consultório na Rua, Centro de Referência em Assistência Social – Cras, Centro Referência Especializado em Assistência Social – Creas etc.), quanto a articulação, organização e gestão das Redes de Atenção Psicossocial municipais. Vale mencionar que tais pesquisas têm sido desenvolvidas por meio de uma pluralidade de desenhos metodológicos e bases teóricas de análise, suscitando um verdadeiro campo interdisciplinar de saberes

e de práticas que compõe o que chamamos de “Atenção Psicossocial” (ESSWEIN *et al.*, 2020; RAMIRES *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2011).

Neste capítulo, objetivou-se discutir algumas dificuldades e entraves encontrados no cuidado de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental no âmbito do SUS. Mais do que listar e descrever tais dificuldades, o intuito foi discuti-las em função do diálogo entre a clínica e a política. Afinal, não se pode deixar de notar que as tentativas de formalização de diretrizes nacionais e de políticas públicas que priorizam as particularidades da população infantojuvenil em sofrimento psíquico, assim como as diversas experiências profissionais em saúde empreendidas nos serviços de atenção deste imenso país, ocorrem em um contexto em que ainda se buscam novas formas de lidar e abordar o sofrimento psíquico em detrimento do modelo manicomial, asilar e de caráter excludente, marcado pelo paradigma “biomédico-psiquiátrico-psicofarmacológico”. Isto é, ocorrem em um contexto em que permanece — e cremos que esta é uma condição inerente ao campo, que exige exercício contínuo de superação — a necessidade de reorientar a prática clínica nos serviços públicos de saúde, situando as ações de tratamento dentro de uma clínica humanizada, ampliada e transdisciplinar.

Muito mais do que sustentar uma falsa dicotomia entre clínica e política, a aposta deste texto repousa na sustentação de *interfaces*, que pode ser definido como o conjunto de meios, físicos ou lógicos, com vista a fazer a adaptação entre dois sistemas; é aquilo que proporciona uma ligação entre dois sistemas ou partes de um sistema que não poderiam ser conectados diretamente (MICHAELIS, 2018). No que se refere à saúde mental de crianças e adolescentes, defende-se que é o cuidado um dos pontos de intercruzamento entre clínica e política.

Para elaboração deste texto, foi realizada uma revisão de leis e portarias ministeriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2010, 2014a, 2014b; BRASIL, 2011), assim como de trabalhos fundamentados em psicanálise e que versam sobre a interface entre clínica e política

no contexto da saúde mental brasileira em geral (FIGUEIREDO, 1997; FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2005; MARANHÃO; VIEIRA, 2019; RINALDI, 2003, 2006; TENÓRIO; ROCHA, 2006; ZURBA, 2015) e no contexto da SMIJ em específico (AVELLAR; SAFRA, 2018; BRANDÃO-JÚNIOR; BESSET, 2012; GUERRA, 2005; FRANÇA, 2017; SILVA; FERRARI, 2018; LEITÃO; AVELLAR, 2020; RIBEIRO; MIRANDA, 2017).

No percurso traçado, discute-se como clínica e política, especialmente no contexto brasileiro, ora aparecem como campos opostos ou sobrepostos, ora como complementares e ora como articulados entre si. Reflete-se sobre o nascimento da clínica e de como ela se desenvolve em um sistema de transmissão, que acumula saberes e experiências, os quais, inclusive, ensejam a formulação de políticas públicas. Em seguida, aponta-se algumas dificuldades no que se refere ao cuidado em SMIJ, as quais são tematizadas como clínicas e políticas. Ao final, aborda-se as concepções de sujeito em relação às crianças e aos adolescentes produzidas pela psicanálise e pela política de atenção psicossocial, reafirmando a importância de se resgatar a clínica e seus fundamentos no cenário da SMIJ como uma maneira de reorientar as posições assumidas no caso a caso.

Clínica e política em saúde mental: de que se trata?

De início, destaca-se que o debate de ideias entre clínica e política, especialmente no contexto brasileiro, não figura como “pacífico”. É marcado por posições muitas vezes divergentes e que, não raro, produzem uma separação por grupos: aqueles que defendem a clínica em detrimento da política; aqueles que defendem a política como soberana à clínica. Nesse cenário, ainda se observa ambos os grupos “acusarem” o outro de empreenderem visões reducionistas daquilo que nomeiam como “clínica” e como “política”.

Do lado da política, a crítica direcionada à clínica reside no entendimento de tendência a simplificar e reduzir problemas complexos

(sociais, econômicos, históricos, étnicos-raciais, desigualdades de gênero etc.) ao indivíduo. Desse modo, também tenderiam a configurar uma clínica “elitista”, que não possibilitaria acolhimento para diversas camadas da população que não poderiam pagar pelos serviços. Por consequência, o não lugar dessa população nos espaços de cuidado também reforçaria uma concepção clínico-teórica limitada aos padrões de vida das classes médias e altas, portanto, alheia à determinadas realidades sociais (FIGUEIREDO, 1997; DUTRA, 2004; ZURBA, 2015).

Epistemologicamente, muitas dessas críticas costumam se embasar nos estudos de Michel Foucault, quem contribuiu com obras sobre a loucura, sexualidade, clínica e política, com destaque para o achado de que os saberes “psi” integram uma ampla gama de tecnologias e mecanismos disciplinares, que tendem a operar uma visão individualista do sofrimento psíquico e que, frequentemente, alinham-se com exigências de aparelhos sociais, produzindo formas de classificação, exclusão, segregação e docilização de corpos considerados patológicos — tanto por critérios estatísticos-quantitativos, quanto qualitativos-morais (FOUCAULT, 1979, 1995, 2006).

Particularmente, no contexto brasileiro, essas críticas também ganham notoriedade e pertinentes desdobramentos por meio das correntes que integram a Psicologia Sócio-Histórica, Psicologia Crítica e Psicologia Social Comunitária. Política em saúde mental adquire, portanto, dimensão social, tanto no sentido de comportar programas e estratégias coletivas voltadas a grupos em que seus integrantes compartilham denominadores em comum (psicopatologias e/ou características sociodemográficas, por exemplo), quanto no sentido de priorizar grupos historicamente marginalizados, estigmatizados e que vivenciam extensas desvantagens no que se refere ao exercício de uma cidadania plena (pessoas e grupos que se encontram em situações de risco e vulnerabilidade social, por exemplo) (ALMEIDA, 2019).

Do lado da clínica, a crítica direcionada à política residiria no entendimento da tendência em reduzir o trabalho em saúde

por uma luta pelas igualdades, direcionando os esforços e o “tratamento” para o exercício de uma cidadania pautada na busca por direitos — o que, inevitavelmente, também revelaria certos ideais de “cura”, somente possibilitada por meio de transformações da ordem social e combate às desigualdades socioeconômicas, frequentemente entendidas como consequência do sistema capitalista. Entende-se que o discurso político-social, ao ser tomado como soberano à clínica, tenderia a homogeneizar os sujeitos em usuários em função de características sociodemográficas ou psicossociais compartilhadas; conseqüentemente, a clínica tenderia a se configurar de maneira mais assistencialista, voltada às ações político-sociais e ao coletivo (FIGUEIREDO, 1997).

Nesse entendimento, apesar da compreensão de valor e da importância de redimensionar o olhar para a relação do sujeito com seu território e para os próprios territórios em si, chamando atenção para os atravessamentos históricos e as desigualdades sociais, receia-se que a psicopatologia e a escuta clínica não encontrem lugar dentro dos serviços e das discussões em equipe, sendo substituídas por soluções interventivas fortemente pautadas no plano da realidade dos usuários (meio e entorno social) — uma vez que haveria o entendimento de que o sofrimento psíquico é fundamentalmente fruto da ordem social e de suas ideologias (FIGUEIREDO, 1997; TENÓRIO; ROCHA, 2006).

Para além da lógica binária, zero ou um, também há aqueles que defendem outros caminhos, que articulam clínica e política, entendendo-os como campos indissociáveis. Toda clínica seria política, e toda política constituiria uma clínica. Em resumo, aqui há certo entendimento de que superar uma clínica de caráter excludente, ortopédica e individualizante — questão necessária — é diferente de negar a função clínica dos serviços e dos saberes das especialidades — questão ingênua.

No intuito de compreender essa articulação entre clínica e política, resgata-se o nascimento da clínica, historicizado por Foucault

(1997). A passagem da medicina clássica (classificatória) para a medicina moderna (medicina clínica) é marcada por transformações em relação à forma em que se entendia e ensinava a medicina. A clínica nasce quando ocorre um redimensionamento do olhar médico da doença em si — tempo em que o foco era o estudo das características mórbidas, classificações e hierarquizações — para um olhar semiológico. A clínica passa a se constituir como uma prática semiológica, de interpretação dos sinais e sintomas das doenças do corpo e as mentais, os quais são tematizados e sistematizados em um discurso científico (semiologia patológica e psicopatológica, por exemplo). Desse modo, o trabalho do clínico repousaria na escuta atenta das queixas e demais manifestações do indivíduo, bem como aquilo que o exame de seu corpo revela, conferindo-lhes ou não valor de sintoma ou sinal (psico)patológico (BENZATO; PEREIRA, 2014). É aí que o “leito” é restituído de valor para o aprendizado, uma vez que se torna lócus de ensino teórico e aplicado — um meio de acesso à experiência clínica. Resgata-se, daí, o valor etimológico de “clínica”, advinda do grego *klinkós*, que designa “prática da medicina à beira do leito” (FOUCAULT, 1997).

Apesar das consequências negativas desse *modus operandi*, especialmente no que se refere à potencial exclusão do sujeito, já que o “clínico” se posicionaria como intérprete dos signos do corpo do enfermo, tendendo a esvaziá-lo de sua subjetividade, é preciso reconhecer que daí nasce alguma possibilidade de um entendimento da fala da “loucura”, isto é, por meio de construções teóricas complexas, as quais buscam dar inteligibilidade a essa fala. Nesses termos, a psicopatologia, também enquanto “discurso sobre a alma que sofre”, mostrar-se-ia extremamente necessária para o estudo e aprofundamento dos fenômenos do sofrimento psíquico. É por meio de uma psicopatologia que a clínica pode adquirir coordenadas, e é por meio da clínica que determinada psicopatologia encontra seu devido valor.

Nesse contexto, defendemos que o fundamental é como aquele que dirige um tratamento irá se posicionar: identificado ao lugar da

verdade e utilizando os conceitos de maneira simplista, como forma de “dar conta” do fenômeno complexo que é o sofrimento psíquico; ou como aquele que se posiciona como causa para a produção de um saber, fazendo uso dos conceitos para, ao invés de “dar conta”, “fazer contas”, isto é, mobilizando-os em função da *práxis* singular como forma de construir o caso clínico e dirigir o tratamento.

Nessa perspectiva, vale ressaltar que a clínica se desenvolve em um sistema de transmissão, que acumula saberes e experiências, os quais, inclusive, ensejam a formulação de políticas públicas. Nesse caso, destaca-se que o engendramento das políticas públicas, a partir da reforma psiquiátrica — a política da “Atenção Psicossocial” —, dá-se por meio das contribuições, discussões e participação coletiva de profissionais da “linha de frente”, familiares, pesquisadores e demais atores que compõem o trabalho em saúde mental, que contribuem com sua expertise técnica e crítica, as quais, inevitavelmente, são atravessadas pelas linhas epistemológicas e formações clínico-teóricas que medeiam suas ações de escuta e intervenção.

Na prática, isso significa que a política em saúde mental deve ser resultado de um esforço de formalização que, em seus dizeres, comporte linguagem (tanto em termos de conteúdo, quanto de forma) capaz de ser entendida, reconhecida, acolhida e reafirmada por profissionais adeptos de diferentes abordagens clínico-teóricas (no campo da psicologia, por exemplo, por psicanalistas, psicólogos sociais, analistas do comportamento, terapeutas cognitivo-comportamentais etc.). É o saber advindo dos impasses impostos pela clínica que possibilita a construção das diretrizes políticas, como estratégia coletiva. É a política, por sua vez, que redimensiona as ações clínicas em prol de uma direção em comum, centrada nas necessidades prioritárias das populações, que, no caso da saúde mental brasileira, também é a mitigação e transformação das desvantagens dos grupos aos quais elas priorizam, bem como a potencialização de espaços e de recursos para o contínuo desenvolvimento de si e dos territórios, integrando um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária (ALMEIDA, 2019).

Em nossa leitura, no caso específico das diretrizes ministeriais para o cuidado em SMIJ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, 2010, 2014a, 2014b), observamos a presença de fundamentos e concepções que perpassam as mais diversas abordagens clínico-teóricas, ainda que muitas delas constituam-se sobre epistemes diferentes entre. Fundamentalmente, todas reconhecem e advertem que tanto as concepções de “saúde”, quanto de “doença” não devem ser vistas apenas de maneira unilateral, mas multifatorial e integrativa. Isso significa que, embora cada abordagem clínico-teórica tenha sua própria episteme, ética, estética, metodologia e técnica, de forma que destaquem o objeto pelo qual são responsáveis (quer seja o inconsciente, quer seja o comportamento, o desenvolvimento, as relações sociais etc.), não enfatizam uma unicausalidade do processo saúde-doença. Todas buscam, à sua maneira, contribuir com práticas em saúde capazes de possibilitar condições para autonomia e maiores níveis de satisfação com a vida, ainda que a problemática da “cura” seja diferente para cada uma.

Nesse sentido, entendemos que clínica e política em saúde mental se inter cruzam e se complementam, justamente por integrar e operar simultaneamente sobre o sofrimento, resultado da interação de processos biológicos, subjetivos, históricos e territoriais dos pacientes/usuários (FURTADO; ONOCKO-CAMPOS, 2005). Enquanto a clínica, que aqui afirmamos, aponta para um *sujeito* que há no indivíduo, buscando meios pelo qual esse *sujeito* possa encontrar um lugar para se endereçar, a política denota que esse manejo se dá em um contexto histórico, social e territorial que atravessa esse sujeito com discursos e ações (tanto no micro, quanto no macro) que impactam direta e indiretamente seus modos de vida. Trata-se, no final, de ampliar o *setting* terapêutico e o objeto de intervenção, sem antagonismos, nem sobreposições. Trata-se de reconhecer, como aponta Figueiredo (1997, p. 172), que os centros de atenção recebem uma população que “sofre do corpo e da vida” e que esse sofrimento também está interconectado a longos processos históricos e sociais que atravessam modos de viver em sociedade.

Saúde mental infantojuvenil: dificuldades clínicas e políticas

O campo da SMIJ é um campo em permanente construção, marcado pela heterogeneidade e pluralidade de orientações clínico-teóricas, também permeado por tensões entre antigos e novos modelos de saúde mental. Historicamente, é um campo que esteve deixado à filantropia e à caridade, sem quaisquer responsabilidades políticas e diretrizes que balizassem a assistência em saúde mental. Cotidianamente, o fazer em atenção psicossocial infantojuvenil é marcado pelo desafio de buscar maneiras mais humanizadas e efetivas para produzir, promover e intervir em saúde, suscitando uma clínica orientada às relações singulares dos sujeitos com sua estrutura e território (BRANDÃO-JÚNIOR; BESSET, 2012; TAÑO; MATSUKURA, 2015; GUERRA, 2005).

Estudos desenvolvidos em serviços públicos voltados para o cuidado em SMIJ têm identificado que, na ausência de serviços estratégicos para o cuidado desse público (CAPSij, especialmente) e/ou de equipes de referência, a oferta em saúde mental tem se dado por meio de atendimentos ambulatoriais e usualmente centrados nas especialidades psiquiátricas e psicoterápicas para demandas bastante complexas e multifacetadas, o que propende em um condicionamento do perfil das demandas das famílias, cada vez mais centradas na lógica da “consulta”, medicalização do transtorno e remediação dos sinais, sintomas e comportamentos indesejados (FRANÇA, 2017; LUZIO; L'ABBATE, 2009; RIBEIRO; MIRANDA, 2019; ROSA; ZAMBENEDETTI, 2014).

Em geral, os serviços públicos recebem em quantidade expressiva de meninos e meninas com *problemas externalizantes*, manifestados por queixas voltadas a problemas de aprendizagem (hiperatividade ou desatenção, por exemplo) e de conduta (agressividade e uso de álcool ou outras drogas, por exemplo). Já os *problemas internalizantes* são manifestados por queixas de retraimento, ansiedade, timidez e/ou insegurança em geral (CID *et al.*, 2019; DALTRO; MORAES;

MARSIGLIA, 2018; DELFINI *et al.*, 2009; HOFFMAN; SANTOS; MOTA, 2008; LEITÃO *et al.*, 2020).

Contemporaneamente, os serviços têm recebido cada vez mais crianças e jovens com comportamentos autolesivos e em risco de suicídio, os quais costumam despertar, especialmente em equipes da atenção básica, forte insegurança no manejo, o que tende ao uso de internações em hospitais gerais como medida “preventiva” — seja em nome da criança ou adolescente, seja em nome da equipe (LEITÃO, 2019; REIS; GUARESCHI, 2016).

Em sua maioria, os usuários dos serviços são meninos e meninas provenientes de famílias com baixa-renda, usualmente em estado de extrema vulnerabilidade social, contexto de vida nas ruas e em conflito com a lei (COSTA; SILVA, 2017; DELFINI *et al.*, 2009; FERREIRA *et al.*, 2018; HOFFMAN *et al.*, 2008; LEITÃO *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2017).

Em relação aos diagnósticos, a prevalência é para os Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos de Desafio e Oposição, Transtornos do Comportamento Relacionados a Substâncias, Transtornos de Ansiedade, Transtornos Depressivos, Retardo Mental, Transtorno do Espectro Autista e Transtornos Psicóticos. As avaliações pediátricas, psiquiátricas e psicológicas, psicoterapia, terapia ocupacional, fonoterapia, arteterapia, oficinas terapêuticas e grupos psicoterapêuticos estão entre as principais terapêuticas ofertadas pelos serviços. Ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos e estabilizantes de humor são os principais grupos de medicamentos prescritos, com destaque para o Haloperidol, Metilfenidato, Fluoxetina, Sertralina, Risperidona e Carbamazepina (ANDRADE *et al.*, 2011; BRAGA, 2011; FATORI *et al.*, 2018; LEITÃO *et al.*, 2020).

