

Universidade Federal do Rio de Janeiro

ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA PARA O
CUIDADO INTEGRAL DE BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO
DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Leandro França Pacheco

2020



UFRJ

ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA PARA O
CUIDADO INTEGRAL DE BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO
DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Leandro França Pacheco

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Rio de Janeiro

Mai de 2020

CIP - Catalogação na Publicação

P116a Pacheco, Leandro França
Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico / Leandro França Pacheco. -- Rio de Janeiro, 2020.
153 f.

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, 2020.

1. atenção psicossocial. 2. atenção básica. 3. desenvolvimento infantil. 4. puericultura. 5. intersectorialidade. I. Couto, Maria Cristina Ventura, orient. II. Título.

ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA PARA O
CUIDADO INTEGRAL DE BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO
DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Leandro França Pacheco

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em
Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro,
como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada por:



Presidente, Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (IPUB/UFRJ)

“participação por videoconferência”

Profa. Dra. Lilian Miranda (ENSP/FIOCRUZ)

“participação por videoconferência”

Profa. Dra. Cláudia Mascarenhas Fernandes (Instituto Viva Infância)

*As coisas que não têm nome são mais pronunciadas
por crianças.*

Trecho de “Uma didática da invenção”,
Manoel de Barros (O livro das *ignorâncias*).

AGRADECIMENTOS

À Cristina Ventura, pelos caminhos que andamos juntos. Muito obrigado pela sua maneira cuidadosa e dedicada de acolher, ensinar e debater. Levo comigo o rigor da proposição e a firmeza na prática da atenção psicossocial de crianças e adolescentes. Crescem, ainda mais, o carinho por você e a admiração pelo seu trabalho. Sigamos!

Ao Professor Pedro Gabriel, por me ajudar a compreender problemas e repensar estratégias. Seu exemplo cotidiano ensina e mobiliza a seguir, fazendo e inventando, em defesa da saúde mental pública, territorial, comunitária e democrática.

A toda equipe do NUPPSAM, pela acolhida; em especial, Amanda Oliveira, Bárbara Costa e Melissa Ribeiro, pela parceria cotidiana. Desejo que nos mantenhamos firmes e persistentes na busca de um mundo um pouco melhor para ‘esses’ meninos e meninas.

À Cláudia Mascarenhas, por me ensinar que se se muda o olhar, tudo muda! Obrigado por me incluir em seus cursos e debates, disponibilizar bibliografia e gentilmente se prontificar a viajar até o Rio de Janeiro. Receba meu apreço por você e seu trabalho. Gratidão!

À Lilian Miranda, por prontamente aceitar meu convite, retribuindo com uma leitura atenta e zelosa. Obrigado pela generosidade de suas questões e sugestões.

Aos bebês e seus familiares/ cuidadores, por me ajudarem a mudar o olhar.

Aos profissionais dos diferentes serviços, em especial da atenção básica e das creches. Vocês foram decisivos para o avanço da pesquisa.

E àqueles que acreditaram em mim, cada qual a sua maneira: meus pais e irmã, por acompanharem e torcerem à distância; meus amigos, por incentivarem; e Franco, por sonhar junto, compartilhar projetos e angústias, ‘segurar a barra’ e, ainda assim, seguir sendo meu companheiro nas dores e alegrias de viver.

INVECE IL CENTO C'É
(Loris Malaguzzi)

Il bambino è fatto di cento.

*Il bambino ha cento lingue
cento mani, cento pensieri
cento modi di pensare
di giocare e di parlare
cento sempre cento
modi di ascoltare
di stupire di amare
cento allegrie
per cantare e capire
cento mondi da scoprire
cento mondi da inventare
cento mondi da sognare.*

*Il bambino ha cento lingue
(e poi cento cento cento)
ma gliene rubano novantanove.*

*La scuola e la cultura
gli separano la testa dal corpo.*

*Gli dicono:
di pensare senza mani
di fare senza testa
di ascoltare e di non parlare
di capire senza allegrie
di amare e di stupirsi
solo a Pasqua e a Natale.*

*Gli dicono:
di scoprire il mondo che già c'è
e di cento
gliene rubano novantanove.*

*Gli dicono:
che il gioco e il lavoro
la realtà e la fantasia
la scienza e l'immaginazione
il cielo e la terra
la ragione e il sogno
sono cose che non stanno insieme.*

*Gli dicono insomma
che il cento non c'è.*

*Il bambino dice:
invece il cento c'è.*

AO CONTRÁRIO, O CEM EXISTE*
(Loris Malaguzzi)

A criança é feita de cem.

A criança tem cem línguas, cem mãos, cem pensamentos,
cem modos de pensar, de jogar e de falar.
Cem, sempre cem modos de escutar, de maravilhar, de amar.
Cem alegrias para cantar e compreender.
Cem mundos para descobrir.
Cem mundos para inventar.
Cem mundos para sonhar.

A criança tem cem línguas (e depois cem, cem, cem),
mas roubam-lhe noventa e nove.

A escola e a cultura lhe separam a cabeça do corpo.