Com base na literatura pesquisada, composta por estudos desenvolvidos em serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij e serviços da Atenção Primária, como UBS e ESF, especialmente), disponíveis nas bases de dados Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e *Scientific Electronic*

Library Online (SciELO), organizou-se um quadro que descreve os relatos de dificuldades mais enfrentadas por serviços, profissionais e equipes, as quais foram tematizadas em “clínicas” e “políticas”. As situadas como “clínicas” se referem a um conjunto de dificuldades relacionadas à construção dos casos clínicos, direção de tratamento e à técnica (compreensão e manejo, por exemplo), assim como questões relativas aos papéis e atividades profissionais singulares e coletivas (tensões sobre o lugar que o profissional ocupa na equipe de saúde). Já as “políticas” se referem a um conjunto de dificuldades relativas às condições e aos processos de trabalho, ambiente institucional, conhecimento e cumprimento das diretrizes para o cuidado em SMIJ, capilaridade, articulação e gestão da Rede de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Quadro 1 – Dificuldades clínicas e políticas no cuidado em SMIJ apontadas nos estudos pesquisados

Clínica	Política
<p>Sentimento frequente de confusão de papéis entre a equipe de saúde (mistura de funções tende a provocar sensação de apagamento dos saberes próprios da formação) e/ou produção de papéis inflexíveis (tendência do profissional fixar-se no saber próprio da formação, identificando-se ao lugar do especialista/mestre);</p>	<p>Dificuldades em trabalhar de maneira interdisciplinar e transdisciplinar e compor uma equipe de saúde mental, cujo trabalho se dê por meio da construção compartilhada dos casos e o estabelecimento de um norte em saúde comum a todos;</p>
<p>Frequente percepção de impotência por parte dos profissionais, usualmente acompanhado por percepções de produções tutelares e cronificação dos usuários aos serviços;</p>	<p>Dificuldades em trabalhar de maneira articulada e em Rede (intersectorialidade, matriciamento e prática de encaminhamentos implicados);</p>
<p>Frequente concepção de impotência terapêutica por parte dos profissionais, usualmente acompanhado por percepções de produções tutelares e cronificação dos usuários aos serviços;</p>	<p>Frequente desconhecimento por parte de alguns profissionais das diretrizes para o cuidado em SMCA no SUS, comumente relacionado à insuficiência ou à ausência de disciplinas clínico-teóricas nos currículos das graduações para este tipo de trabalho;</p>
<p>Dificuldades de “adesão” ao tratamento por crianças e jovens com problemas de álcool e outras drogas, assim como dificuldades da equipe estabelecer um lugar possível de cuidado para esses usuários e uma direção de tratamento para além do fim “cessar o uso de substâncias”;</p>	<p>Medicalização da vida e da infância, haja vista o contínuo aumento de prescrição de medicamentos ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos e estabilizadores de humor;</p>
<p>Dificuldades de compreensão clínica de casos que envolvem psicoses, autismos e de estabelecer manejo que não tenha a medicação como estratégia primeira e soberana;</p>	<p>Na prática, frequentemente os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) figuram como <i>checklist</i> de atividades ofertadas pelos serviços as quais o usuário deve frequentar;</p>
<p>Insuficiência e/ou insegurança clínico-teórica no acolhimento, abordagem e manejo de crises e surtos, de forma a evitar internações hospitalares;</p>	<p>Redes de Atenção municipais frequentemente com déficit no quantitativo de serviços de atenção (ausência de CAPSij mesmo quando atinge critério populacional e demais outros serviços);</p>
<p>Dificuldades clínico-teóricas em incluir e manejar os pais/cuidadores nos processos de cuidado da criança ou adolescente;</p>	<p>Frequente ausência de equipe de referência em SMCA em municípios de pequeno ou médio porte que não possuem CAPSij;</p>
<p>Dificuldades em dimensionar o acolhimento para-além de uma consulta anamnésica ou de triagem, e sim como possibilidade de constituir vínculo, suscitar e redimensionar demandas (tanto das próprias crianças/adolescentes, quanto dos pais/cuidadores ou terceiros que os levaram para o serviço).</p>	<p>Precariedade das condições de trabalho (baixos salários; rotatividade de profissionais em regime de trabalho temporário; ausência, insuficiência e/ou má gestão de recursos financeiros para atividades lúdicas, passeios, utilização de materiais e transporte para buscas ativas; coordenação de serviços usualmente ocupada por pessoas com inexperiência em saúde pública e por meio de cargos comissionados, os quais mudam com a troca de prefeitos).</p>

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

É evidente que não se espera um cenário em SMIJ em que não haja dificuldades, sejam clínicas ou políticas. Como destacado, trata-se de um campo marcado por um constante desafio, que é o de sustentar maneiras de cuidar a saúde mental de forma que não reproduza a lógica manicomial (e que, para tanto, devemos todos estar advertidos desse risco). Para trilhar caminhos de superação dessas dificuldades, aposta-se que é necessário estabelecer transferência para com o campo da SMIJ, tomando-o como demanda de trabalho, fundamentalmente marcada pela curiosidade e pelo desejo não somente pelo tratamento oferecido a cada usuário, mas também no espaço de discussão e produção de saberes e transmissão sobre esse campo. Para tanto, é preciso revisitar e resgatar os fundamentos que sustentam as ações clínicas e políticas. Nesse sentido, resgata-se, no tópico seguinte, a questão epistêmica acerca do sujeito: no cenário da SMIJ, quais são os sujeitos que se tratam?

No cenário da saúde mental infantojuvenil, quais são os sujeitos que se tratam?

A criança ou adolescente que se escuta na clínica são os mesmos a quem a política se reporta? Quem é a criança ou adolescente para a clínica e quem é a criança ou adolescente para a política de saúde mental? De que maneira esses pequenos e jovens chegam aos serviços públicos de atenção? De que maneira profissionais e serviços os recebem?

Respostas para cada uma dessas interrogações dependem, fundamentalmente, da concepção de sujeito pela qual política e clínica são responsáveis por produzir e sustentar. Aqui, então, é preciso afirmar de modo mais claro que “clínica” tomamos como paradigma: trata-se da clínica psicanalítica.

De uma forma geral, nota-se que a política em SMIJ toca em questões caras à psicanálise — assim como o inverso, já que a psicanálise, representada pelos profissionais que participavam da construção de diretrizes, também implicou a construção dessa política.

No capítulo “Princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil” da cartilha “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 11), categoricamente, afirma-se:

Antes e primeiro que tudo, é preciso adotar como princípio a ideia de que a criança ou o adolescente a cuidar é um sujeito. Tal noção implica, imediatamente, a de responsabilidade: o sujeito criança ou adolescente é responsável por sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma. É, por conseguinte, um sujeito de direitos, dentre os quais se situa o direito ao cuidado.

De saída, a diretriz revela uma dimensão tanto clínica, quanto política que fundamentam maneiras de se conceber quem é a criança ou adolescente que chegará para atendimento nos serviços de atenção e de que maneira ela será acolhida, portanto. Para todos, a política reafirma o princípio de que a criança ou adolescente devem ser considerados, de saída, sujeitos. Especificamente, aponta para a dimensão de direitos dessa criança ou adolescente, que é o direito ao cuidado; por consequência, estabelece-se o dever político para com elas: promover o cuidado em saúde conforme os princípios doutrinários do SUS e cumprir o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Já a clínica psicanalítica, por meio de seus fundamentos, responsabilizar-se-á para que a dimensão de responsabilidade dessa criança ou adolescente seja implicada. Não se trata de uma responsabilidade positiva, superegóica ou simplesmente consciente, mas, sim, da implicação para com a própria divisão subjetiva e com o que se faz com o sintoma (FERRARI; SILVA, 2018). Entretanto, vale destacar que a “clínica” não está dada *a priori*, pois ela se constitui no curso do cuidado, no curso de uma relação terapêutica. A clínica em saúde mental com crianças e adolescentes advém da posição a qual o clínico, de saída, assume: escutar crianças e jovens em sua condição de sujeito,

e não de objeto. Daí, as intervenções clínicas se orientarão a partir das coordenadas das necessidades e demandas que vão se produzindo e se transformando no campo da relação terapêutica.

Evidente, então, que a pergunta sobre o *sujeito* é fundamental para se pensar no lugar de partida de cada prática discursiva no campo da SMIJ. Então, que sujeito é esse garantido pela política e que sujeito é esse sustentado pela clínica?

Primeiro, a política. Frequentemente, o sujeito da Atenção Psicossocial é tido como equivalente de sujeito de direitos, um sujeito-cidadão. Considerar a garantia e exercício da cidadania às crianças e aos adolescentes redimensiona os serviços de atenção em SMIJ à função política, garantindo o dever do Estado Democrático de Direito de cuidar de seus cidadãos, promovendo-lhes condições de exercerem a cidadania plena. Trata-se de um sujeito recortado a partir de posições políticas, de organização social. Como meio de atingir esses objetivos, a assistência em saúde se configura por meio de um trabalho não só interdisciplinar, mas intersetorial, uma vez que o cuidado — especialmente quando se trata de crianças e adolescentes — necessita estar articulado com serviços que compõem direta e indiretamente a Rede de Atenção (serviços da atenção básica, secundária e terciária, assistência social, setores jurídicos, conselhos tutelares, escolas, família, centros de cultura etc.).

Nesse sentido, entende-se que a dimensão política da SMIJ revela sua importância justamente por afirmar, de modo categórico, que *todos* deverão estabelecer suas ações de cuidado, de tratamento, de assistência e de escuta com crianças e adolescentes, a partir desse posicionamento (COUTO, 2003; GUERRA, 2005). Quaisquer crianças ou jovens em sofrimento, independentemente do diagnóstico médico, faixa etária, sintoma, gênero e mesmo psicopatologia, deverá ser acolhido no âmbito desse cuidado em saúde mental. Trata-se de uma posição política a ser reafirmada por todos no cotidiano dos serviços, apontando uma direção de tratamento em comum: a clínica ampliada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Nessa perspectiva, entretanto, vale destacar que se há uma escuta de *sujeito* mediada pelo signo *cidadania*, ainda que ambos apareçam ora guardando uma relação de continuidade entre si, ora como campos radicalmente distintos e ora como campos heterogêneos, porém articulados, em muitos casos, a consequência que se produz é uma direção de “tratamento” orientada à cidadania como um discurso a ser incorporado subjetivamente pelo sujeito-usuário (RINALDI, 2003, 2006). Desse modo, apesar das conquistas, entende-se que o próprio campo da Reforma Psiquiátrica reatualiza o antigo problema de já se antecipar um saber sobre o sujeito.

Nesse aspecto, concordamos com Maranhão e Vieira (2019, p. 761), quando observam que:

Ser encoberto pelo manto da cidadania não garante por si só que este signo fará parte da rede de significantes do louco, isto, é, terá algum sentido para a pessoa que sofre. As práticas instituídas pela RPB [reforma psiquiátrica brasileira] nos serviços assistenciais de atenção psicossocial são orientadas por esse princípio partindo de uma cidadania enquanto direito político para todos e que, por sua vez, garante o acesso a direitos sociais, a exemplo da saúde, mas que não dialogam com a demanda de cada sujeito para quem este discurso é direcionado.

Como uma maneira de equacionar o problema, apostamos que é preciso resgatar o valor da clínica na saúde mental. Para tanto, é preciso desidentificá-la do signo “tradicional” que, de maneira estereotipada, mortificou a clínica como uma prática voltada ao “consultório” e à lógica da “consulta”. É certo que, como se sabe, encontramos com frequência esse modelo vigorando em diferentes espaços, inclusive nos serviços de atenção. Mas é certo que não se pode generalizar toda clínica como sinônimo desse “tradicional”, pois, se assim for, ocorrerá um desgaste do próprio conceito de clínica, fadando-a à identificação em prática ortopédica, individualista, elitista e simplificadora do sofrimento psíquico.

No intuito de apontar para esse valor da clínica na saúde mental com crianças e adolescentes, resgatamos os fundamentos da clínica psicanalítica. Isso porque, a rigor, suas bases epistêmicas nunca orientaram atividade “tradicional”, insensível e estrangeira aos acontecimentos e organizações históricas, sociais e econômicas.

Desde Freud e a descoberta do inconsciente, o sentido da clínica em saúde mental, até então determinado pela ordem médica, foi redirecionado em função da subversão do sujeito da razão em sujeito do inconsciente. É sabido que a psicanálise se constituiu como uma primeira clínica moderna interessada em escutar e acolher o sujeito em seu discurso, deixando de lado o *furor sanandis* ao situar a importância da relação transferencial estabelecida entre “paciente e analista” na produção de saúde e doença.

Embora Freud não tenha se dedicado à psicanálise com crianças, foi ele quem forneceu os primeiros alicerces para o advento desse trabalho que outras autoras e autores vieram desenvolver, tais como Sabina Spielrein, Melaine Klein, Donald Winnicott, Françoise Dolto, Maud Mannoni, Rosine Lefort, Jacques Lacan, entre outros, os quais buscaram formas de escutar, tratar e acolher crianças e adolescentes a partir de suas particularidades e de uma maneira psicanalítica — ainda que não sem impasses clínicos e teóricos.

Salvaguardando as diferenças teóricas de cada um desses autores, interessa destacar que, em psicanálise, a resposta à questão “o que é uma criança?” é fundamental. Com a psicanálise, aprendemos que a criança se constitui como um objeto que tem valor para o Outro. Para determinada sociedade ou comunidade, a criança pode adquirir determinado valor; para o Estado, um valor distinto. Para o discurso médico, outro valor. Para a escola, também outro. Para os pais, outro ainda. Todos esses “outros” configuram um lugar pelo qual a criança adentrará na linguagem e pelo qual será escutada — “lugar” chamado de *Outro*, conforme teorizações lacanianas (FER-RARI, 2012; QUINET, 2002).

Na metapsicologia psicanalítica, portanto, a criança é entendida fundamentalmente como um objeto. Um objeto em que os pais depositarão, antes mesmo de seu nascimento, algo em função de seus narcisismos — para o bem e para o mal. Desse modo, a criança nasceria como um objeto para o Outro que viria tamponar um lugar de uma falta para dar satisfação a um desejo inconsciente. Daí, em Freud, a criança estar identificada ao que ele nomeou como *Falo* — que, por sua vez, Lacan teorizou como objeto a (VANIER, 2017).

A criança, então, advém como objeto fálico, determinado pelo valor de falo recortado pelos pais, pela comunidade, pelo Estado, pela escola, pelo discurso médico, jurídico, assistencial, científico... pelo Outro. No entanto, destaca-se que mesmo que crianças e adolescentes sejam cortados por discursos e que se constituam a partir deles, isso não implica, necessariamente, em alienação ao discurso, em alienação ao Outro e à demanda deste. Quer dizer, o fato de que não há como um sujeito se produzir fora do Universo, fora da linguagem, não implica em concebê-lo como reduzido, fatalmente, a esse Universo e suas partes — muito embora encontramos crianças e adolescentes, tanto em estruturas neuróticas, quanto psicóticas, que parecem ter se instalado cronicamente na posição objetal.

Nos serviços de atenção, os usuários usualmente chegam como crianças/adolescentes-sintomas, cujas queixas são instituídas, localizadas e endereçadas por terceiros — trata-se de sintomas que fazem questão, preocupação e incômodo outras pessoas. Ao serem recebidos, é fundamental que esses sintomas localizados neles sejam colocados entre parênteses, não os devendo ser aceitos em seu estado bruto — e isso não significa excluí-los ou desconsiderá-los, mas os questionar. Colocar em parêntese esses sintomas *na* criança/adolescente é condição fundamental para que o sintoma *da* criança/adolescente emerja. Este, por sua vez, refere-se ao sintoma que faz questão para a própria criança/adolescente, enunciado e endereçado por ela/ele ao serviço/equipe (BRANDÃO-JÚNIOR; BESSET, 2012; FARIA, 2016).

Evidente, portanto, que abrir espaço para advir o sintoma da criança ou adolescente é responsabilidade dos profissionais e serviços. Se há, portanto, uma dimensão política do direito de crianças e adolescentes ao cuidado, apostamos que o necessita se dar também por meio de um dever ético-clínico, que é o de situá-lo também em função da concepção de *sujeito de desejo*. Nesses termos, dirigir o cuidado em saúde mental de uma criança ou adolescente implica em mobilizar processos de elaboração, pela própria criança/adolescente, dos discursos, contextos e experiências corporais que atravessam sua subjetividade, possibilitando a eles modos de saber o que fazer com isso. Trata-se de favorecer espaços para o realmente criativo e verdadeiro da criança se desenvolver.

À guisa de ilustração, conforme discutido em outro trabalho (LEITÃO; AVELLAR, 2020), é comum os serviços de atenção de média complexidade como o CAPSij receberem crianças e jovens em situação de extrema vulnerabilidade social, com vida em contextos de rua — pois não se trata de um serviço somente destinado a crianças e jovens com “transtornos mentais graves, severos e persistentes”. Nesses casos, é comum a equipe conviver com certo sentimento de que mais produzem tutela e remediações assistenciais do que “saúde mental” — por vezes, no sentido de resolubilidade das queixas, sinais e sintomas. Em resumo, sentem, em muitos casos, que o serviço não cumpriria sua função clínica em saúde mental. Desse modo, o cuidado se desenvolve frequentemente em torno de respostas às necessidades básicas (higiene, alimentação, segurança, descanso etc.), o que tende a provocar percepções de que não avança para uma outra etapa — correlata à produção de demandas com espessura subjetivante, que geralmente envolvem implicação e responsabilização sobre algo, sobre o sintoma, sobre o desejo, sobre o futuro e sobre a vida — um processo de “pensar verdadeiro”, como diria Wilfred Bion (1994).

Sobre esse tema, concordamos com o posicionamento de Donald Winnicott (1987 [1947], p. 60), quando afirmam, em “Tratamento em regime residencial para crianças difíceis”, que “em todos os casos

havia necessidade de se fazer muito mais do que de fato podia ser feito; e em cada caso, portanto, a avaliação da situação total tinha uma implicação prática importante”. Em face a isso, entende-se que a dimensão clínica em um serviço de saúde mental infantojuvenil está condicionada aos modos em que são feitas as leituras da relação que está se estabelecendo entre usuário e profissional/equipe/serviço. É como base nessas leituras, estratégicas sobretudo, que se pode assumir certos posicionamentos (FRANÇA, 2017). Tomando o exemplo supracitado, se as necessidades básicas do indivíduo (enquanto sujeito de direitos) não forem de alguma forma respondidas, como esperar que as demandas do sujeito (enquanto sujeito de desejo) compareçam? Além disso, é evidentemente possível fazer do momento de atender essas “necessidades” em um momento de atendimento “clínico”, também — aí é que está o *manejo*! É sempre possível que algo ali se enderece, algo do nível da subjetividade, do nível da demanda. Incidir sobre a demanda é responsabilidade daquele que dirige o cuidado (LEITÃO; AVELLAR, 2020).

Desse modo, destaca-se a leitura da função clínica do cuidado em SMIJ efetuada por Avellar e Safra (2018, p. 147). Por meio da abordagem winiccottiana, esses autores afirmam que:

[...] nas diferentes situações cotidianas do serviço, observa-se que muitas vezes a criança e/ou adolescente busca funções que não puderam ser constituídas no tempo certo de seus processos de desenvolvimento. Pode ser que viva ali, pela primeira vez, uma experiência que não pôde acontecer em nenhum outro momento de sua existência. Nesta situação, o profissional do serviço é o outro que precisa reconhecer que o paciente está buscando uma interlocução para uma experiência que ele não consegue nomear, mas que faz parte de sua história.

Fica compreensível que a clínica, nesse sentido, constitui-se por meio do olhar analítico daquele que dirige o cuidado. Isso significa

que a clínica nos serviços de saúde mental infanto-juvenil não se garante por meio do cumprimento de tarefas e atividades (sejam coletivas ou individuais e ainda que não manicomial), e sim por meio do olhar de quem as dirige e como o faz ou facilita as possíveis interlocuções para cada sujeito, conforme suas necessidades e demandas subjetivas (FRANÇA, 2017; GUERRA, 2005).

Para finalizar, tomemos o brincar para analogia. É sabido que o brincar na clínica psicanalítica com crianças não se garante por si só, enquanto recurso técnico — afinal, não se trata de promover uma ludoterapia, em que a atividade lúdica em si é a terapia, cujo objetivo é prioritariamente a catarse. O brincar só se constitui como “clínica”, porque aquele quem escuta, interpreta e participa do brincar, sabe que o constitui uma *função* e, então, posiciona-se nesse brincar, de modo a fazer dele uma interlocução e meio para elaboração. Ao valer-se do entendimento de que durante o brincar uma criança brinca sobretudo com o Outro, com as fantasias e a realidade psíquica, o analista pode garantir um manejo para que esse brincar adquira função transformativa da subjetividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste texto foi abordar o campo da atenção psicossocial infantojuvenil brasileira em função da interface entre a clínica e a política. A ancorou-se no entendimento de que é o cuidado o ponto de intercruzamento entre clínica e política, ainda que cada uma tenha objetivos e direções de cuidado próprias em função das diferentes concepções de sujeito.

Essa questão epistêmica do sujeito se desdobrou na pergunta “quem é criança ou adolescente que chega para o cuidado nos serviços públicos de atenção?”. Pergunta importante, pois as práticas de cuidado decorrem justamente da resposta suposta à questão “quem é essa criança/adolescente”.

A política, como forma de garantia de acesso ao cuidado em saúde mental a todas crianças e adolescentes e seus familiares, demonstra o posicionamento constitucional do Estado Democrático de Direito em cuidar de seus cidadãos. Além disso, a política em saúde mental, sob o manto do paradigma “Atenção Psicossocial”, redimensiona o trabalho clínico, que, além de se dar no caso tomado em sua singularidade, também deve considerar a escuta de um “sujeito coletivo”, que também possui particularidades históricas, socioeconômicas e territoriais. Trata-se de uma clínica implicada e é imperativo que seja atenta às particularidades e necessidades sociais, sensível e capaz de acolher diferentes sujeitos em diferentes condições de vida e de sociabilidade. Nesses termos, todos aqueles que compõem o campo da SMCA devem conduzir suas ações em prol dessa direção.

Entretanto, muitas vezes, o teor político da saúde mental sustenta-se ferrenhamente por meio de uma crítica ao modelo de “clínica tradicional”, marcado pela centralização no saber do especialista e simplificador do sofrimento psíquico, o que produz frequentemente concepções equivocadas sobre “clínica” em sua totalidade, como se fosse sempre algo a ser combatido, como se toda clínica fosse essa “tradicional”.

Conforme indicado, entendemos que o próprio movimento da reforma psiquiátrica brasileira também se deu a partir dos impasses impostos pela clínica, não apenas no sentido de dificuldades terapêuticas e das produções curativas, mas de uma própria demanda interna (epistemológica e teórica) daquilo que se entende como eficácia terapêutica e “cura” e, por consequência, modos de tratar e cuidar.

Nesse sentido, a política, na forma de diretrizes ministeriais para o cuidado em SMIJ, também foi atravessada pelas concepções e construções de clínico-teóricas que compõem o arcabouço “psi” no diálogo com a saúde pública e coletiva. Nesse cenário, todavia, alguns desafios relevantes vêm sendo evidenciados, os quais merecem reflexão para que se possa enfrentá-los com a perspectiva de superá-los. Acredita-se que esses desafios são tanto clínicos, quanto políticos, os

quais decorrem, sobretudo, do choque entre paradigmas do modelo “biomédico-psiquiátrico-farmacológico” e “biopsicossocial”, ou seja, entre modos antigos e emergentes de cuidar e abordar o sujeito e a saúde mental.

Nesse sentido, ensejou-se um resgate do valor da clínica, de seus fundamentos e de seus sistemas de transmissão, tomando-se a clínica psicanalítica como um modelo. O intuito desse resgate não foi no sentido de apontar a clínica ou “essa clínica” como soberana à política; mas de resgatar alguns fundamentos, os quais sustentam teoricamente as posições assumidas no cuidado, acolhimento e respostas às demandas em SMIJ.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00129519, 2019.

AVELLAR, L. Z. **Jogando na análise de crianças**: intervir-interpretar na abordagem winnicottiana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

AVELLAR, L. Z.; SAFRA, G. Saúde mental infantojuvenil: contribuição de alguns conceitos da obra de D. W. Winnicott para a constituição de serviços de assistência. In: FERRARI, I.; FERREIRA-NETO, J. (org.). **Políticas públicas e clínica**: estudos em psicologia e psicanálise. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2018. p. 134-154.

ANDRADE, R. C. *et al.* Prevalência de transtornos psiquiátricos em jovens infratores na cidade do Rio de Janeiro (RJ, Brasil): estudo de gênero e relação com a gravidade do delito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2179-2188, 2011.

BION, W. R. **Estudos psicanalíticos revisados**. Tradução de Wellington M. de Melo Dantas. 3. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

BRANDÃO JUNIOR, P. M.; BESSET, V. L. Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. **Psicologia USP**, v. 23, p. 523-538, 2012.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: O longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

CID, M. F. B. *et al.* Saúde mental infantil e contexto escolar: as percepções dos educadores. **Pro-Posições**, v. 30, e20170093, 2019.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para criança e adolescentes. *In*: GUERRA, A.; LIMA, N. (org.). **A clínica de crianças com transtorno no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Autêntica: FUMEC, 2003. p. 191-198.

COSTA, N. R.; SILVA, P. R. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1467-1478, 2017.

CURRIE, C. *et al.* **Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2012.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, p. 381-387, 2004.

BENZATO, C.; PEREIRA, M. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. *In*: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B.; COSTA, J. R. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2014. p. 35-54.

BRAGA, A. R. M. Uso de psicofármacos na infância e na adolescência para o pediatra geral. **Revista Brasília Médica**, v. 48, n. 3, p. 209-307, 2011.

BRASIL. “Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990”. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. “Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001”. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

DALTRO, M. C.; MORAES, J. C.; MARSIGLIA, R. G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 544-555, 2018.

DELFINI, P. S. *et al.* Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009.

ESSWEIN, G. C. *et al.* Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS): Uma revisão integrativa da literatura Brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wCk557LPXv4y7KtGnPdyJ8q/?format=pdf&lang=pt>.

FATORI, D. *et al.* Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3013-3020, 2018.

FARIA, M. R. **Introdução à psicanálise de crianças**: o lugar dos pais. São Paulo, SP: Toro Editora, 2016.

FERRARI, A. G. Sintoma da criança, atualização do processo constitutivo parental? **Tempo Psicanalítico**, v. 44, n. 2, 299-319, 2012.

FERREIRA, M. *et al.* Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos**: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FRANÇA, V. N. **Da clínica a gestão**: uma política para os Capsi do DF. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília. Brasília, 2017. Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.

FREUD, S. [1914]. Uma introdução ao narcisismo. *In*: FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1980, v. 14. p. 76-108.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1979.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 8, p. 109-122, 2005.

GUERRA, A. M. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. **Psychê**, v. 9, n. 15, p. 139-154, 2005.

HOFFMANN, M. C.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 633-642, 2008.

LACAN, J. [1958]. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 591-652.

LACAN, J. [1966]. A ciência e a verdade. *In*: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 869-892.

LEITÃO, I. B. **O centro de atenção psicossocial infanto-juvenil (Capsij) de Vitória:** dez anos de funcionamento. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, 2019. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luziane Zacché Avellar.

LEITÃO, I. B.; CONSTANTINIDIS, T. C.; AVELLAR, L. Z. Produção de conhecimentos sobre o CAPSI entre 2002 e 2017: revisão integrativa da literatura. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 181-205, 2019.

LEITÃO, I. B.; AVELLAR, L. Z. 10 anos de um CAPSi. **Estilos da Clínica**, v. 25, n. 1, p. 165-183, 2020.

LEITAO, I. B. *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, v. 31, e190011, 2020.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116. 2009.

MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, P. 112-131, 2018.

MARANHÃO, J. H.; VIEIRA, C. L. Reflexões sobre os conceitos de cidadania e sujeito em psicanálise na Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 3, p. 753-771, 2019.

MICHAELIS. Interface. **Michaelis:** dicionário brasileiro de língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2018. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/interface/>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Editora MS, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: Editora MS, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília, DF: Editora MS, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília, DF: Editora MS, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

QUINET, A. **Os Outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

RAMIRES, V. R. *et al.* Saúde mental de crianças no Brasil: uma revisão de literatura. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 311-322, 2009.

REIS, C.; GUARESCHI, N. M. Nas teias da “rede de proteção”: interação compulsória de crianças e adolescentes e a judicialização da vida. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, p. 94-101, 2016.

RIBEIRO, C. M.; MIRANDA, L. Demandas a um CAPSI: o que nos dizem os responsáveis por crianças e adolescentes em situação de sofrimento psicossocial. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 40, n. 1, p. 43-62, 2019.

RINALDI, D. Clínica do sujeito e atenção psicossocial: Novos dispositivos de cuidado no campo da saúde mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 97-100, 2003.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? *In*: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (org.), **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 141-148.

ROSA, M. P.; ZAMBENEDETTI, G. Descompassos da Reforma Psiquiátrica: A Saúde Mental em um município do Interior do Paraná. **Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 1, n.1, p. 317-335, 2014.

SANTOS, D. C. *et al.* Adolescentes em sofrimento psíquico e a política de saúde mental infanto-juvenil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 6, p. 845-850, 2011.

SILVA, M. E.; FERRARI, I. F. Dificuldades de adesão ao tratamento nos CAPSi por adolescentes usuários de drogas: a singularidade como princípio propositivo e os desafios da prática. *In*: FERRARI, I.; FERREIRA-NETO, J. (org.). **Políticas públicas e clínica: estudos em psicologia e psicanálise**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2018. p. 92-111.

SOUSA, G. S. *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3099-3110, 2017.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infanto-juvenil e desafios do campo: Reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

TENÓRIO, F.; ROCHA, E. C. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. *In*: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006. p. 55-72.

VANIER, A. A criança entre sujeito e objeto. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 20, n. 1, p. 135-146, 2017.

WINNICOTT, D. W. [1947]. Tratamento em regime residencial para crianças difíceis. *In*: WINNICOTT, D. **Privação e delinquência**. São Paulo: Martins Fontes, 1995. p. 59-86.

ZURBA, M. do C. A clínica psicológica no contexto das Políticas de Saúde Mental no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health**, v. 7, n. 16, p. 86-94, 2015.

Capítulo 9

“É uma criança ao contrário”: concepções de familiares sobre o sofrimento psíquico de crianças e adolescentes atendidos em um Capsij

Marcela Tommasi Abaurre

Pedro Machado Ribeiro Neto

INTRODUÇÃO

A saúde mental infantojuvenil (SMIJ) constitui importante política do Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o direito constitucional à saúde de crianças e adolescentes. A SMIJ é alvo de investimentos

tardios por parte da gestão pública e campo recente de investigação científica, o que evidencia a necessidade de produção de conhecimento científico nesse campo, já que, dessa forma, pode fundamentar a construção de políticas e ações, assim como a sistematização de práticas e a invenção de outras formas de compreender e exercer o cuidado em SMIJ, tanto por parte dos profissionais no contexto dos serviços, como pelas famílias no cotidiano social e familiar (BRASIL, 1990; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019; FERNANDES *et al.*, 2020; KAPPEL *et al.*, 2020).

A especificidade no cuidado em SMIJ impacta significativamente o ambiente familiar, o que faz com que a demanda por atendimento nos serviços não parta da criança ou adolescente, mas, sim, de seus pais ou responsáveis. A busca espontânea pelo serviço, ou seja, por iniciativa dos familiares, pode ser um indício de que esses atribuem à criança ou ao adolescente algum tipo de problema e, portanto, procuram ajuda nos serviços de saúde (BRANDAO JUNIOR, 2009; DELVAN *et al.*, 2010; KAPPEL *et al.*, 2020; MACHADO; RICCI, 2020).

Leitão *et al.* (2020) destacam a influência familiar na busca pelo cuidado no contexto da SMIJ, afirmando que 9 % das crianças e adolescentes que chegam ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) pesquisado em seu estudo, assim o fazem por demanda espontânea. Os autores também apontam que a população que demanda o serviço provém de famílias com baixa renda, sendo que as principais queixas registradas se referiram à automutilação e à agressividade. Além disso, foi observada significativa frequência de queixas de dificuldades escolares em ambos os sexos.

Beltrame e Boarini (2013) realizaram estudo sobre a demanda escolar no contexto de um CAPSij. Para as autoras, a responsabilidade pelo comportamento agressivo no contexto escolar paira, em geral, sobre a própria criança ou adolescente que cometeu a ação. Nesse percurso, a escola age para solucionar o comportamento inadequado, o que acaba conduzindo para a busca de tratamento medicamentoso, por parte da família. A agressividade é um tema recorrente

no contexto da SMIJ e aparece nos estudos de Moura (2018), Rossi e Cid (2019) como um dos principais comportamentos apresentados pelas crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental, o que evidencia, em outra direção, a dificuldade do cuidado realizado no cotidiano familiar.

Kappel *et al.* (2020) destacam a importância da execução de ações pelas equipes do CAPSij junto das famílias que possuem crianças ou adolescentes atendidos nesses serviços, pois, segundo os autores, as famílias geralmente não comparecem aos serviços em decorrência de dificuldades impostas por condições socioeconômicas e culturais. Desse modo, torna-se preciso contextualizar cada uma das famílias atendidas, compreender sua dinâmica, assim como suas necessidades, no momento em que são estabelecidas ações de cuidado.

Lima *et al.* (2017) realizaram pesquisa sobre a atenção psicossocial de crianças e adolescentes com Transtorno de Espectro Autista (TEA) em um CAPSij, destacando ser impactante a presença de crianças com TEA nesses serviços. Os autores discorrem sobre o processo de estabelecimento do diagnóstico, destacando que as dificuldades de estabelecer esse diagnóstico por parte de profissionais conduzem à peregrinação dos familiares em busca de informações e tratamento. Além disso, os autores apontam uma significativa ausência de dados sistematizados sobre o cuidado relacionado às crianças e aos adolescentes com diagnóstico de TEA atendidos nos CAPSij.

Anjos e Morais (2021) realizaram revisão integrativa sobre autismo e família, revelando que os pais tendem a se organizar em função da criança e do adolescente com autismo, tentando lidar com suas necessidades e dificuldades, tanto no contexto domiciliar, como no social. Nessa circunstância, a família pode apresentar sentimentos e reações de rejeição, tristeza, dependência, superproteção, cansaço e exaustão. Para os autores, o diagnóstico causa impacto nas expectativas e projetos de vida idealizados, podendo ser marcado por uma fase de desequilíbrio, na medida em que os familiares possuiriam, nesse raciocínio, pouco esclarecimento sobre o autismo e as formas

de tratamento. Além disso, os autores afirmam que a ausência de uma rede qualificada de serviços especializados é um fator que gera prejuízos emocionais, sociais e psicológicos a essa família.

Constantinidis (2011) pesquisou familiares de crianças e adolescentes atendidos por um CAPSij, destacando o sentido atribuído pelos familiares ao transtorno mental como algo que não tem cura, somado ao estigma em torno da loucura, o que contribui para que os familiares descreditem do cuidado. Em decorrência disso, a autora explica que os familiares tendem a vigiar e controlar a pessoa em experiência de sofrimento psíquico, como forma de lidar com a situação.

Conforme Falavina e Cerqueira (2008), a relação do cuidador com a criança pode ser tornar ambígua, quando, de um lado, tende para o cuidado extremo e, de outro, para o cansaço, a raiva, a culpa e a impaciência. De acordo com os autores, é comum que os pais lidem com a criança negando as dificuldades que ela apresenta ou, por vezes, considerando-a como dependente e incapaz de realizar tarefas sozinha, colocando-se à inteira disposição da criança, o que acarreta em sobrecarga ao familiar cuidador.

Waidman (2004) argumenta que, dada a dificuldade do cuidado em SMIJ realizado no cotidiano familiar, cada família desenvolve as próprias estratégias e possui maneiras peculiares de cuidar, que se constitui como o modo encontrado para se articular em sua realidade. Nessa linha, Maia (2010) pondera sobre os desafios do cuidado em SMIJ, afirmando que a peculiaridade desse cuidado demanda a busca de ações: “[...] compatíveis aos desejos e necessidades dos cuidadores e familiares das crianças e adolescentes, a fim de vencer possíveis resistências, e possibilitar resultados positivos ao tratamento” (MAIA, 2010, p. 68).

Moura (2018) realizou um estudo com gestores e familiares de um CAPSij, apontando a participação da família como essencial no cuidado. Assim, é importante produzir conhecimento sobre os familiares e como esses entendem a experiência de sofrimento psíquico vivenciada pela criança ou adolescente. Conhecer as concepções dos familiares

cuidadores acerca da criança e do adolescente inseridos no CAPSij possibilita ampliar a compreensão sobre as práticas de cuidado desses familiares, uma vez que a maneira como compreendem a situação está intimamente relacionada à forma como lidam com ela no cotidiano.

Com base nessas informações, este capítulo objetiva conhecer as concepções dos familiares cuidadores acerca das experiências vivenciadas pelas crianças e adolescentes atendidos em um CAPSij. Os objetivos específicos foram: identificar as principais dificuldades desses familiares no cuidado e suas estratégias para lidar com essas dificuldades.

MÉTODO

Segundo Flick (2009), a abordagem qualitativa é relevante para o estudo das relações sociais, na medida em que permite explorar aspectos subjetivos, sendo utilizada na busca de percepções e compreensão acerca de determinado fenômeno a ser interpretado. Nesse sentido, este estudo foi direcionado para a compreensão de concepções de familiares que possuem crianças ou adolescentes sob sua tutela, atendidos em um CAPSij. Trata de um tipo de serviço destinado à assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves sob a lógica da atenção psicossocial. Segundo o Ministério da Saúde, o serviço deve estar capacitado para a realização de atendimentos regulares, direcionados para determinado número de crianças e adolescentes e seus familiares, além de propor uma série de atividades terapêuticas (BRASIL, 2015).

Os dados apresentados neste capítulo são decorrentes de uma pesquisa de mestrado e foram coletados, em 2012, em um CAPSij do Espírito Santo (ABAURRE, 2013). Atualmente, em 2021, o estado possui quatro unidades CAPSij, localizadas nos municípios de Vitória, Serra, Vila Velha e Cariacica. Entretanto, na ocasião da coleta de dados desta pesquisa, somente um CAPSij existia em funcionamento no estado, onde foi realizada a coleta de dados.

Participaram da pesquisa 12 familiares cuidadores que frequentavam o CAPSij pesquisado, sendo 3 do sexo masculino e 9 do sexo feminino. Sobre as relações de parentesco desses familiares com a criança ou adolescente atendidos no serviço, os participantes apresentavam-se como pais, mães e avós. Os 12 participantes deste trabalho serão referidos pela letra “P”, seguido do respectivo número, de 1 a 12, mantendo o anonimato dos entrevistados.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, sob registro de número 297/11, foi realizada a coleta de dados, utilizando a técnica de grupo focal. Essa técnica consiste em uma modalidade de grupo de discussão em que o mediador incentiva a participação de todos os membros na emissão de suas opiniões relacionadas a um tema, com o objetivo de possibilitar a abrangência de opiniões sobre o assunto em questão (FLICK, 2009).

Foram realizados dois grupos focais com duração de aproximadamente uma hora e meia cada, agendados via contato telefônico, no CAPSij pesquisado. O intervalo entre os dois grupos foi de um mês. O primeiro grupo contou com a participação de 12 familiares, e o segundo contou com a presença de cinco dos 12 familiares. Foi utilizado um roteiro de perguntas norteadoras, dividido entre os dois grupos focais, com os seguintes propósitos: identificar o que pensam os familiares cuidadores sobre a experiência de sofrimento psíquico da criança ou do adolescente atendidos no serviço; conhecer a participação dos familiares no cuidado e no tratamento das crianças e adolescentes; conhecer as possíveis dificuldades encontradas no cuidado e no tratamento e como lidam com essas dificuldades; entender como compreendem o tratamento. As discussões levantadas nos grupos foram gravadas e transcritas, para posterior análise.

Os dados foram submetidos à análise temática segundo Minayo (1993). Na análise temática, as entrevistas são transcritas e submetidas a uma leitura exaustiva, permitindo o registro das primeiras impressões sobre a mensagem, definição de trechos significativos

e categorias. Posteriormente, efetiva-se a exploração do material, dando sequência ao tratamento dos resultados e a interpretação, possibilitando a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 1993, p. 74).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em três categorias temáticas, surgidas a partir da análise de conteúdo das falas dos participantes transcritas: (1) “concepções sobre o cotidiano de cuidado das crianças e dos adolescentes”; (2) “primeiras percepções dos sinais de vivência de sofrimento psíquico até o diagnóstico” e (3) “dificuldades encontradas pelos cuidadores e formas de lidar”.

Um primeiro dado que merece destaque é que a maioria dos participantes constituiu-se do sexo feminino, apontando como principal cuidadora a mãe ou a avó, o que também é observado em outros estudos (MISQUIATTI *et al.*, 2015; DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018; MOURA, 2018). Apenas 3 dos 12 participantes eram do sexo masculino e apresentaram-se como pais.

Concepções sobre o cotidiano de cuidado das crianças e dos adolescentes

Para conhecer as concepções sobre o cotidiano, os familiares foram questionados sobre a experiência de sofrimento psíquico vivenciada pelas crianças e adolescentes. A maioria dos termos que os familiares utilizaram referiu-se ao “comportamento” das crianças e adolescentes: “*mau comportamento*” (P 02), “*menos comportado*” (P 03), “*mais comportado*” (P 03), “*hábito*” (P 01), “*agitado*” (P 05), “*curioso*” (P 05), “*algumas dificuldades*” (P 09) e “*alguns atrasos*” (P 09) ou, ainda, um termo que se destacou por sua força de expressão “*não tem nenhum comportamento*” (P 03), explicado pelo fato de que a criança que não

é agressiva, não fala, não sabe tomar banho, enfim, “*não sabe nada de nada*” (P 03).

A criança é, ainda, compreendida como “*diferente*” (P 09), como quem “*é de outro jeito*” (P 09), denotando alguma dificuldade ou atraso, quando comparada pelo familiar às demais crianças do convívio: “*você vê os outros próximos, né, primo, os outros parentes: ‘Aquele já tá andando, aquele já tá falando’, aí você fica aflito para o seu chegar lá também*” (P 09). Em um determinado momento do desenvolvimento, nota-se a ocorrência de comportamentos diferenciados de outras crianças conhecidas, causando preocupação nos familiares (ZANATTA *et al.*, 2014). Entretanto, a convivência com a criança ou adolescente permite conhecer os recursos — palavra empregada por um dos familiares — utilizados para se articular com as pessoas em determinados ambientes e que, muitas vezes, são interpretados como gestos agressivos:

[...] se a gente souber lidar com ele, dá tudo certo. Ele chegou por trás pra abraçar ela (professora), ela já achou que ele tava estrangulando ela. Então, tem pessoas que infelizmente não sabem lidar com a situação e já leva pelo outro lado, né (P 10).

Em um trabalho realizado por Camargo *et al.* (2020), com professoras de crianças autistas, evidenciou-se a dificuldade que as educadoras possuíam em explicar ou analisar situações que desencadeavam comportamentos agressivos das crianças em sala de aula. A agressividade foi mencionada como um obstáculo para a relação da criança autista com as professoras, devido ao medo causado pelas atitudes agressivas da criança.

Tais comportamentos, segundo os familiares participantes da pesquisa, são interpretados erroneamente pelas pessoas que não compreendem o porquê das atitudes agressivas da criança, compreendendo-a exclusivamente como uma criança que “*dá trabalho*” (P 04), desvalorizando outras características de conotação positiva que ela possui, como ser “*meiga e carinhosa*” (P 10), “*inteligente*” (P 08),

“*companheira*” (P 04), sendo necessário ter “*paciência*” (P 11) para lidar com ela. Os familiares relataram ainda que as crianças ou os adolescentes, algumas vezes, utilizam-se de comportamentos agressivos, na tentativa de conseguirem, a qualquer custo, a satisfação das próprias demandas em certas situações ou, ainda, que a agressividade “*é a forma de ele se defender*” (P 10), bem como “*aparentemente ele não tem nada, mas tudo ele reage com agressividade*” (P 12).