Dizem-lhe: para pensar sem as mãos, fazer sem a cabeça,
escutar e não falar, compreender sem alegrias, amar e
maravilhar-se só na Páscoa e no Natal.

Dizem-lhe: para descobrir o mundo que já existe e, de cem,
roubam-lhe noventa e nove.

Dizem-lhe: que o jogo e o trabalho, a realidade e a fantasia,
a ciência e a imaginação, o céu e a terra, a razão e o sonho
são coisas que não estão juntas.

Dizem-lhe, enfim, que o cem não existe.

A criança diz: ao contrário, o cem existe.

* Tradução nossa.



Fonte: Imagens da internet e arquivo pessoal.

RESUMO

ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO BÁSICA PARA O CUIDADO INTEGRAL DE BEBÊS: A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Leandro França Pacheco

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Nesta pesquisa, perguntou-se como a articulação entre atenção básica e atenção psicossocial pode ampliar o espectro do acompanhamento longitudinal dos bebês para dar mais ênfase aos aspectos do desenvolvimento e incidir na qualificação do cuidado. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, cujo método escolhido foi o da pesquisa participativa, com dados coletados por meio de levantamento documental e observação participante. O estudo buscou apresentar como, no Brasil, os processos de construção de um sistema universal de saúde e de reconhecimento da prioridade absoluta dos direitos infantojuvenis refletiram na construção de políticas públicas para o cuidado em saúde na primeira infância. O país avançou na regionalização da atenção à saúde e incluiu as crianças e os adolescentes na agenda política de cuidado das pessoas em sofrimento mental, contudo a articulação entre esses campos ainda é frágil, principalmente em relação ao trabalho com a primeira infância. A análise dos resultados permitiu afirmar a invisibilidade do desenvolvimento psíquico nas ações regulares de puericultura, o distanciamento dos temas da primeira infância e da promoção de saúde mental na atenção psicossocial de crianças e adolescentes e, também, o potencial efeito de qualificação produzido pelo trabalho regular e colaborativo da atenção psicossocial. Como contribuição técnica, foi orientada a articulação entre atenção psicossocial e atenção básica nas rotinas de puericultura para o cuidado integral de bebês.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Atenção Básica; Desenvolvimento Infantil; Puericultura; Intersetorialidade.

Rio de Janeiro

Maio de 2020

ABSTRACT**ARTICULATION OF PRIMARY CARE AND PSYCHOSOCIAL CARE TO INTEGRAL CARE FOR BABIES: THE IMPORTANCE OF MONITORING PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT**

Leandro França Pacheco

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Abstract da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

In this research, it was asked how the articulation of primary care and psychosocial care can expand the spectrum of longitudinal monitoring of babies to obtain more information on aspects of development and qualify childcare practices. It is an exploratory research, with a qualitative approach; the method chosen was participatory research, with data collected through documentary research and participant observation. The study sought to present how, in Brazil, the processes of building a universal health system and recognizing the absolute priority of children's rights reflected in the construction of public policies for health care in early childhood. The nation has advanced in the regionalization of the healthcare system and has included children and adolescents in the political agenda set for people with mental health needs. However, the articulation of these fields is still fragile, especially in relation to early childhood care. The analysis of the results indicated the invisibility of psychological development in regular childcare actions, the distance from the themes of early childhood and mental health promotion in children-adolescent psychosocial care, and also the potential effect of qualification produced by the regular and collaborative care promoted by the psychosocial support. As a technical contribution, the articulation of psychosocial care and primary care in childcare routines was oriented.

Keywords: Psychosocial Care; Primary Health Care; Child Development; Child Care; Intersectoral Collaboration.

Rio de Janeiro

Maio de 2020

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xiii
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I – A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: desdobramentos no campo da atenção integral à saúde	16
1.1 Direito universal à saúde: as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e o campo da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA)	18
1.2 Saúde da criança e puericultura: aspectos históricos e agenda política brasileira	27
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	32
2.1 O protagonismo do cuidado materno-infantil e seus reflexos em termos de política pública (Rede Cegonha, PNAISC e MLPI)	35
2.2 A vigilância em saúde da criança e os instrumentos brasileiros	38
CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SUAS PERSPECTIVAS NA SEARA DA SAÚDE PÚBLICA	52
3.1 O (des)caminho da Lei 13.438/17	56
3.2 Afinal, o que viria a ser <i>detecção de risco para o desenvolvimento psíquico?</i> .	65
CAPÍTULO IV – SOBRE MÉTODO, DESENHO E CAMPO DA PESQUISA	71
4.1 Metodologia	73
4.2 Desenho da pesquisa	74
4.3 Caracterização do campo e percurso metodológico	76
4.4 Análise do material coletado	80