De acordo com Delfini *et al.* (2009), a agressividade ou problemas sociocomportamentais nem sempre devem ser entendidos como quadros patológicos. A agressividade pode ser caracterizada como passageira ou reativa, de forma que é importante não a patologizar. Assim, os autores consideram a hipótese de que a família, a escola ou, até mesmo, os profissionais do CAPSij tendem a relacionar a agressividade com a periculosidade ou violência à saúde mental, reforçando preconceitos sociais em torno dessas crianças e adolescentes.

Durante os grupos focais, compareceram expressões que, por um lado, fazem menção a uma estagnação da criança ou do adolescente na condição apresentada, denotando não considerar a possibilidade de qualquer tipo de progresso: “*ela não avança, estabilizou e pronto, ela nunca melhora*” (P 03); “*ela está sempre no mesmo lugar*” (P 03); “*não é questão de ter adquirido algo, elas são assim*” (P 09); “*não vai ter jeito, vai ser sempre assim*” (P 09); “*ela sempre tá daquele jeito*” (P 03). Mas, por outro lado, termos como “*ele teve uma melhora*” (P 05) e “*ele está evoluindo*” (P 09) vão de encontro à ideia expressa pelas declarações anteriores, de que a criança ou o adolescente permanecem estagnados em determinada fase de seu desenvolvimento. Observou-se, então, no grupo dos familiares, uma contradição nas concepções apresentadas, pois, ao mesmo tempo em que se acredita em uma estagnação da criança ou do adolescente, admite-se a possibilidade de sua evolução.

Termos como “*altos e baixos*” (P 02) e “*um dia ele tá muito bem*” (P 12) foram utilizados pelos participantes para fazer referência à inconstância do humor da criança. Dois termos de interessante destaque, por

sua força de expressão e que apareceram de maneira isolada, foram: “*é uma criança ao contrário*” (P 07), sendo utilizado para se referir a uma criança que “*só faz coisas que uma criança normal não faz*” (P 07), e o termo “*tem um mundo dele*” (P 04), para se referirem a delírios de grandeza que a criança ou o adolescente apresentou. Colvero, Ide e Rolim (2004) afirmam que a percepção do fazer coisas diferentes pode indicar a compreensão de determinados padrões de comportamento não aceitos pela própria família, portanto, provavelmente sujeitos à rejeição pelo grupo social.

Os familiares relataram que em determinadas situações cotidianas as crianças são companheiras: “*é o meu companheiro para todas as horas*” (P 04), “*aonde eu vou, eu levo ele comigo, é minha companhia*” (P 10). Para Pegoraro (2009), a situação de sofrimento psíquico pode ser encarada como uma maneira de trazer benefícios para o familiar cuidador, sendo a criança ou o adolescente visto como companhia ou forma de amenizar a solidão, em alguns casos. Assim, a experiência de sobrecarga estaria relacionada ao sentido que o familiar atribui ao ato de cuidar e ao impacto que o exercício do cuidado causa em sua vida.

A experiência vivenciada pela criança ou adolescente também foi entendida pelo familiar participante da pesquisa como “*uma grande dificuldade na escola*” (P 04), sendo a criança descrita como “*tadinha*” (P 04), porque “*não consegue ler nem escrever*” (P 04), em alguns casos. Relacionou-se, ainda, à condição da criança a um estado de sofrimento, tanto para a criança em si, quanto para a família: “*antes de mais nada, eles carregam um grande sofrimento [...] o que ela tem mesmo, a doença dela, infelizmente é grande sofrimento. Pra ela e pra nós né?*” (P 03). Borba, Schwartz e Kantorski (2008) afirmam que a experiência de sofrimento psíquico não deve ser compreendida de forma isolada, tendo em vista que o ser humano é um ser biológico, emocional e social, portanto, o que ocorre em qualquer uma dessas esferas repercute no todo. Desse modo, a condição da criança e do adolescente reflete no contexto familiar, no qual os familiares também vivenciam as dificuldades sentidas por esses.

Termos de cunho religioso, como “*Deus me deu ela assim*” (P 10), “*Deus deu pra gente*” (P 06) ou “*É um presente que Deus acaba dando pra gente*” (P 04), indicaram que a condição das crianças e dos adolescentes, na concepção dos familiares, pode ser explicada por fatores de ordem religiosa. Segundo o estudo de Vieira e Pegoraro (2020), realizado com familiares de adultos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), a experiência de sofrimento psíquico foi representada pelos entrevistados como algo a mando de Deus, tendo, ainda, como possível causa fatores de ordem sobrenatural ou espíritos que se apoderam da pessoa. Para Moura (2018), a religiosidade e a espiritualidade funcionam como apoio para o enfrentamento e significação do sofrimento que os familiares vivenciam.

A crença de que o “*problema*” é hereditário mostrou-se presente no discurso, o que também se confirma no estudo de Vieira e Pegoraro (2020), no qual o transtorno mental é entendido pelos familiares como algo herdado pelo sujeito e a sua ocorrência, em outros membros da família, reforça tal concepção: “*isso é hereditário, o avô desse menino tem problema, sobrinhos tão lá dentro do CAPS adulto, tá meu neto assim*” (P 01). Apesar dessa crença, neste trabalho, os familiares pontuaram que a história de vida dos sujeitos tem influência no desenvolvimento do transtorno: “*O que levou, foi a vida, o apoio que ele viveu que levou ele a desenvolver esse transtorno. Porque ele tem uma história de vida com muita amargura*” (P 12). Para Rossi e Cid (2019), considerar o adolescente e sua história na família pode permitir uma reflexão sobre as vivências passadas, bem como novas possibilidades em um processo de corresponsabilização pelo sofrimento, tanto do familiar, como do adolescente.

Na dificuldade de definição sobre a condição da criança ou do adolescente, os familiares participantes da pesquisa por vezes utilizaram termos que, de certa maneira, coisificam a pessoa, como “*coisa errada*” (P 01), “*negócio*” (P 02), “*ela não sabe nada de nada*” (P 03), “*ela não entende nada*” (P 11), “*deu um problema nele*” (P 06), “*nem sei direito o que é*” (P 06), “*é o que é*” (P 09), o que reporta a um fenômeno

de difícil definição, que se insere em um campo complexo de análise sobre o sofrimento (RIBEIRO; AVELLAR, 2017). Já os termos “*veio desse jeito*” (P 10) e “*ele é especial*” (P 10), “*ele é normal*” (P 04) foram utilizados para se referirem ao que pensam que a criança tem desde o nascimento.

Alguns familiares se apropriaram de termos de cunho médico para explicar a experiência de sofrimento psíquico, como “*transtorno*” (P 12), “*ela é muito doente*” (P 03), “*problema de nervos*” (P 08) ou, ainda, “*sugeriram que ele é bipolar*” (P 12). No estudo de Vieira e Pegoraro (2020), foi observado que embora os familiares sustentassem suas explicações sobre a condição vivenciada pelas crianças e adolescentes com termos médicos, em contrapartida, demonstraram não compreender tão bem o diagnóstico. Notou-se que, mesmo sem possuírem familiaridade com as nomenclaturas científicas, houve uma apropriação desses termos pelas famílias. Garrido (2007) abordou em seu trabalho a sujeição dos indivíduos ao discurso médico psiquiátrico, ressaltando que termos de nomeação própria da medicina codificam a condição de sofrimento e se emancipam socialmente, passando a orientar a relação dos sujeitos com sua subjetividade e seus sofrimentos. Para Baroni, Vargas e Caponi (2010), ao utilizar nomes de cunho médico para explicar os sintomas, o sujeito acaba por auxiliar na legitimação e promoção da condição de sofrimento psíquico como doença.

Observa-se, nessa primeira categoria, a coexistência de diferentes concepções, nomeações e explicações dos familiares para a condição vivenciada pelas crianças e adolescentes. Foi possível identificar conteúdos religiosos, médicos ou, até mesmo, não saber explicar. A Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici (2012), auxilia na compreensão de tal fenômeno, sobretudo com o conceito de polifasia cognitiva, definida como a coexistência de formas diferentes de saber em um mesmo campo representacional. Ou seja, na tentativa de se compreender algo, ainda não familiar, o indivíduo lança mão de explicações de diversas ordens para construir algum sentido sobre algo que é novo em seu campo representacional.

Primeiras percepções dos sinais de vivência de sofrimento psíquico até o diagnóstico

Esta seção foi subdividida em três tópicos, apresentando a sequência do percurso relatado pelos familiares, desde as primeiras manifestações da experiência de sofrimento psíquico notadas na criança ou no adolescente até a constatação de um diagnóstico e aceitação da necessidade de tratamento.

As primeiras percepções

Os dados revelaram que os primeiros sinais da experiência de sofrimento psíquico apresentadas pela criança ou adolescente tendem a ser inicialmente minimizados pela família, na crença de que determinados comportamentos são comuns ao período da infância ou da adolescência, tratando-se de um processo natural e que passarão com o tempo:

[...] ela sempre foi muito normal, assim, nunca vi nada de diferente [...] eu não consegui perceber, né [...] vi que ela não tava conseguindo dormir a noite, eu falei “isso deve ser algum estresse” né, me tranquilizei, pensei “isso é coisa de adolescente” [...]. [...] aí quando veio à tona [...] já tinha mais de três semana que ela não dormia [...] ela levantou gritando “mãe eu to ouvindo vozes, eles tão me chamando, me chamando” [...] (P 04).

Esse dado corrobora o trabalho de Couto, Duarte e Delgado (2008), em que os autores pontuam que muitas famílias não dão a devida importância aos sintomas observados, na crença de que o problema, com o tempo, passará ou que são comuns à fase em que se apresentam, na infância ou na adolescência. Lidar com uma “*nova situação*” (P 04) configura-se experiência difícil, regida por expectativas constantes de algum progresso em torno da criança.

Eu não queria ter ela assim [...] Ela sempre tá daquele jeito mesmo, então se ela avançasse um pouco, então vamos dizer, eu ficaria mais feliz (P 03).

Fiquei amedrontada, nem consegui digerir isso tudo que tá acontecendo [...] eu vou ter que aprender a lidar porque é uma nova situação dentro de casa [...] é tudo muito novo né, fica difícil, não fecharam um diagnóstico ainda pra saber o que tem (P 04).

A espera do nascimento de uma criança geralmente é carregada de expectativas dos familiares, que acreditam na concepção de uma criança que se desenvolva como qualquer outra. Desse modo, surgem sentimentos de angústia e impotência, por não saberem ao certo o que está acontecendo e nem como ajudar seus filhos (ZANATTA *et al.*, 2014). De acordo com Visani e Rabello (2012), ainda que os sinais da criança sejam identificados pelos pais precocemente, a constatação de um diagnóstico formal e o início de um tratamento não ocorrem de imediato, mas após diversas passagens por profissionais ou instituições de saúde, conseqüentemente, dando início ao tratamento específico em idades mais avançadas.

A busca por um diagnóstico

Observa-se a difícil aceitação do diagnóstico, dificuldade embasada na crença de cura dos comportamentos que a criança vinha apresentando, o que pode ser considerado um fator contribuinte para o início tardio do tratamento: “até eles fecharem esse diagnóstico (autismo) eu busquei muitos médicos. [...] deram um diagnóstico e eu não aceitava, meu filho não tem isso não, meu filho é normal. [...] eu queria a cura” (P 04). Os resultados mostraram a busca por um diagnóstico, por parte dos familiares, podendo esse percurso ser considerado uma etapa difícil e geradora de desgaste emocional, uma vez que se inicia uma peregrinação por consultórios, hospitais e profissionais de saúde, na procura de respostas para compreender o que se passa com seus filhos

(ZANATTA *et al.*, 2014). O diagnóstico em aberto revelou-se uma preocupação dos familiares, que sinalizaram o desejo de nomear o que o filho tem.

De acordo com Constantinidis (2011), o enquadre dos comportamentos diferentes em um diagnóstico médico parece funcionar como um norteador para os familiares, que, até então, sentiam-se sem um direcionamento para agir frente aos sintomas.

A esperança de cura é uma expectativa compreensível e pode ser entendida como uma forma de lidar com o sofrimento gerado pela condição do filho com diagnóstico psiquiátrico em idade tão precoce. Ao mesmo tempo em que a concretização de um diagnóstico é desejada e causa alívio para os familiares, vem acompanhada de um processo doloroso de perda e aceitação, pois, nesse momento, confirma-se a perda do filho idealizado, assim como a existência de uma condição que requer tratamento contínuo (ZANATTA *et al.*, 2014; MOURA, 2018).

O tratamento

Apesar da esperança de cura mencionada no tópico anterior, a noção de tratamento apareceu como um cuidado “*pelo resto da vida*” (P 09), em que é preciso aprender a conviver e a se relacionar com a criança e o adolescente na condição em que se encontram: “*o tratamento é de quem tá em volta aprender a conviver, se relacionar com uma pessoa que é assim, ela não adquiriu, não vai ter jeito, vai ser sempre assim*” (P 09).

Os dados demonstraram que a maioria dos familiares possuía uma visão ampla acerca do tratamento, compreendendo-o como algo que não está exclusivamente relacionado ao CAPSij ou à tomada de medicações, mas que envolve a busca de informações a respeito da experiência de sofrimento psíquico, a participação em reuniões e atividades escolares, a prática de atividades de lazer pela criança e pelo adolescente, bem como a frequência em outros serviços de saúde, como a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apa) e a Associação dos Amigos dos Autistas do Espírito Santo (Amaes).

O CAPSij foi reconhecido, pelos participantes da pesquisa, como um espaço de acompanhamento para o público infantojuvenil em questão, no qual os últimos participam de atividades terapêuticas que contribuem para o seu desenvolvimento, além de poderem contar com assistência médica. Contudo, o CAPSij foi, também, entendido como espaço de correção para os comportamentos da criança, supondo-se que, na concepção do familiar cuidador, a condição de sofrimento psíquico é algo que possa ser consertada pelo serviço: *“muita coisa errada que ele tinha, ele mudou. Em casa ele tinha um hábito que aqui ele não faz isso. Ele aprendeu”* (P 01).

O trabalho de Maia (2010), realizado no CAPSij da Cidade de Vitória-ES, mostrou que alguns pais não possuíam noção da função do referido serviço, confundindo-o com uma escola ou creche. Com base nesse dado, é possível considerar que os familiares esperavam que o CAPSij contemplasse a função de educar ou de *“dar um jeito”* na criança que *“dá trabalho”* (P 05). Constantinidis (2011) afirma que, ao tentar consertar as manifestações da pessoa em sofrimento psíquico, o sofrimento é colocado em posição de desvantagem, quanto a um modelo de saúde mental, no qual faz-se imprescindível ter boas relações familiares, habilidades para conduzir atividades cotidianas, bem como ajuste do sofrimento, de maneira que esse não altere sua vida. Desse modo, compreende-se uma vida baseada nas ideias de estabilidade, equilíbrio e idealização de saúde mental, que desconsidera a alteridade da pessoa em sofrimento psíquico, perdendo-se a oportunidade de produzir relações e valorizar possibilidades diversas de existência humana.

As consultas médicas foram referidas pelos familiares como o momento da prescrição, manutenção e ajuste de medicações que auxiliam no controle e na melhora dos comportamentos apresentados pela criança ou pelo adolescente: *“ele teve uma melhora com Risperidona [...] teve consulta e o médico trocou a medicação e agora esperamos que ela, além de ajudá-lo, não traz nenhum problema, efeito colateral”* (P 02), *“trocou (os medicamentos) né, aí... muito tempo que ela não dá mais né, aqueles negócio... nunca mais deu não, né”* (P 11).

Os familiares, também, mostraram-se abertos a novas formas de participar do tratamento: *“Não sei se teria outra forma de eu participar melhor, se tiver, cê fala, pelo amor de Deus, que eu vou fazer”* (P 03) ou reconheceu-se *“faço o que eu posso fazer”* (P 03), ajudando e apoiando, à sua maneira, a criança e o adolescente. Porém, houve, ainda, familiares que consideraram difícil falar sobre o que entendem por tratamento: *“tem que aprender como tratar, o tratamento pra ele não sei, não sei mesmo [...] A psicóloga já perguntou um monte de vez, nós, né [...] nós não sabemos ainda nem responder”* (P 01).

A convivência dos familiares de forma alternada nos contextos do CAPSij, do médico, da Apae, da Amaes e, até mesmo, nos âmbitos familiar e escolar pode ser considerada um indicativo da realidade desses sujeitos, uma vez que circulavam nesses ambientes com certa frequência, em seu dia a dia. Percebe-se que esses espaços faziam parte da rotina dos familiares e podiam ser apreendidos como agradáveis, ou não, para a convivência da criança e do adolescente e respectivos familiares.

Algumas falas ressaltaram que a família demanda assistência. Além do tratamento buscado para a criança ou o adolescente, sinalizaram que, também, precisam ser tratadas: *“a gente trata dos nossos filhos, mas a gente não se trata, a verdade é essa. [...] a gente também precisa de um tratamento, só que não tem quem tratar a gente”* (P 03), *“eu to precisando disso (tratamento)”* (P 04). Constantinidis e Andrade (2015) apontam que geralmente são os familiares que identificam algum problema, recorrem aos serviços, assumem a responsabilidade pela administração das medicações prescritas, enfrentam e manejam os momentos de crise. Esses e outros encargos são acompanhados de dificuldades, causando impacto na vida afetiva, social e econômica desses familiares que então precisam “redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar em sofrimento psíquico e quanto ao próprio futuro” (CONSTANTINIDIS; ANDRADE, 2015, p. 334). Em vista disso, também entram em sofrimento e como parceiros no processo de tratamento, igualmente necessitam de cuidados.

Os familiares participantes da pesquisa pontuaram que um fator que dificulta o tratamento é a locomoção da criança ou do adolescente no trajeto de sua casa até o CAPSij, uma vez que alguns apresentam dificuldades motoras ou sobrepeso e necessitam de assistência física do familiar cuidador para locomoverem-se: *“Já foi um problema quando ela era mais nova, né [...] Trazia no ônibus, no colo, até caía, às vezes, do ônibus com ela [...] depois que o carro da van pega na porta e traz aqui, aí não tem dificuldade”* (P 11). O estudo de Moura (2018) aponta a falta de transporte ao serviço como dificuldade central dos familiares, estando o problema relacionado às ações insuficientes do Poder Público, tanto pela falta de recursos do próprio serviço, como pelo baixo investimento na ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial a crianças e adolescentes em experiência de sofrimento psíquico.

Dificuldades encontradas pelos cuidadores e formas de lidar

Nesta seção, sobre as dificuldades encontradas no cuidado, a perda da autoconfiança e a ocorrência de conflitos conjugais foram assinaladas pelos familiares: *“porque aquela coisa que eu perdi alguns meses atrás eu to recuperando, né, aquela coisa, autoconfiança”* (P 04), *“vejo alguma dificuldade (na criança), a gente ajuda. Isso gera mais aflição ou discussão entre eu e minha esposa”* (P 09). Assim, relataram a difícil convivência com a *“criança doente”* (P 03), em casa, ambiente em que, acreditavam, todos eram afetados pela situação: *“ninguém consegue ficar dentro de uma casa onde que tem uma criança doente [...] ninguém fica isolado dessa situação, do problema”* (P 03). Para Navarini e Hirdes (2008), a convivência com a criança em sofrimento psíquico afeta consideravelmente os membros da família, tendo em vista que o comportamento imprevisível da criança ou a instabilidade provocada pelas crises acarretam em sobrecarga psíquica por provocarem frustração das expectativas sobre um funcionamento regular da rotina, podendo ocasionar um desequilíbrio no cotidiano familiar, fragilização da família e comprometimento das relações internas, além de

gerar desgaste por conta das demandas que envolvem a função de acompanhamento e cuidado. Conflitos e distanciamento na relação conjugal também são apontados como mudanças na vida dos familiares cuidadores de crianças e adolescentes vivenciando sofrimento psíquico (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018).

Machado e Ricci (2020) entendem como necessário o debate sobre as concepções de crise e agressividade por parte dos profissionais que atuam no contexto da SMIJ, pois as concepções sobre crise e agressividade determinam os comportamentos, isto é, as ações relacionadas a esses fenômenos. Desse modo, também são elucidados os fatores ambientais que interferem na desorganização das crianças e adolescentes. Assim, a discussão sobre as crises na SMIJ por parte de profissionais pode contribuir com o cuidado realizado pelos familiares no cotidiano.

Os familiares participantes pareceram sentir-se conformados com as dificuldades que apontaram ao acreditarem que a experiência de sofrimento psíquico da criança e do adolescente está condicionada a uma vontade divina: “*Deus deu pra gente, a gente tem que tratar, tem que cuidar*” (P 03). Ou referiram buscar alternativas próprias, dentro de suas possibilidades, como: “*eu tento sempre assim, me equilibrar. Às vezes, eu surto também, né [...] eu tento me frear dentro de mim para não culpar os outros*” (P 03), “*lidar com isso, no meu caso, no nosso, é viver cada dia de uma vez*” (P 09). Um dos participantes se baseou na justificativa de que “*existe criança pior do que ele*” (P 01), minimizando a experiência de sofrimento da criança em questão, ao compará-la com outra criança, em condição mais grave.

Foram apontadas, de maneira expressiva, dificuldades no controle da alimentação da criança, que, segundo os familiares, apresenta-se com apetite elevado e, conseqüentemente, ganho significativo de peso, podendo levar ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão e obesidade e agravar o estado de saúde da criança. Como estratégia para lidar com essa questão, um dos familiares contou que todos, em casa, passaram a aderir a uma dieta alimentar mais saudável, o que

facilitou a perda de peso da criança e, inclusive, dos demais familiares, a partir da mudança em conjunto. Já um outro familiar relatou dificuldades ao exercer o controle da alimentação, sendo necessário esconder alimentos e manter a cozinha trancada. No entanto, mencionou-se que o controle da alimentação era efetivado, com firmeza, no espaço escolar.

A situação de dependência em que se encontra a criança ou o adolescente também apareceu de maneira significativa nos discursos como uma dificuldade, pois os familiares afirmaram a necessidade de estar à disposição durante todo o tempo da criança ou do adolescente, que, por sua vez, requer ajuda nas tarefas do dia a dia como ao alimentar-se, calçar os sapatos, vestir a roupa, tomar banho, escovar os dentes etc.: *“Tudo é eu. Dia e noite, né. Não entende nada [...] se não tiver eu, ninguém vai fazer [...] Essa é a dificuldade, eu acho, de eu ter que fazer tudo por ela”* (P 11).

Segundo Colvero, Ide e Rolim (2004), a relação de extrema dependência, tanto material, como afetiva, e a falta de iniciativa apresentada pela pessoa em sofrimento psíquico, faz com que a família sinta-se sobrecarregada. O familiar cuidador, muitas vezes, deixa de realizar as próprias atividades ou necessidades pessoais passam a ser colocadas em segundo plano, organizando a sua vida em torno do ente que vivencia o sofrimento psíquico:

Mais difícil, assim de cuidar é porque eu não tenho nenhum familiar perto [...] vou precisar de pelo menos assim, de uma vez no mês, vamos dizer, uns dois dias de descanso [...] é o tempo todo atrás da criança [...] não é reclamando [...] mas a gente tem que viver (P 03).

Muitos dos comportamentos apresentados pela criança ou pelo adolescente, segundo os familiares, contribuíam para deixarem de frequentar espaços públicos com a criança. Ocorre de os familiares se distanciarem das atividades sociais, movidos pela sobrecarga física e

emocional, privando-se da própria vida social, além de abandonarem o autocuidado (DALTRO; MORAES; MARSIGLIA, 2018).

Outra dificuldade, relatada pelos participantes, consistiu no fato de a realização de todos os cuidados, referentes à criança ou ao adolescente, estarem centralizados em um único membro da família. Com isso, o familiar responsável pelo cuidado tendia a manifestar preocupação sobre o futuro do indivíduo em sofrimento psíquico, caso ficasse incapacitado de cuidar, já que os cuidados estariam centralizados unicamente em sua pessoa: “*Se eu morrer agora, eles não vão saber nem que remédio que vão ter que dar de noite [...] a preocupação da gente é essa, da gente morrer*” (P 03).

Misquiatti *et al.* (2015) realizaram pesquisa com cuidadores de crianças e adolescentes com TEA e transtornos de linguagem, indicando que ambos os grupos apresentavam moderada sobrecarga. Entretanto, os autores ressaltam que os cuidadores podem apresentar uma mistura de sentimentos, os quais, além da sobrecarga e estresse, podem surgir a satisfação e contentamento de estar proporcionando qualidade de vida à criança ou ao adolescente sob sua tutela. Nessa direção, os autores sinalizam a importância de criação de ações, por parte dos serviços, que proporcionem acolhimento e acompanhamento aos familiares cuidadores.

A falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família dificultam a tarefa de cuidar no cotidiano. Sendo assim, por não ter com quem dividir os cuidados, o familiar deixa de lado os próprios compromissos e aspirações (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). No entanto, neste estudo, percebeu-se a dificuldade, da parte do familiar, em dividir os cuidados com outras pessoas de seu convívio:

[...] sempre fui pai, eu sempre fui a mãe, eu nunca quis sobre-carregar ninguém [...] “[...] eu fiz assim, assim, assado pro seu filho” [...] os filhos são meu, a responsabilidade minha. Porque eu não quero amanhã ou depois ficar ouvindo coisinhas, entendeu? (P 04).

Alguns familiares buscavam dividir a sobrecarga com outros membros da família, quando possível, reconhecendo que os cuidados, por mais que fossem compartilhados, continuavam adquirindo o caráter de sobrecarga: “*meu marido me ajuda [...] eu acho que ele é tão responsável por ela quanto eu, então eu sobrecarrego bastante o meu marido [...] mas, assim, os meus filhos eu tento poupar*” (P 03).

No contexto escolar, as dificuldades se faziam presentes quando, por decorrência de determinados comportamentos da criança ou do adolescente, os familiares deixavam de levá-los para frequentar a escola: “*Porque lá na escola eles não querem ter trabalho com criança, não [...] Eles não querem aquele menino que é problema*” (P 12), “*tem uma grande dificuldade na escola [...] Os coleguinhas bate nele, ele bate nos colegas. Ai eu acabo nem levando ele na escola*” (P 04). No trabalho de Carmargo *et al.* (2020), professoras de alunos com diagnóstico de autismo reconhecem que, embora seja notório na última década o investimento das políticas públicas para o desenvolvimento das práticas inclusivas desses alunos na rede regular de ensino, por meio de materiais e capacitações, o conhecimento fornecido é superficial ou abrangente e carece de formação mais específica, que atenda às particularidades do trabalho diário com esse público. As professoras relatam falta de preparo e sensação de despreparo para realizar um trabalho pedagógico efetivo com essas crianças.

Ainda no contexto escolar, os familiares pontuaram que a troca anual de professores, decorrente da mudança de ano letivo, dificulta a relação com a escola, na medida em que o contato com um novo professor requer novo processo de adaptação da criança com uma pessoa diferente daquela com quem estava acostumada a encontrar em sala de aula. Segundo o relato dos participantes, inquietude e agressividade, manifestadas pela criança, são alguns comportamentos decorrentes desse processo adaptativo a um novo professor: “*todo ano troca (professora), estagiária, aí sempre tem problema [...] tá faltando (mais capacitação) [...] Por eles não saberem (lidar com a situação), aí ocorre algum acidente, alguma coisa, né, que ele parte pra agressividade*” (P 10). Para

Camargo *et al.* (2020), a dificuldade que os alunos em experiência de sofrimento psíquico apresentam com as mudanças nas rotinas escolares é tomada como um desafio para os professores, fazendo-se necessário a instrução desses profissionais sobre como agir nessas situações em que as atividades de sala de aula precisem ser alteradas. Castro (2005) aponta a importância de uma prática que não seja intuitiva, mas fundamentada em teoria e atividades planejadas especificamente para o público em questão, além da continuidade da aprendizagem da criança, em casa, com a participação da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer as concepções dos familiares sobre a experiência de cuidado cotidiano das crianças e adolescentes atendidos no CAPSij de Vitória-ES, bem como as maneiras utilizadas por esses familiares para lidar com a experiência de sofrimento psíquico desse público.

Em um primeiro momento deste trabalho, no que concerne ao agendamento com os familiares dos grupos focais, foram notórias as expectativas de alguns familiares de que o objetivo dos grupos fosse o de “resolver ou corrigir o problema” da criança. Mesmo possibilitando um espaço de fala para essas pessoas, percebeu-se que falam pouco de si, depositando e discutindo no grupo questões predominantemente referentes às crianças e aos adolescentes.

Os “comportamentos diferentes” da criança e do adolescente, que em algum momento do desenvolvimento são confundidos como comportamentos típicos de tais faixas etárias, foram nomeados por diversos termos nos discursos dos participantes, fazendo-se notar que a maioria das expressões utilizadas para designar a vivência do sofrimento psíquico, embora demarquem a sua existência, não possuem caráter estigmatizante, o que pode ser considerado fator favorável para mudanças no imaginário social acerca do indivíduo em sofrimento psíquico grave.

Ainda assim, nomear a condição de sofrimento psíquico impele a busca por um diagnóstico médico, que pode funcionar como norteador, para lidar com a criança e o adolescente, ou caracterizar, apenas, o início de uma incessante jornada de consultas médicas. Isso se deve às dificuldades na aceitação de determinado diagnóstico, que implica na necessidade de tratamento contínuo, que, por sua vez, sugere a impossibilidade de cura, esperada pelos familiares.

O tratamento, na visão dos familiares, mostrou-se para além do tratamento medicamentoso, envolvendo a prática de atividades, a participação em casa, nos serviços de saúde, na escola e dentre outros contextos, mas, acima de tudo, o tratamento compreendeu a maneira de lidar e de se relacionar com a criança e o adolescente, em sua experiência de sofrimento psíquico. Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pela equipe do CAPSij da cidade de Vitória-ES merece destaque, na medida em que pareceu contribuir com a manutenção dessa visão abrangente do tratamento, para além de um diagnóstico exclusivamente psiquiátrico e sintonizado com o modelo de atenção psicossocial.

Frente às dificuldades no cuidado e no tratamento, os familiares, além de contarem com o apoio de serviços de saúde, fazem o que podem como alternativa para lidar com a experiência do sofrimento psíquico das crianças e dos adolescentes, aprendendo, a partir da convivência diária, a conhecer os recursos que a criança e o adolescente apresentam para se articular com o mundo a sua volta.

As dificuldades com essas crianças e adolescentes também se estendem no contexto escolar, em que a escola não é tida como parceira pelos familiares, mas um espaço que gera preocupações e angústias.

Espera-se que este trabalho contribua para novas discussões acerca da saúde mental infantojuvenil e a de seus familiares cuidadores. Destaca-se a importância de dar voz a quem exerce o cuidado cotidiano em âmbito familiar de crianças e adolescentes, compreendendo a sua realidade e levando em consideração suas interpretações

sobre esse cuidado, o que pode, ainda, colaborar para possibilidades de intervenções nesse campo, sobretudo no que diz respeito à inclusão dos familiares nos processos de cuidado dos serviços.

REFERÊNCIAS

ABAURRE, M. T. **Familiares e Cuidadores de Crianças e Adolescentes Atendidos no CAPSI de Vitória-ES: Concepções Sobre Sofrimento Psíquico e Intervenção no Campo da Saúde Mental Infanto-Juvenil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

ANJOS, B. B. dos; ARAUJO DE MORAIS, N. A. de. As experiências de famílias com filhos autistas: uma revisão integrativa da literatura. **Ciencias Psicológicas**, Montevideo, v. 15, n. 1, e2347, jun. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347>.

BARONI, D. P. M.; VARGAS, R. F. S.; CAPONI, S. N. Diagnóstico como nome próprio. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 70-77, abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000100009>.

BELTRAME, M. M.; BOARINI, M. L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online], v. 33, n. 2, p. 336-349, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200007>.

BORBA, L. de O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400009>.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.

BRANDAO JUNIOR, P. M. C. Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 345-355, set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento Como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. Brasília, 2015.

CAMARGO, S. P. H. *et al.* Desafios no processo de escolarização de crianças com autismo no contexto inclusivo: diretrizes para formação continuada na perspectiva dos professores. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 36, e214220, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-4698214220>.

CASTRO, R. C. M. de. Vozes no silêncio: um grupo de formação crítico-reflexiva de professoras de alunos com autismo. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 21, p. 123-163, dez. 2005.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>.

CONSTANTINIDIS, T. C. **Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

CONSTANTINIDIS, T. C.; ANDRADE, A. N. de. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 333-342, fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.18652013>.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>.

DALTRO, M. C. de S. L.; MORAES, J. C. de; MARSIGLIA, R. G. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 544-555, jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018156194>.

DELFINI, P. S. de S. *et al.* Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 226-236, ago. 2009.

DELVAN, J. da S. *et al.* Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 228-237, ago. 2010.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA M. B. Saúde Mental Infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 10, n. 1, p. 34-46, dez. 2008.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de**

Terapia Ocupacional [online], v. 28, n. 2, p. 725-740, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>.

KAPPEL, V. B. *et al.* Professional-Family communication in a children's psychosocial care center: practicalities and difficulties. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 29, e20190025, dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0025>.

LEITÃO, I. B. *et al.* Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 31, e190011, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190011>.

LIMA, R. C. *et al.* Atenção psicossocial a crianças e adolescentes com autismo nos CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade** [online], v. 26, n. 1, p. 196-207, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168443>.

MACHADO, A. P.; RICCI, É. C. A intersetorialidade na saúde mental infantojuvenil: articulações entre um CAPSI e Unidades de Acolhimento. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. spe, p. 190-205, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1984-9044.20200019>.

MAIA, C. C. **Concepções e práticas profissionais em saúde mental**: Vicissitudes do campo de assistência infanto-juvenil. 2010.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MISQUIATTI, A. R. N. *et al.* Sobrecarga familiar e crianças com transtornos do espectro do autismo: perspectiva dos cuidadores. **Revista CEFAC** [online], v. 17, n. 1, p. 192-200, jan./fev. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201520413>.

MONTEIRO, A. R. M. *et al.* Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300014>.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2012. (Trabalho original publicado em 2000).

MOURA, B. R. **A atenção à crise nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis**. 2018. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, dez. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>.

PEGORARO, R. F. Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 253-273, dez. 2009.

RIBEIRO NETO, P. M.; AVELLAR, L. Z. Representações de loucura e cuidado no contexto das residências terapêuticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 33, p. 1-9, jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33417>.

RIZZINI, I.; LEITE, A. D. da S.; MENEZES, C. D. de. **Cuidado familiar e saúde mental: A atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Reflexão, 2013.

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 734-742, dez. 2019. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1811>.

VIEIRA, N. R. S.; PEGORARO, R. F. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 25, e41796, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200006>.

WAIMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ZANATTA, E. A. *et al.* Cotidiano de famílias que convivem com o autismo infantil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 271-282, set./dez. 2014.

Capítulo 10

Formação em práticas integrativas e complementares

Maria do Rosário de Fátima Rodrigues

INTRODUÇÃO

A construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no Sistema Único de Saúde (SUS) se deve, inicialmente, ao atendimento às recomendações da Organização Mundial de Saúde (2002) que incentiva os Estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para o uso da Medicina Tradicional. Considerando essa recomendação, foi implementada a Portaria 971/2006 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional

de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2006, 2015; SAINT-MARTIN, 2010).

Em 2006, foram incorporadas ao SUS as práticas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Antroposofia e Termalismo; em 2017: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reike, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga; e em 2018: Apite-
rapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (MINAS GERAIS, 2019).

Reis, Esteves e Greco (2018) realizaram revisão da literatura e identificaram que, sobre os avanços das PICs no Brasil, a Região Sudeste é a que se destaca como polo científico da área. Entretanto, a maior parte dos estudos realizados não possui nível de evidência significativo. Segundo as autoras, as concepções arraigadas na medicina alopática, a má gestão e a pouca formação profissional são os entraves para ampliação das PICs no país.

Historicamente, a presença das PICs nos serviços de saúde não resultou de um suposto acolhimento por parte das instituições oficiais de ensino, mas como reflexo de uma política nacional que, por sua vez, acompanhou as diretrizes de organizações internacionais de saúde. Trata-se de uma política que favorece o questionamento das práticas hegemônicas de saúde, em prol da coexistência com outros saberes e práticas, não hegemônicos, mas que também possuem conhecimentos valiosos e tradicionais sobre os processos de cuidado (OMS, 2002; LUZ, 2011).

O grande desafio para o avanço das Práticas Integrativas no SUS é a formação profissional. Segundo Tesser, Sousa e Nascimento (2018), a efetivação dessas práticas, no cotidiano da atenção básica em saúde, requer ações políticas e educacionais que favoreçam a formação profissional da graduação à pós-graduação, associadas à pesquisa nessa área. A formação em serviço é ofertada pelo Ministério da Saúde, em sua maioria por meio de cursos a distância, em ambiente virtual de

aprendizagem, tais como: Antroposofia Aplicada à Saúde, Medicina Tradicional Chinesa, Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional, Gestão das PICs e Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

Sobre a oferta dessa formação em universidades públicas, Nascimento *et al.* (2018) identificaram como um desafio a ampliação da oferta, com um enfoque transversal no decorrer dos cursos, enfatizando as possibilidades de complementaridade entre diferentes conhecimentos e práticas de saúde. Esses autores identificaram também que os módulos de formação aconteciam principalmente por meio de matérias optativas com perfil informativo e que a formação se concentrou em cursos de Medicina, Farmácia e Enfermagem, seguidos da Terapia Ocupacional, Educação Física, Psicologia e Saúde Coletiva.

De modo geral, pode-se pensar que os desafios das profissões da área da saúde no trabalho “com” e “nas” Práticas Integrativas, passam principalmente pela formação profissional; tema do presente estudo, que tem como objetivo: identificar a formação universitária em Práticas Integrativas e Complementares, no estado do Espírito Santo.

MÉTODO

Este é um estudo documental, exploratório, que visa identificar a oferta de ensino, pesquisa, extensão e outras experiências acadêmicas em práticas integrativas e complementares, nos níveis de graduação e pós-graduação, nos cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. A escolha desses cursos se deve ao fato de serem aqueles da área da saúde, comuns entre as duas instituições de ensino superior pesquisadas, no estado do Espírito Santo: uma universidade pública e um centro universitário privado. Um *campus* da universidade funciona na capital e dois *campi* no interior do estado. O centro universitário funciona no interior do estado. Essas instituições foram escolhidas, porque disponibilizavam os projetos políticos pedagógicos nos *sites* institucionais e constavam em seus projetos

elementos formativos das PICs. A coleta de dados aconteceu entre maio e junho de 2020, por meio do acesso aos *sites* dessas instituições.

Os dados foram discutidos à luz da literatura, sobre a formação em práticas integrativas e complementares, e tendo como base as diretrizes curriculares nacionais e resoluções de conselhos federais e regionais.

Contexto da pesquisa

No estado do Espírito Santo, 40 municípios ofertam práticas integrativas e complementares, na atenção básica, aos usuários do SUS, demonstrando experiências diversas em PICs (SACRAMENTO, 2017; VALADARES; BERALDO, 2018).

O estado institucionalizou a política das práticas integrativas e complementares, desde 2008 (AZEVEDO; PELICIONI, 2011), sendo considerado um programa de referência nacional em fitoterapia; incentivando o cultivo e o conhecimento sobre o preparo e uso de fitoterápicos, em 45% das unidades básicas de saúde (OBSERVAPICS, 2019).

Considerando esse contexto, inicialmente foi realizada uma busca nos *sites* de 26 instituições de ensino superior no estado do Espírito Santo que ministravam cursos na área da saúde. Dessas, somente 3 disponibilizavam seus projetos políticos pedagógicos nos *sites*: uma faculdade, um centro universitário privado e uma universidade pública.

Como não se encontrou experiências de formação em PICs na faculdade, as instituições escolhidas para comporem essa amostra foram o centro universitário e a universidade, visto que nessas instituições, além da disponibilização dos projetos políticos pedagógicos nos *sites*, foram encontrados elementos formativos das PICs.

Com o propósito de organizar a análise dos dados, esses foram categorizados, de acordo com a oferta de PICs, em: (1) instituição de ensino superior e nível do ensino: graduação e pós-graduação, (2)

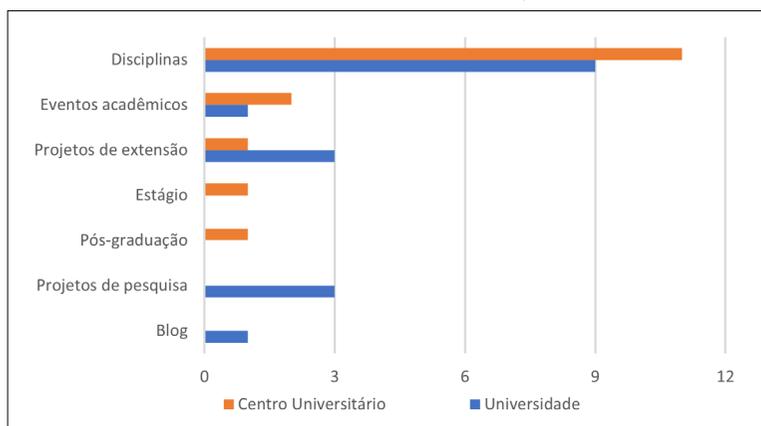
formato: obrigatório ou optativo, (3) cursos da saúde e (4) práticas integrativas complementares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Distribuição do Ensino de PICs nas Instituições de Ensino Superior (IES)

A distribuição da oferta do ensino, pesquisa, extensão e outras atividades acadêmicas, em práticas integrativas e complementares, nas instituições de ensino superior pesquisadas (IES), apontou que o centro universitário ofertou 11 disciplinas, 2 eventos acadêmicos, 1 projeto de extensão, 1 estágio e 1 curso de pós-graduação *lato sensu*, enquanto a universidade apresentou 9 disciplinas, 3 projetos de extensão, 3 projetos de pesquisa, 1 evento acadêmico e 1 *blog*, conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Oferta de atividades acadêmicas em PICs, nas IES



Fonte: elaborado pela autora (2021)

Os resultados demonstraram que, no centro universitário e na universidade, foram ofertadas experiências de formação em práticas

integrativas e complementares, seguindo uma tendência que caracteriza cada instituição de ensino superior, a saber: o centro universitário se distingue pela excelência no ensino e a universidade se diferencia pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Em se tratando do estado do Espírito Santo, contexto desta pesquisa, uma questão que se coloca é: se essa formação é quantitativamente adequada para atender a demanda do serviço em saúde pública, visto que 40 municípios ofertam práticas integrativas e complementares na Atenção Básica, aos usuários do SUS (VALADARES; BERALDO, 2018). Sobre essa questão, Nascimento *et al.* (2018) relatam que não há uma correlação linear entre a demanda de atendimento em PICs e a oferta de ensino. Mesmo havendo pontos de contato e influência entre demanda e oferta, elas são regidas por lógicas diferentes.

No Brasil, de maneira geral, pode-se dizer que a formação em PICs ainda é insuficiente (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Segundo esses autores, ela se concentra no ensino privado, principalmente em cursos *lato sensu*, observando-se, porém, que nas universidades públicas há uma inserção gradual do ensino de PICs nos cursos de graduação da área da saúde.

Essa caracterização nacional, de certo modo, não condiz com os resultados desta pesquisa, visto que as duas instituições, privada e pública, ofertaram a formação mais enfaticamente na graduação. Nascimento *et al.* (2018) apontam ainda que a formação de recursos humanos para o exercício das PICs se mostra limitada não somente em relação à oferta, mas também no quesito qualidade.

Nesse sentido, deve-se pensar se, qualitativamente, a formação atende às necessidades da Sistema Único de Saúde, uma vez que ela pode se constituir, como assinala Tesser, Sousa e Nascimento (2018), na reprodução de um modelo de formação adequado à prática de saúde privada, que não atende as necessidades do Sistema Único de Saúde.

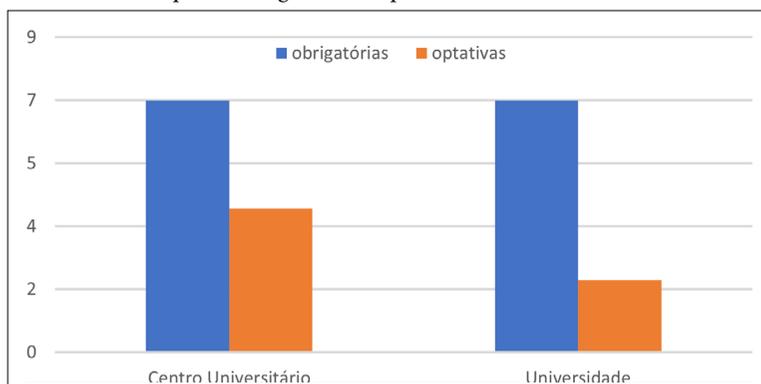
Acerca do quesito qualidade, Azevedo, Pelicioni e Focesi (2011) advertem que a formação nessa área não passa somente pela criação de

cursos, mas, necessariamente, pelo diálogo das práticas com os princípios da saúde coletiva e promoção à saúde. Assim, sugerem que todos os cursos da área da saúde, que se dispuserem à formação em PICs, devem fazê-lo sem deixar de inserir conteúdos relativos ao SUS e à saúde coletiva, de tal modo que se possa fortalecer a política nacional de práticas integrativas e complementares. Se não houver essa aproximação, os autores alertam para o risco de que essas práticas venham a ter o mesmo formato intervencionista e curativo da medicina biologicista, sendo esvaziadas de seus objetivos, relativos ao autocuidado e autonomia, em uma perspectiva humanizada e de integralidade.

Formato das disciplinas

As disciplinas são ofertadas na graduação e na pós-graduação. Na graduação do centro universitário, identificou-se que 7 disciplinas eram obrigatórias e 4 optativas; enquanto na universidade 7 eram obrigatórias e 2 optativas, conforme ilustrado no gráfico a seguir. As disciplinas ofertadas na pós-graduação não foram analisadas.

Gráfico 2 – Disciplinas obrigatórias e optativas nos cursos



Fonte: elaborado pela própria autora (2021)

Sobre o formato pelo qual as disciplinas são ofertadas, pontua-se que no Brasil, diferentemente dos dados encontrados nesta pesquisa, o ensino das PICs acontece como se fosse um anexo do conhecimento em saúde, o que transparece no fato das disciplinas serem predominantemente ofertadas como optativas e em caráter informativo. As disciplinas optativas sobre PICs estão presentes em várias universidades brasileiras, mas não se percebem avanços para sua incorporação nos currículos formais (NASCIMENTO; *et al.*, 2018; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

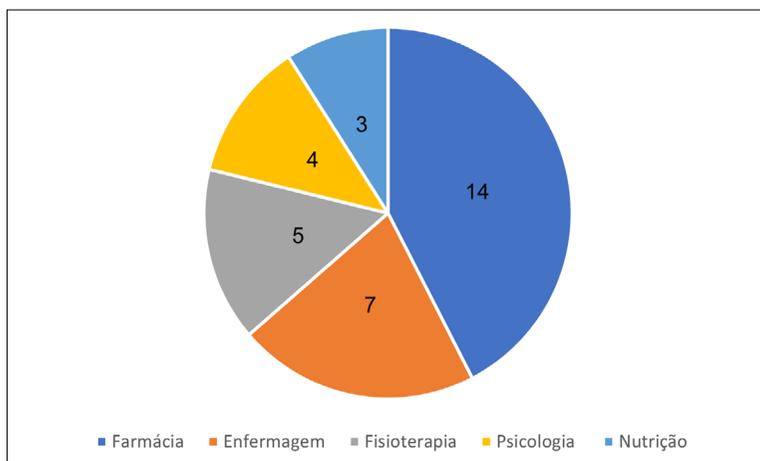
Chama a atenção que a caracterização nacional, mencionada anteriormente, não se repetiu nos resultados aqui apresentados, visto que a maioria das disciplinas do centro universitário e universidade é obrigatória, em detrimento das optativas. Infere-se que essa diferença, entre o cenário nacional e estadual, talvez se deva ao propósito das duas instituições abordadas, que demonstram empenho na sistematização das experiências acadêmicas, em prol da formação em práticas integrativas e complementares.

A predominância das disciplinas optativas, na oferta do ensino em PICs, é uma tendência também em outros países (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Isso permite identificar aspectos de ampliação da formação, mas mantém alguns conhecimentos como opcionais, em detrimento de outros, o que indica necessidade de reformulação; visto que a oferta predominante das disciplinas em formato obrigatório sugere o reconhecimento das práticas integrativas e complementares como relevante, no processo de formação dos profissionais da saúde.

Cursos da saúde e práticas integrativas e complementares

Dos cursos da saúde presentes nas instituições de ensino superior pesquisadas, a oferta das experiências acadêmicas, relativas às práticas integrativas e complementares, foi liderada pelo curso de Farmácia (14), seguido pelos cursos de Enfermagem (7), Fisioterapia (5), Psicologia (4) e Nutrição (3), conforme demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Cursos da saúde e formação em PICs



Fonte: elaborado pela autora (2021)

Como visto no Gráfico 3, em relação à distribuição das experiências acadêmicas em práticas integrativas e complementares, essas estiveram presentes em todos os cursos da saúde abordados na presente pesquisa.

A Resolução 569/2017, do Conselho Nacional de Saúde, orienta que as diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde considerem as práticas integrativas e complementares como um dos elementos formativos, facultando aos graduandos a preparação para o trabalho, buscando o fortalecimento da autonomia e da cidadania das pessoas atendidas, com o propósito de emancipação, humanização e a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2017).

As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia são anteriores a essa resolução e não fazem menção às práticas integrativas e complementares (MEC, 2021).

Dentre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos abordados na presente pesquisa, ressalta-se que somente as diretrizes do curso de Farmácia (MEC, 2017) citam literalmente as práticas

integrativas e complementares. Como competência do farmacêutico, figura: “prescrição, aplicação e acompanhamento das práticas integrativas e complementares, de acordo com as políticas públicas de saúde e a legislação vigente” (MEC, 2017, p. 03). Ainda, descreve que a formação em Farmácia requer conhecimentos, competências e habilidades que abrangem outras áreas de forma interdisciplinar, tais como: “saúde coletiva, [...] políticas de saúde, legislação sanitária, bem como epidemiologia, comunicação, educação em saúde, práticas integrativas e complementares, que considerem a determinação social do processo saúde-doença” (MEC, 2017, p. 05).

Entretanto, mais do que a presença das PICs nas diretrizes curriculares, o que parece predispor essa liderança, visualizada no Gráfico 3, é a própria construção histórica do curso de Farmácia, visto que a fitoterapia e a homeopatia fazem parte do arsenal básico desse curso, constituindo-se historicamente como elementos fundantes da sua identidade.

A Enfermagem, por sua vez, desde 1997, quase uma década antes da implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, estabeleceu e reconheceu essas práticas, denominadas até então de terapias alternativas, como especialidade da enfermagem, desde que o profissional possua qualificação adequada e reconhecimento de órgãos regulamentadores. Desse modo, os enfermeiros passaram a ter amparo legal para o exercício das práticas integrativas, tais como: acupuntura, fitoterapia, reflexologia e quiropraxia (COFEN, 1997; BRASIL, 2015).

Segundo Azevedo *et al.* (2019), dentre as práticas integrativas executadas por enfermeiros e remuneradas pelo SUS estão a Medicina Tradicional Chinesa e Antroposófica, inclusas na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Outras práticas que não estão descritas nessa tabela, como fitoterapia e termalismo, dentre outras, também podem ser implementadas pelos enfermeiros no SUS e no serviço de saúde privado. Talvez, seja esse o motivo pelo qual as práticas integrativas diversas se

fizeram presentes, nesta pesquisa, enfaticamente nesse curso, permitindo pensar que a enfermagem transita por uma variedade de práticas, de forma mais abrangente. De acordo com Azevedo *et al.* (2019), o destaque dos enfermeiros na implementação das PICs se relaciona com os princípios da formação que estão alinhados aos paradigmas da enfermagem e com o respaldo legal que tem para atuarem nos serviços públicos e privados de saúde, por meio dessas práticas.

A seguir, o curso de Fisioterapia, de forma abrangente, por meio da Resolução 380 do Conselho Federal de Fisioterapia (2010), estabeleceu como atribuição do fisioterapeuta: a fitoterapia, práticas relativas à medicina chinesa, terapia floral, medicina antroposófica, termalismo, hipnose. Segundo Vieira *et al.* (2017), esse processo de regulamentação se estendeu de tal maneira a incluir normas relativas à prescrição de substâncias livres pelos fisioterapeutas, como fitoterápicos, homeopatia e medicamentos antroposóficos.

Na presente pesquisa, no curso de Fisioterapia as PICs recorrentes foram a acupuntura e auriculoterapia. Esse dado talvez se deva ao fato de que, conforme Nascimento *et al.* (2018), o Conselho Federal de Fisioterapia foi o primeiro da área da saúde a legitimar o uso da acupuntura, o que, provavelmente, favoreceu a veiculação desse conhecimento entre os profissionais da área.

Vieira *et al.* (2017) enfatizam a importância da sensibilização dos alunos para as PICs durante a graduação em Fisioterapia. Eles ressaltam ainda o valor dessa sensibilização para o trabalho com as PICs, como um conhecimento significativo na formação do fisioterapeuta, em prol da atenção integral à saúde.

A seguir, no curso de Psicologia, foram identificadas as abordagens corporais e arteterapia, nos projetos pedagógicos pesquisados. Ressalta-se que dentre as práticas integrativas e complementares somente duas foram reconhecidas pelo Conselho Federal de Psicologia: acupuntura e hipnose; sendo que dessas permanece válida apenas a última, como atribuição do psicólogo, pois o Supremo Tribunal Federal anulou a resolução, visto que não existe no Brasil uma

legislação sobre a prática da acupuntura. Desde então, mesmo a favor da prática pelos psicólogos, o Conselho Federal sugere que o psicólogo não vincule sua prática de acupunturista à profissão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

De maneira geral, duas resoluções do Conselho Federal de Psicologia regem a orientação sobre as práticas integrativas e complementares: a que “estabelece critérios para divulgação, a publicidade e o exercício profissional do psicólogo, associados à práticas que não estejam de acordo como os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000, s/p) e a que “dispõe sobre a realização de pesquisas com métodos e técnicas não reconhecidas pela Psicologia” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2002, s/p).

A primeira resolução sugere aos profissionais que divulguem ou associem o título de psicólogo somente às práticas reconhecidas, que estejam de acordo com os critérios científicos estabelecidos no campo da Psicologia. A segunda resolução orienta os psicólogos para a realização de pesquisa na área, desde que tenham protocolo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2016). O conteúdo dessas resoluções permite pensar que, dentre os cursos aqui abordados, o de Psicologia é o que se mantém menos receptivo em relação ao ensino das práticas integrativas e complementares.

Finalmente, nesta pesquisa, o curso de Nutrição foi representado exclusivamente pela fitoterapia, que também esteve presente nos cursos de Farmácia e Enfermagem. Provavelmente, isso se deve à resolução do Conselho Federal de Nutrição (2013) que regulamentou a prática da fitoterapia como uma das competências do nutricionista, desde que curse e certifique a pós-graduação *lato sensu* nessa área. A resolução recomenda, ainda, que os cursos de graduação em Nutrição incluam na matriz curricular conteúdos com carga horária compatível, para formação em prescrição de plantas medicinais e drogas vegetais.

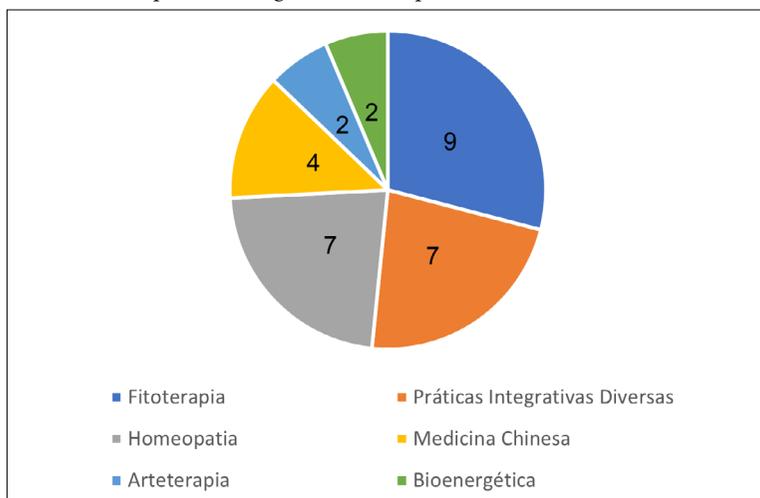
A partir dessa exclusividade da fitoterapia no curso de Nutrição abordado nesta pesquisa, percebeu-se a ausência de outras racionalidades. Segundo Navolar *et al.* (2012), além da fitoterapia, a medicina chinesa, antroposófica e ayurveda podem vir a se tornar novas referências para o campo da Nutrição, como objeto da atividade profissional e da produção de conhecimentos, desde que obtenham o reconhecimento institucional e social, visto que também contribuem com modelos alimentares e dietéticos para o campo da Nutrição.

Seguindo nessa direção, é oportuno citar que, recentemente, o Conselho de Nutrição, por meio da Resolução n.º 679/2021, atualizou a regulamentação do exercício das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde pelo nutricionista, permitindo no exercício profissional a adoção das seguintes práticas: Ayurveda, Medicina antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa, Afitoterapia, Aromaterapia, Homeopatia, Terapia de florais, Arteterapia, Biodança, Bioenergética, Cromoterapia, Dança circular, Imposição de mãos/reiki, Meditação, Musicoterapia, Reflexoterapia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO, 2021).

As práticas integrativas e complementares

Das práticas integrativas e complementares, nas instituições de ensino superior pesquisadas, o destaque ficou para a Fitoterapia, presente em 9 situações de ensino/aprendizagem, seguida de práticas integrativas diversas (7), homeopatia (7), medicina chinesa (4), arteterapia (2) e bionenergética (2), conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico 4 – As práticas integrativas e complementares nos cursos da saúde



Fonte: elaborado pela autora (2021)

Como último ponto da discussão, relativo à quais práticas integrativas e complementares são difundidas nas IES pesquisadas no estado do Espírito Santo, buscou-se identificar se essas práticas correspondem, de algum modo, àquelas que são disponibilizadas aos usuários do Centro Municipal de Especialidades, em Vitória: acupuntura, auriculoterapia, homeopatia, fitoterapia, plantas medicinais, aromaterapia, práticas corporais, liang gong, ioga, meditação, dança circular e reiki (VITÓRIA, 2021).

No estado do Espírito Santo, as práticas ofertadas na Atenção Básica, em 40 municípios, são: medicina tradicional chinesa, terapia comunitária, dança circular/biodança, auriculoterapia, arteterapia e musicoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). A especificidade da oferta das práticas, em cada município, não foi averiguada na presente pesquisa.

Os resultados, apresentados no Gráfico 4, contemplam apenas a realidade de Vitória, capital do Espírito Santo, que institucionalizou a Política das Práticas Integrativas, privilegiando o exercício

da fitoterapia, homeopatia e acupuntura (AZEVEDO; PELICIONI, 2011), ofertando essas práticas no Centro Municipal de Especialidades, com mais da metade dos profissionais atuando em fitoterapia, por meio de um programa de referência nacional (OBSERVAPICS, 2019).

Historicamente, as ações da gestão municipal da saúde de Vitória precedem a institucionalização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Desde 1990, criou vagas para concurso de médicos fitoterapeutas, homeopatas e acupunturistas e farmacêutico homeopata (SACRAMENTO, 2017). Segundo a autora, notável é a política municipal de Vitória para permitir o “crescimento” de jardins terapêuticos e hortas urbanas comunitárias, estimulando a participação dos usuários no desenvolvimento desses projetos. Desse modo, pode-se perceber a articulação de ações relativas à promoção à saúde, à educação popular e à alimentação orgânica, com a implantação de 12 jardins terapêuticos, sendo 9 em unidades de saúde.

A arteterapia e bioenergética igualmente fazem parte dos serviços de saúde da capital. A partir do ano de 2009, a arteterapia começou a ser ofertada por profissionais graduados e concursados, sendo inserida em Centros de Atenção Psicossocial (SACRAMENTO, 2017), onde acontecem também experiências de trabalho com a análise bioenergética. Outras práticas também se fazem presentes no cotidiano dos serviços de saúde, mas se sublinha que a política de práticas integrativas e complementares do estado é centrada na homeopatia, fitoterapia e medicina tradicional chinesa (ESPÍRITO SANTO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática aqui estudada foi relativa à formação universitária em práticas integrativas e complementares. Os resultados demonstraram que essa formação está presente nas instituições de ensino superior pesquisadas, em diversas experiências pedagógicas, distribuídas entre situações de ensino, pesquisa e extensão.

O limite deste trabalho foi apresentar resultados com base somente nos projetos políticos pedagógicos disponíveis nos *sites* das IES pesquisadas, considerando-se que, provavelmente, há mais experiências de formação do que somente aquelas que foram registradas, a partir da consulta nas páginas institucionais, disponibilizadas na *internet*. No entanto, essa limitação não ofusca o alcance desta discussão, pois propõe questões fundamentais para o campo da saúde e da educação, principalmente aquelas relativas à interação entre formação acadêmica e serviços de saúde.

Pode-se dizer, ainda, que a continuação de pesquisas sobre a formação em PICs aponta um caminho promissor para a coexistência de racionalidades diversas, no entendimento dos processos de saúde/doença, de tal modo a fomentar a salutar pluralidade de saberes e o atendimento ao sonho, do democrático direito do usuário de escolher a terapêutica de atendimento.

Para finalizar, pontua-se que a formação acadêmica, evocada no decorrer deste trabalho, descende de uma política pública que tem dentre seus objetivos a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, orientada para o cuidado humanizado e integral. Assim, reiteramos a afirmativa de Tesser, Sousa e Nascimento (2018), quando apontam a necessidade da ação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação para a inserção oficial das Práticas Integrativas e Complementares, como conteúdo obrigatório nos cursos de graduação da área da saúde, tendo como prioridade os cursos nos quais os alunos estarão vivenciando os estágios na atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 09, n. 03, p. 361-378, nov. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-

[text&pid=S1981-77462011000300002&lng=en&nrm=iso](#). Acesso em: 19 mar. 2021.

AZEVEDO, C. *et al.* Práticas integrativas e complementares no âmbito da enfermagem: aspectos legais e panorama acadêmico-assistencial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180389, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0389>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200226&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 mar. 2021. Epub Apr 29, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 3 maio 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2015. 96 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS Nº 569, de 08 de dezembro de 2017**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 197, de 19 de março de 1997**. Estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de

enfermagem. 1997. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1971997_4253.html. Acesso em: 14 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA. **Resolução n. 380, de novembro de 2010**. Regulamenta o uso pelo Fisioterapeuta das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e dá outras providências. 2010. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3143>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Resolução n. 525, de 25 de junho de 2013**. Regulamenta a prática da Fitoterapia pelo nutricionista, atribuindo-lhe competências para, nas modalidades que especifica, prescrever plantas medicinais e chás medicinais, medicamentos fitoterápicos, produtos tradicionais fitoterápicos e preparações magistrais de fitoterápicos como complemento da prescrição dietética e dá outras providências. 2013. Disponível em: http://www.crn3.org.br/uploads/repositorio/2018_10_24/Res_525_2013.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. **Resolução n. 679, de 19 de janeiro de 2021**. Regulamenta o exercício das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelo nutricionista e dá outras providências. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-679-de-19-de-janeiro-de-2021-299790857>. Acesso em: 23 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 013, de 20 de dezembro de 2000**. Aprova e regulamenta o uso da Hipnose como recurso auxiliar de trabalho do Psicólogo. 2000. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2000/12/resolucao2000_13.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n. 005, de 24 de maio de 2002.** Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo psicólogo. 2002. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2002/05/resolucao2002_5.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 5ª REGIÃO. **Temas de Orientação Profissional do Psicólogo.** Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP-RJ (org.). Rio de Janeiro, 2016. Disponível em http://www.crpj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/08/livro_temas_orientacao.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 06. Nota técnica sobre o exercício da acupuntura pela(o) psicóloga(o). 2015. Disponível em <https://transparencia.cfp.org.br/crp06/legislacao/nota-tecnica-sobre-o-exercicio-da-acupuntura-pelao-psicologo/>. Acesso em 15 jul. 2020.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). **Política de práticas integrativas e complementares do Estado do Espírito Santo:** homeopatia, fitoterapia/plantas medicinais e medicina tradicional chinesa/acupuntura. Secretaria de Saúde. Governo do Espírito Santo, Vitória, ES. 2013. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/PIC/SESA_POLITICA%20DAS%20PICS_VERSAO%20FINAL.pdf. Acesso em: 26 mar. 2021.

LUZ, M. T. Prefácio. *In*: BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; OTONI, M. A. P. (org.). **O ensino das práticas integrativas e complementares.** São Paulo: Hucitec, 2011. p. 11-14.

MINAS GERAIS (ESTADO). **Práticas integrativas e complementares em saúde.** Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado de Minas Gerais, 2019. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/pics>. Acesso em: 15 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Resolução nº 06, de 19 de outubro de 2017(*)**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Diretrizes Curriculares** - Cursos de Graduação. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=12991>. Acesso em: 20 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. No Espírito Santo, 40 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS. 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42802-no-espírito-santo-40-municípios-utilizam-práticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus#:~:text=No%20estado%2C%20as%20pr%C3%A1ticas%20de,do%20SUS%2C%20em%2040%20munic%C3%ADpios>. Acesso em: 5 ago. 2021.

NASCIMENTO, M. C. do. *et al.* Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 02, p. 751-772, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. de. Contribuições para a construção da Nutrição Complementar Integrada. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 515-528, jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000024>.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SABERES E PRÁTICAS TRADICIONAIS, INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (ObservaPICS). **Boletim quadrimestral**, n.

03, set./dez. 2019. Disponível em: <http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/Boletim-Evidencias-E3.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;jsessionid=DCFFADD2DADDA5F320F70B943949BBFF?sequence=1. Acesso em: 26 jul. 2021.

REIS, B. O.; ESTEVES, L. R.; GRECO, R. M. Avanços e desafios para a implementação das práticas integrativas e complementares no Brasil. **Revista de APS**, v. 21, n. 03, p. 355-364, 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/16383>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SACRAMENTO, H. T. Vitória, Espírito Santo (ES): experiência exitosa em Práticas Integrativas e Complementares (PICs). **JMPHC**, v. 08, n. 02, p. 333-342, 25 ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.556>.

SAINT-MARTIN, J. G. A. **O futuro das terapias naturais?** Belo Horizonte: Hipocrática-Hahnemanniana, 2010.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 174-188, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s112>.

VALADARES, C.; BERVALDO, N. **No Espírito Santo, 40 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS**. Publicado via Agência Saúde, 15 mar. 2018. Ministério

da Saúde: Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42802-no-espirito-santo-40-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>. Acesso em: 16 jul. 2020.

VIEIRA, R. da S. *et al.* As práticas integrativas e complementares no contexto da formação em fisioterapia: processo de sensibilização na graduação. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 04, n. 08, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1595>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VITÓRIA. **Práticas integrativas oferecidas em Vitória melhoram qualidade de vida**. 2017. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/noticia/praticas-integrativas-oferecidas-em-vitoria-melhoram-qualidade-de-vida-22578>. Acesso em: 5 ago. 2021.

Capítulo 11

Cuidado e promoção à saúde na atuação do psicólogo escolar durante a pandemia da Covid- 19: relato de experiência

*Juliana Peterle Ronchi
Milena Bertollo-Nardi*

INTRODUÇÃO

A formação de professores é uma das possibilidades de atuação do psicólogo no campo da educação. No cenário da pandemia da Covid-19, a necessidade de ações nesse sentido se mostra importante, não

somente para construir com os professores estratégias de ensino no contexto da educação remota, mas também auxiliando na reflexão sobre o cuidado em saúde mental, ações que se constituem como promotoras de saúde. Além disso, as intervenções, visando o coletivo da equipe escolar, ajudam na construção de uma atuação da psicologia que rompe com o estigma de exclusividade do trabalho clínico tradicional, pelo qual a categoria ainda é caracterizada.

Psicólogos que trabalham na educação básica evidenciam que ainda é um desafio desvincular o papel de clínico, no cotidiano das escolas. Assim, é importante marcar o trabalho voltado para o coletivo, de modo a envolver todo o contexto escolar e sua complexidade, ultrapassando a atuação individualizada. O profissional de Psicologia, nesse cenário, luta pela sustentação de espaços que possibilitem reflexões sobre o que pode ser construído na escola, deslocando o olhar sobre o indivíduo para o olhar sobre o contexto, as condições sociais, econômicas, históricas, evidenciando potencialidades nas relações e nas parcerias que podem ser engendradas nesse espaço formativo, convidando a comunidade escolar a pensar sobre o seu dia a dia, a fim de lidar com as questões que se apresentam (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2019).

Como evidencia Facci (2015), a área educacional apresenta muitas possibilidades de atuação para o psicólogo, dentro desse campo, a formação de professores pode contribuir com reflexões sobre como o conteúdo pode instrumentalizar o estudante a lidar com a sua realidade. Souza (2015), por sua vez, relata que o psicólogo pode fomentar uma discussão com os professores e a equipe da escola sobre as emoções que emergem nas situações do cotidiano educacional. Esse fomento pode ocorrer por meio do investimento em espaços coletivos e de formação continuada, que favoreçam a expressão e a reflexão dos sujeitos (ANDRADA *et al.*, 2019).

A partir da crise provocada na educação pela pandemia da Covid-19, em função da suspensão das atividades letivas presenciais e da construção das estratégias de ensino remoto, muitas emoções e

sentimentos emergiram nos membros da comunidade escolar, afetados, de uma forma ou de outra, pela vivência dessa experiência. Assim, ofertar espaço de cuidado aos servidores mostrou-se potente na construção do trabalho do psicólogo em um contexto educacional, indo ao encontro do que destacam Facci, Anache e Ferreira (2021) como uma possível contribuição do psicólogo, qual seja, identificar os diferentes processos vivenciados pelos trabalhadores da educação durante a pandemia e considerá-los no percurso do trabalho pedagógico, de modo a fazer com que as dificuldades surgidas possam ser enfrentadas. Pois, como afirmam Marinho-Araújo e Almeida (2014, p. 45), “[...] esta é uma das possibilidades do psicólogo escolar de intervir na atuação pedagógica, no planejamento e na avaliação do ensino, na tentativa de tornar o professor, por meio da formação continuada em serviço, um mediador consciente entre currículo, escola e relações sociais”.

Dadas as especificidades e o ineditismo da situação vivenciada pela pandemia, a reflexão sobre o espaço escolar e tudo o que o permeia, como o currículo, os processos de ensino e de aprendizagem e as questões de saúde mental, tornou-se ainda mais necessária. Estar atento ao momento vivido e introduzir no contexto escolar estratégias para lidar com a realidade, evidencia a potência do trabalho do psicólogo, em que se acolhe as tensões, problematizando-as no sentido de construir estratégias de enfrentamento, por exemplo, diante das emoções com o distanciamento social, com o desafio do ensino remoto, com a tristeza dos planos e metas frustrados, como a finalização de um ciclo de estudos no final do ano corrente com festejos e comemorações presenciais. Emoções e sentimentos que, refletidos e problematizados, podem ser reorganizados, trazendo aprendizados e parcerias, em uma perspectiva de produção de cuidado e de promoção à saúde.

Na atuação do psicólogo escolar no contexto do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (Ifes), Bertollo-Nardi (2014) evidencia o compromisso com ações de cuidado, a partir

do diálogo entre a Teoria do Amadurecimento Humano, de D. W. Winnicott, e a Teoria das Representações Sociais, de S. Moscovici, em que o profissional vai ao encontro das necessidades das pessoas. Ronchi (2019), por sua vez, apresenta a perspectiva do cuidado no trabalho do psicólogo escolar, também no Ifes, efetivada a partir de ações de promoção à saúde, em que se valoriza a autonomia, a atenção às necessidades das pessoas, o acolhimento a essas vivências, seu ambiente e o contexto institucional, colaborando para a construção de reflexões sobre o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade escolar.

Bertollo-Nardi (2014) e Ronchi (2019) referenciam o cuidado, a partir da perspectiva sistematizada por Figueiredo (2007) como uma presença implicada — como acolher, sustentar, reconhecer e interpretar, favorecendo a construção de sentido diante da existência — e como presença reservada — aquela que dá tempo, espera, em que o cuidador se mantém disponível sem grandes interferências, possibilitando o crescimento e o amadurecimento de quem é cuidado. Figueiredo (2007) evidencia que as atividades de cuidar estão presentes no rol das tarefas de todos os profissionais da área da educação.

É importante destacar o que nos apresenta Buss (2000, 2009), também sobre o cuidado, assinalando que Promoção à Saúde, atualmente, evidencia a relação do processo saúde-doença-cuidado, em um contexto de articulação entre qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, o cuidado evidencia um olhar para a construção de estratégias positivas de lidar com a vida, a partir da relação com o sujeito para quem se dirige a ação de intervenção e a compreensão sobre a sua realidade, visando a promoção à saúde.

Nessa perspectiva, o objetivo deste capítulo é apresentar um relato de experiência sobre uma ação ofertada pelo serviço de psicologia escolar aos servidores de dois *campi* do Instituto Federal do Espírito Santo com o tema saúde mental e cuidado na pandemia da Covid-19: reflexões para a educação. A oficina justificou-se pela importância de apresentar e discutir com professores e demais profissionais do ensino, informações referentes ao autocuidado, ao cuidado

com os seus familiares e com os discentes que iniciavam, no momento da oficina, as atividades pedagógicas não presenciais. A formação sobre possíveis reações emocionais e comportamentais frequentes em uma epidemia, os impactos esperados dessas reações, além das estratégias possíveis para lidar com elas, mostrava-se uma importante ferramenta de promoção à saúde e minimização do adoecimento ou cronificação de sintomas de sofrimento psíquico.

O contexto

Diante da pandemia da Covid-19, no Instituto Federal do Espírito Santo, as aulas foram suspensas no dia 17 de março de 2020. A partir dessa data, foi instituído o trabalho remoto aos servidores. Assim, de março a meados do mês de maio, a comunidade acadêmica ficou aguardando quais seriam as novas orientações, adaptando-se ao formato de trabalho de casa, distante dos *campi*, enquanto se aguardava a resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) para a implementação das Atividades Pedagógicas Não Presenciais (APNP), que passaram a vigorar em 25 de maio de 2020.

Nesse ínterim, até o início das APNP, algumas atividades foram sendo realizadas de maneira on-line como forma de manter o vínculo do estudante com a escola, o que avalia-se como positivo, já que fomentar o sentimento de pertença poderia ser uma boa estratégia de cuidado durante o período de distanciamento social. A partir da regulamentação do CNE, iniciaram-se as APNPs e os professores, bem como os demais profissionais da equipe do ensino, passaram a ter contato direto com os estudantes, oportunidade para que, em uma situação de pandemia com trabalho e estudo remotos, fossem desenvolvidos vínculos baseados na afetividade, na empatia e na escuta reflexiva e respeitosa (VIEIRA *et al.*, 2014), possibilitando a oferta de cuidado, além do conteúdo curricular, colaborando-se, assim, não só para a construção do conhecimento dos estudantes, mas também para a sua promoção à saúde.

Nesse cenário, faz-se pertinente destacar os processos educativos como fundamentais para “munir a população com as ferramentas necessárias para a superação das dificuldades ou para a construção de atividades criativas que visem a aprendizagens de novas formas de viver o cotidiano” (FACCI; ANACHE; FERREIRA, 2021, p. 634). Mostrava-se, então, importante refletir sobre o momento vivido e suas implicações na construção de um ensino não presencial.

A pandemia da Covid-19 validou a importância da utilização dos meios digitais, que se fixaram como estratégias para driblar o distanciamento social e encurtar distâncias, proporcionando interações que, antes da pandemia, mostravam-se mais restritas. Assim, pôde-se utilizar as ferramentas virtuais para a promoção de espaços formativos, como o do trabalho aqui apresentado, visando refletir com os docentes e a equipe técnica dos dois *campi* sobre questões que a pandemia poderia evidenciar, como diferentes reações emocionais e comportamentais diante do distanciamento social e das perdas que a pandemia poderia trazer aos estudantes e aos profissionais da instituição. Dessa forma, a oficina formativa visou oferecer um espaço de diálogo sobre saúde mental na pandemia e informações de maneira sensível e atenta às necessidades da comunidade escolar.

A oficina

A oficina ocorreu em formato on-line, uma semana após o início das Atividades Pedagógicas Não Presenciais, portanto, em um momento de tensão elevada para todos os membros da comunidade escolar, devido aos aprendizados e às adaptações que precisavam ser realizadas. Assim, na oficina virtual, pôde-se refletir sobre possíveis impactos da pandemia da Covid-19 na rotina e na saúde mental dos professores, da equipe de ensino, dos alunos e de suas famílias. Com duração de 2 (duas) horas, incluiu um espaço de conversa, de aproximadamente 30 (trinta) minutos, e contou com a participação de 30 (trinta) servidores, entre docentes e técnicos administrativos em

educação dos dois *campi*, o que correspondeu a 12% do total dos trabalhadores da educação dessas duas unidades do Ifes, o que pode indicar a importância da efetivação de mais ações nessa perspectiva, possibilitando maior engajamento da comunidade escolar.

Para a construção da ação, foi utilizado como material de referência o Documento da Organização Pan-Americana da Saúde (2015): “Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo” e os materiais do “Curso de Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) ofertado pela Escola de Governo da Fundação Oswaldo Cruz em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres – Cepedes (ENSP) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Dessa forma, refletiu-se, inicialmente, sobre como a pandemia da Covid-19, bem como outras situações de crise podem afetar as pessoas de diferentes maneiras: pela severidade com que atinge a cada um; pelo estado de saúde da pessoa; por vivências de crise que já tenham passado; pelo suporte social e pelo apoio que recebe de outras pessoas. Ressaltou-se que todas as pessoas têm habilidades para lidar com situações de dificuldades, mas algumas precisarão de mais apoio para passar por esse momento, por isso, a importância de se estar atento à maneira como cada um pode reagir. Também ponderou-se sobre os sentimentos e as emoções que poderiam surgir, decorrentes dessa experiência, como maior irritação, aumento de conflitos e alterações no sono, no apetite e no humor, por exemplo, relatados por eles mesmos, profissionais da educação, ou pelos estudantes.

Além disso, a suspensão das atividades letivas presenciais poderia ter despertado diferentes sensações nos estudantes, como desamparo, devido ao sentimento de abandono de uma rotina, das relações próximas, do espaço escolar; desesperança, pela dificuldade ou pela falta da crença em um futuro, ou em soluções práticas para o enfrentamento de uma situação difícil; e, ainda, impotência, ao sentirem-se sem recursos materiais e imateriais para lidar com a crise provocada pela pandemia da Covid-19.

A partir da reflexão sobre essas reações que poderiam ser vivenciadas, os Primeiros Cuidados Psicológicos – PCP (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015) mostravam-se como ações que poderiam auxiliar os profissionais da educação, pois se apresentam como assistência humana e ajuda prática para indivíduos em situações de crise e podem ser ofertados por qualquer pessoa, uma vez que se tratam de ações e cuidados práticos e de apoio, não sendo específico de nenhum profissional da saúde.

Nesse percurso, foi trabalhada a importância de se reconhecer que os PCP não se referem a resolver as questões relatadas pelas pessoas, mas, sim, em acolher as suas vivências, comprometendo-se, a partir de uma postura ética, com o que é possível dentro da realidade da instituição educacional em que se atua e diante do seu papel e das suas limitações na instituição. Nesse contexto, ainda, foi importante enfatizar que, antes de oferecer suporte, é fundamental avaliar a sua própria saúde, uma vez que a crise vivenciada na pandemia poderia estar trazendo estresse, e isso compromete o papel de ajudar outras pessoas. Pôde-se, então, refletir que ajudar o outro também significa cuidar da sua própria saúde e bem-estar, dessa forma, reforçou-se também a importância da parceria com a equipe institucional, visando construir estratégias coletivas de trabalho e intervenção sobre as questões que se colocavam no âmbito educacional.

Os PCP baseiam-se em observar, escutar e se aproximar. Pensando no contexto educacional, trabalhou-se:

OBSERVAR, como os estudantes estão reagindo?

ESCUTAR, o que eles falam sobre suas vivências?

APROXIMAR, quais informações práticas podem ajudar?

Dessa maneira, foi destacada a importância da oferta de apoio e cuidados práticos não invasivos, visando, em um primeiro momento, observar e trazer escuta a partir do que falam os estudantes, reconhecendo e acolhendo os sentimentos sem julgamentos, apenas com escuta atenta e devolutiva do que eles mesmos dizem. Assim, foram apresentadas e discutidas com os participantes da oficina estratégias práticas como:

- observar e escutar quais necessidades e preocupações os estudantes apresentavam, trazendo informações que possibilitassem ajuda, por exemplo, sobre o ensino remoto e como seria conduzida a disciplina;
- informar sobre canais de comunicação da instituição;
- contatar a equipe da instituição, caso observassem necessidades relativas a situações de saúde e assistência social;
- ficar calmo e mostrar compreensão diante da observação e da escuta dos estudantes, o que possibilita emergir o sentimento de segurança na relação;
- focar e ajudar o estudante a focar no presente por intermédio de exercícios de relaxamento e respiração;
- informar sobre ações práticas (“comece olhando quais disciplinas você irá estudar na primeira quinzena” ou “comece a estudar as disciplinas que você mais gosta, tem mais habilidade”);
- valorizar carga horária de trabalho e estudo razoável para não ficar muito esgotado, com pausas para alimentação, lazer e descanso, ainda que seja por períodos curtos;
- ajudar a retomar estratégias como leitura, desenvolvimento de atividades, organização de rotina de estudos;
- ajudar o estudante a se aproximar de algum familiar, para que possa o apoiar nas estratégias de cuidado;
- reconhecer e valorizar cada pequena atividade ou cada pequeno avanço que os estudantes tiveram nesse processo;
- comunicar-se de forma aberta e precisa sobre o que está sendo vivenciado;
- evidenciar possibilidades de resolução de problemas, ainda que lento e gradual;
- exercitar a solidariedade, a cooperação diante da resolução de problemas práticos ou com os sentimentos;
- ajudar a pessoa a pensar sobre como já resolveu problemas e situações de crise no passado, quais estratégias usou? Isso pode auxiliar agora;

- estar aberto para (re)adaptar materiais e conteúdos a partir da observação, escuta e aproximação, abrangendo todos os estudantes. Por exemplo, utilizar estratégias lúdicas e criativas para as atividades não presenciais e incluir a pandemia nos currículos, valorizando o aprendizado adquirido a partir da sua vivência;
- trabalhar não somente os conteúdos acadêmicos, mas também, a partir do seu papel na educação, trabalhar sobre como lidar com os desafios diante da pandemia da Covid-19 e outras situações de crise.

Assim, pôde-se refletir sobre como o observar, o escutar e o se aproximar podem resultar em ações de promoção à saúde. Com a apresentação e diálogo a partir dessas estratégias, buscou-se evidenciar que a escola é o lugar privilegiado da aprendizagem, não somente do conteúdo acadêmico curricular e que a palavra pode ser um antídoto contra a angústia, possibilitando a construção de saídas de situações difíceis a partir da conversa e da elaboração do que é vivido e sentido. Também pôde-se chamar a atenção para o fato de que, em alguns momentos, professores e equipe técnica poderiam ter que lidar com a tensão e a raiva dos alunos (boicote às atividades não presenciais, por exemplo), mas ao olhar para esse fenômeno como uma reação do momento e não como algo direcionado ao professor e à instituição, a partir das estratégias apresentadas, a situação poderia ser compreendida com empatia e com encaminhamentos positivos.

Durante a oficina, observou-se uma participação ativa dos servidores, que interagiram por meio do *chat*. Foi um momento potente de troca de experiências, no qual puderam relatar suas vivências e as estratégias utilizadas para lidar com o momento da pandemia, como as dificuldades com relação à organização da rotina da casa e dos cuidados com os filhos e à necessidade de conciliar vida privada e trabalho remoto, demarcando espaço de separação entre eles. Além das dúvidas, foram feitos comentários positivos quanto à oficina,

principalmente em relação ao fato de se sentirem cuidados e de terem um tempo e um espaço para falarem de si mesmos.

Ao término da oficina virtual, foi disponibilizado um *link* para um formulário de avaliação, que tinha o objetivo de levantar as impressões dos participantes quanto à experiência da oficina. A primeira pergunta do questionário solicitava que fosse avaliada, com nota de 1 a 5, a atividade ofertada. A pergunta seguinte era aberta para que o servidor pudesse escrever sobre os pontos positivos, negativos e dar sugestões. Por fim, foi perguntado se os respondentes gostariam de participar de outra formação e, caso a resposta fosse afirmativa, pedia-se a indicação de possíveis temas.

Dos 30 participantes da oficina, 20 responderam ao questionário de avaliação. Dos 20 respondentes, 19 (95%) avaliaram com nota 5 e apenas um (5%) com nota 4, o que mostra que a atividade foi bem avaliada pelos servidores, corroborando as falas apresentadas por eles ao final da oficina.

Com relação à segunda pergunta sobre pontos positivos, negativos ou sugestões, todos os 20 comentários evidenciaram aspectos positivos, com destaque para as estratégias de cuidado apresentadas, a abordagem dinâmica da oficina, com espaços para conversa e participação dos servidores e a leveza com o que o tema foi tratado, possibilitando um momento de relaxamento frente à rotina de trabalho. Como sugestões, foram citadas novas edições da oficina e a possibilidade da oferta para outros *campi*.

Todos os respondentes disseram que gostariam de participar de outra oficina com formato parecido com esse realizado. Quanto aos temas, 4 (quatro) sugeriram continuar e aprofundar a temática da saúde mental, 4 (quatro) sugeriram temas que envolvessem o trabalho remoto, como a organização da rotina, a qualidade de vida e as cobranças do trabalho em tempos de pandemia, e 2 (dois) pediram que fossem trabalhados os aspectos do retorno às aulas presenciais. Outros temas sugeridos foram: escola e violências e cuidados com os filhos.

Dessa forma, observou-se a potência de espaços como esses, de formação dos professores e toda a equipe escolar, uma vez que, diante dos relatos, constituiu-se em um lugar de reflexão, partilha, acolhimento com construção de possibilidades de atuação frente aos desafios do momento vivenciado. Como resultado da oficina, novos momentos de formação foram planejados, a fim de desenvolver os temas sugeridos pelos participantes.

Outros espaços formativos

A partir da avaliação positiva dos participantes, outros espaços formativos foram pensados e planejados, como nas reuniões dos professores, da equipe gestora, nas reuniões pedagógicas/conselhos de classe, que se constituíram como espaços de fala do psicólogo, visando refletir, com os docentes e a equipe técnica, estratégias de ensino-aprendizagem e de cuidado à comunidade escolar. Diante dos desafios de reconfiguração do trabalho na escola, durante a pandemia, a psicologia afirma a sua importância no conjunto e no coletivo dos atores que compõem a comunidade escolar, com base em estratégias de cuidado e promoção à saúde.

Os espaços formativos tinham uma dupla função: oferecer suporte e atenção aos servidores da instituição, possibilitando refletir sobre os desafios dos profissionais da educação, como a cobrança por produtividade, o excesso de atividades, a sobrecarga de trabalho, as interrupções da vida doméstica na rotina de trabalho e o aumento do estresse, visando possibilitar aos docentes dar um sentido à situação vivenciada e, ao mesmo tempo, levá-los à reflexão sobre questões de saúde mental e cuidados que poderiam ser oferecidos aos estudantes, pois, mais do que nunca, a vivência dos estudantes durante a pandemia, suas condições socioeconômicas, possíveis perdas e lutos pelos quais passariam, a não presença no espaço físico da escola, a falta de convívio com os pares e com os professores no ambiente educativo, tudo isso deveria ser levado em consideração no planejamento

das atividades não presenciais. Para isso, procuramos utilizar charges, desenhos, vídeos que retratavam essa realidade, a fim de levar ludicidade e dinamicidade à oficina. E, dessa forma, contribuir, conforme preconiza a nota técnica do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), para uma prática pedagógica voltada à humanização, em que é enfatizada a dimensão subjetiva das experiências educacionais.

Em alguns momentos, foi enfatizado, também, o valor estruturante das instituições públicas, o fato de ser público e de todos. Nesse sentido, nenhum aluno poderia ser deixado para trás durante as APNPs. Para isso, foram disponibilizados computadores dos *campi* aos alunos e auxílios financeiros emergenciais para a instalação e pagamento de internet. No entanto, logo se percebeu que só isso não seria suficiente para os estudantes acompanharem e darem conta das atividades não presenciais. As questões emocionais precisavam ser levadas em consideração, sob o risco de intensificar o sofrimento vivido e gerar exclusão. O ensino remoto não poderia alargar ainda mais as desigualdades sociais e educativas no período pós-pandemia. Para isso, precisaria de uma atuação comprometida, ética e política de toda a comunidade escolar.

Dessa maneira, o trabalho com os professores tinha o objetivo de reconhecer as limitações das atividades pedagógicas não presenciais e enfatizar o fato de que elas não substituiriam as experiências presenciais na escola. A dimensão do tempo para o aprendizado também precisava ser ressignificado, o que refletiria diretamente no planejamento da carga horária disponibilizada para cada atividade enviada pelo professor. Reconhecer que a atenção e a concentração dos alunos poderiam estar diminuídas durante a pandemia, assim como as dificuldades de organização que os estudantes possivelmente teriam com o ensino remoto, sem a presença física na escola, seria o primeiro passo para os docentes repensarem o currículo a ser disponibilizado. Era preciso, portanto, reconsiderar o tempo que os alunos disponibilizariam para cada atividade, assim como os conteúdos precisavam ser replanejados. Era necessário reconhecer que alguns componentes

do currículo não poderiam ser trabalhados como da forma presencial. No entanto, apesar das inevitáveis perdas, muitos aprendizados estariam sendo elaborados durante a pandemia, inclusive sobre biologia, química, matemática, tecnologias, biossegurança, e que esses conhecimentos poderiam e deveriam ser considerados no currículo.

Além disso, o ensino remoto não poderia ser sinônimo de aula on-line, vídeos, materiais de leitura e listas de exercícios. Diferentes formas de estimular a aprendizagem seriam essenciais, como a utilização de jogos, investigações, pesquisas, construção colaborativa do conhecimento e experimentos.

Nas oficinas e reuniões realizadas durante o desenvolvimento das APNPs, o relato de alguns servidores evidenciou que o processo de implementação do ensino remoto durante a pandemia trouxe muito estresse e esgotamento físico e mental aos membros da comunidade escolar. Reforça-se, assim, a importância dos espaços formativos nas instituições educacionais, que visem ao diálogo, à escuta e à conversa, aspectos da promoção à saúde, o que possibilita a elaboração do que é vivido com criatividade, permitindo aos profissionais da educação compreenderem limites, mas também suas potencialidades, o que acontece na interlocução com o outro, na partilha que possibilita construir aprendizado, primeiro, com a equipe de ensino e, em seguida, com o estudante, nesse espaço tão diverso que é o contexto escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: EM BUSCA DE NOVOS CAMINHOS

Trabalhar com formação de professores, de forma virtual, no contexto da pandemia da Covid-19, possibilitou refletir sobre a força e a potência da educação, na construção de caminhos e sentidos em situações de crise, na direção da solidariedade, da empatia, do cuidado e da promoção à saúde. A partir das reflexões sobre como se aproximar do estudante e entender o que ele está vivendo, pôde-se compreender que, muitas vezes, a dificuldade, a cobrança e o estresse que

os profissionais da educação vivem também são experimentados por seus alunos. Assim, as atividades não presenciais devem seguir como uma fonte de esperança, com a oferta da presença do professor e da instituição educacional de forma criativa e leve, no dia a dia dos estudantes. Como evidenciam Facci, Anache e Ferreira (2021), os psicólogos e psicólogas podem auxiliar a comunidade escolar a refletir sobre o vivenciado a partir da pandemia, colaborando com a construção de estratégias para lidar com os prejuízos dessa experiência.

Além disso, a organização de espaços de formação para os docentes e a equipe do ensino colabora para romper com a visão estigmatizada do psicólogo clínico tradicional no contexto escolar, uma vez que a atuação ocorreu no e com o coletivo. A pandemia evidenciou a importância da atenção à saúde mental. Splett *et al.* (2013) afirmam que vários profissionais têm formação e experiência para atuar na construção de serviços de saúde mental, no entanto, destacam que os psicólogos escolares estão em uma posição-chave para avançar serviços nessa área, pelo lugar que ocupam e pelo conhecimento que possuem.

A atuação com a comunidade escolar amplia a esfera de ações, ao abranger o professor, o técnico administrativo, o estudante e, por consequência, suas famílias e quem com ele se relaciona. Nos meios de comunicação, nunca se falou tanto do papel do psicólogo e da importância da promoção à saúde e à saúde mental, o que colaborou para romper com alguns estereótipos sobre o trabalho desse profissional. Dessa forma, os psicólogos podem se beneficiar dessa lente lançada sobre a saúde mental no contexto da pandemia, fortalecendo o olhar para essa esfera da vida e para as contribuições do profissional de psicologia e sua multiplicidade de conhecimento.

Apresentar ao professor e à equipe a importância da saúde mental e as possibilidades de intervenção no cotidiano escolar é marcar que a escola não está descolada da vida dos estudantes, não se constitui como uma bolha, mas está dentro, está na comunidade, faz parte da vida deles. Muitas vezes, é na escola que o adolescente, o jovem

e o adulto encontram refúgio, apoio, interlocutores. Entre uma disciplina e outra, formam opinião, constroem conhecimento, tomam decisões sobre suas vidas e suas relações.

Assim, nos espaços formativos, como psicólogos escolares, podemos refletir sobre como as ações de cuidado se referem à responsabilidade com o outro; ao diálogo com quem partilha de um mesmo espaço e da construção de um mesmo processo, nesse caso, o processo de ensino e de aprendizagem; ao acolhimento ao que o profissional vive e assim, também, ao que vive o estudante e sua família; à atenção à história de vida das pessoas que compõem a escola. Dessa forma, pode-se destacar o cuidado expresso pelo profissional da educação disponível em um tempo e espaço, ofertando aos estudantes um ambiente confortável, a fim de se poder dialogar e refletir sobre suas vivências, compreendendo a escola como um espaço formativo para a vida.

Com todas as dificuldades evidenciadas pela pandemia da Covid-19, a escola se fez presente. Ora marcando limites e evidenciando vulnerabilidades, por exemplo, de acesso e permanência em um contexto de formação, ora marcando potencialidades, construção de conhecimento e fortalecimento de vínculos de partilha. Dessa forma, pôde-se observar a importância do espaço escolar e como esse pode estar atrelado a um ambiente de esperança e de apoio, diante do que representa em nossa sociedade.

No contexto da pandemia, a organização de um ensino remoto foi permeada por dúvidas, equívocos, falta de tempo de planejamento, o que, como apresentamos, pode ter marcado para muitos as impossibilidades da função de ensinar e de aprender, entretanto como psicólogos escolares trabalhamos com o que estava posto, questionando, problematizando, mas também propondo ações e cuidado, evidenciando que as impossibilidades não devem ser vividas como impotências, como bem destacou Pereira (2013), mas como espaços de reflexão em que se pode fazer emergir saídas e possibilidades. Como afirmam Pedroza e Maia (2021, p. 96): “Assim, a psicologia

escolar pode ter função importante de criação de espaços de escuta e troca, entre a comunidade escolar, com um intuito de ampliar a conscientização dos processos e relações que se dão no fazer educativo”. Entendemos que esse pode ser um importante e necessário papel do psicólogo na escola. Ao romper com o perfil do clínico que individualiza, ele põe em cena as questões, problematiza, reflete junto, constrói caminhos, saídas, em parceria com a comunidade escolar, ouvindo com atenção e cuidado, em espaços privilegiados de conversa e escuta, produzindo cuidado e promovendo saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADA, P. C. *et al.* Atuação de Psicólogas(os) na Escola: enfrentando desafios na proposição de práticas críticas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, e1877342, 1-16, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187342>.

BERTOLLO-NARDI, M. **O trabalho do psicólogo em um campus do Instituto Federal do Espírito Santo**: possibilidades e desafios de uma prática. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2021.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP]. **Referências técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Educação Básica**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2019.

FACCI, M. G. D. A intervenção do psicólogo na formação de professores: contribuições da psicologia histórico-cultural. *In*: MARINHO-ARAÚJO, C. **Psicologia escolar: novos cenários e contextos de pesquisa, prática e formação**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2015. p. 93-113.

FACCI, M. G. D.; ANACHE, A. A.; FERREIRA, T. L. Professores trabalham? Reflexões da psicologia escolar e educacional sobre o trabalho docente em tempos de pandemia. *In*: NEGREIROS, F.; FERREIRA, B. de O. (org.). **Onde está a psicologia escolar no meio da pandemia?** São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. p. 624-653.

FIGUEIREDO, L. C. A metapsicologia do cuidado. **Psyche** (Sao Paulo), São Paulo, v. 11, n. 21, p. 13-30, dez. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382007000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2021.

MARINHO-ARAÚJO, C. M.; ALMEIDA, S. F. C. DE. **Psicologia escolar: construção e consolidação da identidade profissional**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso de atualização em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19 – Guia do Estudante**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. Brasília, DF: Opas, 2015.

PEDROZA, R. L. S.; MAIA, C. M. F. Atuação de psicólogas escolares em contexto de pandemia: análise de práticas profissionais. *In: NEGREIROS, F.; FERREIRA, B. de O. (org.). **Onde está a psicologia escolar no meio da pandemia?*** São Paulo: Pimenta Cultural, 2021. p. 91-117.

PEREIRA, M. R. Os profissionais do impossível. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 485-499, jun., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2175-62362013000200008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362013000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2020.

RONCHI, J. P. **Atuação do psicólogo em contextos educacionais**: a promoção à saúde na perspectiva do cuidado. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES, 2014.

SOUZA, V. L. T. de. Educação, valores e formação de professores: contribuições da psicologia escolar. *In: MARINHO-ARAÚJO, C. **Psicologia escolar**: novos cenários e contextos de pesquisa, prática e formação.* Campinas, SP: Editora Alínea, 2015. p. 115-130.

SPLETT, J. W. *et al.* The critical role of school psychology in the school mental health movement. **Psychology in the Schools**, v. 50, n. 3, p. 245-258, 2013. DOI: 10.1002/pits.21677

VIEIRA, M. A. *et al.* A. Saúde mental na escola. *In: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.). **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber.* Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 13-23.

Sobre os autores e organizadores

ORGANIZADORES

Luziane Zacché Avellar

Pós-doutorado em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Pesquisadora PQ2 do CNPq. Professora titular do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Alexandra Iglesias

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo e mestre em Saúde Coletiva CCS/Ufes. Estágio pós-doutoral no PPGP-Ufes. Professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do

Espírito Santo. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP-Ufes).

Pedro Machado Ribeiro Neto

Psicólogo. Doutor e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-Ufes). Estágio pós-doutoral no PPGP-Ufes.

AUTORAS E AUTORES

Alexandra Iglesias

Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), mestre em Saúde Coletiva pela Ufes e graduada em Psicologia pela Ufes. Professora adjunta do Departamento de Psicologia e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP-Ufes).

E-mail: leiglesias@gmail.com

Andrea Campos Romanholi

Psicóloga. Doutoranda e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Ufes. Professora do Unisaes Centro Universitário e psicóloga da Secretaria Municipal de Vitória-ES.

E-mail: romanholiandrea@gmail.com

Carolina Martínez Libreros

Realizou seus estudos em psicologia na Universidad de San Buenaventura, Cali, Colombia. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Atua como psicóloga-psicanalista na área clínica.

Email: carolina.martinez.libreros@gmail.com

Iagor Brum Leitão

Psicanalista. Doutorando e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/Ufes) e graduado em Psicologia pela Faculdade Multivix de Nova Venécia, Espírito Santo.

E-mail: leitao.iagor@hotmail.com

Juliana Peterle Ronchi

Psicóloga. Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Psicóloga do Instituto Federal do Espírito Santo, campus Venda Nova do Imigrante.

E-mail: peterleronchi@gmail.com

Karina da Silva Cajaíba

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da UFES.

E-mail: karina.scajaiba@gmail.com

Luciana Bicalho Reis

Psicóloga. Doutora e mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Ufes. Professora do Departamento de Psicologia Ufes.

E-mail: luciana.b.reis@ufes.br/ lucianabreis@hotmail.com

Luziane Zacché Avellar

Pós-doutorado em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), mestre em Psicologia Social pela PUC-SP. Pesquisadora PQ2 do CNPq. Professora titular do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

E-mail: luzianeavellar@yahoo.com.br

Marcela Costa Meira

Psicóloga. Mestre em Psicologia da Saúde pelo do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Instituição a que está filiada: Unesc Faculdades.

E-mail: marcelacostameira@hotmail.com

Marcela Tommasi Abaurre

Psicóloga, Psicanalista. Mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-Ufes).

E-mail: marcelatom@hotmail.com

Maria Inês Badaró Moreira

Psicóloga. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Unicamp, doutora e mestre em Psicologia pela Ufes. Professora associada do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

E-mail: maria.ines@unifesp.br

Maria de Fátima de Souza Santos

Psicóloga. Doutora e mestre em Psicologia na Universidade de Toulouse II (França). Professora e bolsista de produtividade do CNPq. Instituição a que está afiliada atualmente: UFPE.

E-mail: santos.fatima9@gmail.com

Maria do Rosário de Fátima Rodrigues

Psicóloga. Pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

E-mail: cieloestrelado@gmail.com

Matheus Magno dos Santos Fim

Psicólogo. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Ufes.

E-mail: magno_fim@hotmail.com

Meyrielle Belotti

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/Ufes) e mestre em Psicologia Institucional pela Ufes. Professora adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Ufes.

E-mail: meyrielle.belotti@ufes.br

Milena Bertollo-Nardi

Psicóloga. Doutora e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Psicóloga do Instituto Federal do Espírito Santo, campus Colatina.

E-mail: milenabertollo@ifes.edu.br

Pedro Machado Ribeiro Neto

Psicólogo. Pós-doutorado e doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP/Ufes).

E-mail: mm.pedro@gmail.com

Samya Lievore Zanotelli

Psicóloga pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Psicóloga da Secretaria de Saúde – Prefeitura de Vila Velha. Pós-graduada em Saúde Mental (PUC-MG).

E-mail: samyalievore@gmail.com

Sheila Piazzarollo Faiçal Mariano

Psicóloga formada pelo Centro Universitário Salesiano (Unisales).

E-mail: sheilafaical@hotmail.com

Sibelle Maria Martins de Barros

Psicóloga. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da

Paraíba. Instituição a que está afiliada: Universidade Estadual da Paraíba, campus I.

E-mail: sibelle@servidor.uepb.edu.br