CAPÍTULO V – RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE	81
5.1 Fontes de informação e resultados recolhidos	
5.1.1 Dados oficiais de cadastro e os dizeres das equipes da ESF	82
5.1.2 As consultas de pré-natal e puericultura	88
5.1.3 A experiência das ações de promoção de saúde mental realizadas na unidade de saúde e em duas creches do território	92
5.2 Discussão e análise temática	
5.2.1 A invisibilidade do desenvolvimento psíquico nas ações regulares de puericultura	99
5.2.2 O distanciamento dos temas da primeira infância e da promoção de saúde mental na atenção psicossocial de crianças e adolescentes	101
5.2.3 O potencial efeito de qualificação produzido pelo trabalho regular e colaborativo da atenção psicossocial	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	125

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 – Esquema da evolução sócio-histórica dos direitos infantojuvenis nos campos do Direito, da Saúde e da Saúde Mental ao longo dos séculos XX e XXI	26
Figura 2 – Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil, com a identificação das ações e estratégias prioritárias	34
Figura 3 – Apresentação feita pelo Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente com detalhamentos a respeito do primeiro modelo do Cartão da Criança	40
Figura 4 – Ficha de acompanhamento do desenvolvimento (0 a 5 anos), década 1980	41
Figura 5 – Imagens do cartão da Criança (campos de identificação, vacinação e acompanhamento do desenvolvimento), década 1990	42
Figura 6 – Alguns detalhes do interior da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2005	44
Figura 7 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania, ano 2007	45
Figura 8 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2009, em que há informações para os cuidadores no que diz respeito a crescimento e desenvolvimento	46
Figura 9 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2009, em que há informações para os profissionais no que diz respeito a crescimento e desenvolvimento	47
Figura 10 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2009, em que há informações para os profissionais no que diz respeito a situações especiais (Síndrome de Down e autismo)	48
Figura 11 – Caderneta de Saúde da Criança versão simplificada – menina, distribuída pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	50
Figura 12 – Desenho da pesquisa	74

Figura 13 – Cartão da rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro para o referenciamento maternidade – atenção básica	86
Figura 14 – Apresentação da técnica de massagem para bebês	93
Figura 15 – Prática da técnica de massagem para bebês	94
Figura 16 – Roda de conversa sobre saúde infantil	95

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número total de bebês de 0 a 36 meses cadastrados na unidade nos meses de jan/2018, jan/2019 e maio/2019	83
Gráfico 2 – Número de bebês de 0 a 36 meses cadastrados por equipe nos meses de jan/2018, jan/2019 e maio/2019	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CARIM	Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GNP	Grupo Nacional de Pesquisa
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ
IPUB	Instituto de Psiquiatria
IRDI	Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MI	Mortalidade Infantil
MLPI	Marco Legal da Primeira Infância
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NUPPSAM	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PL	Projeto de Lei
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SMCA	Saúde Mental de Crianças e Adolescentes
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

A inclusão das crianças e dos adolescentes na agenda política brasileira de saúde mental só aconteceu no início do século XXI, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (BRASIL, 2002a), realizada em dezembro de 2001, ainda que o seu reconhecimento enquanto sujeitos de direitos e o estabelecimento de um sistema universal de saúde já lhes garantisse cuidado integral em saúde desde a Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988; 1990).

Percebe-se, ao se voltar o olhar para a história humana, que a inclusão da infância e da juventude, nas diferentes searas da organização sociopolítica, em geral, sempre ocorreu a posteriori. No campo jurídico, foi apenas em 1990 que o Brasil afirmou seu compromisso com os princípios de proteção integral e prioridade absoluta por meio da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e da Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), promulgada em 05 de outubro de 1988.

No campo da saúde, foi nesse mesmo período do final da década de 1980 que o país elevou o direito à saúde ao patamar da universalidade, ratificando, em sua carta constitucional, ser, esse, um direito de todos e dever do Estado. Os artigos 196 e 198 da CF/88 afirmam que tal garantia se efetiva por meio de políticas sociais e econômicas, visando ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços componentes de um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado sob as diretrizes de descentralização, integralidade e participação comunitária.

Todavia, os campos dos direitos infantojuvenis e da saúde mental demoraram muito a se encontrar, tendo sido necessário percorrer um longo caminho para que se percebesse a exclusão das crianças e dos adolescentes do que se construía em termos de novos modos de cuidado em saúde mental no Brasil. Tais campos só convergiram no final do ano de 2001, com a III CNSM, quando a designação atenção psicossocial foi tomada como síntese da política pública de saúde mental, e incluiu, na construção do cuidado em liberdade, o segmento de crianças e adolescentes como sendo também de sua responsabilidade.

Muitos avanços advieram nos anos seguintes, ratificando que é possível, a um só tempo, garantir direitos e oferecer cuidados em saúde mental. A inclusão de crianças e adolescentes na agenda pública, no entanto, esclareceu também a existência de novos desafios a serem enfrentados pelo processo da Reforma Psiquiátrica, já que sua condição de pessoas

em desenvolvimento convoca o campo mental a ampliar, sem perder o rigor, o escopo de suas ações e reflexões.

Quando se fala em saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA) é necessário considerar os grandes desafios impostos por um segmento populacional que demanda ações de diferentes setores – como justiça, educação, saúde e assistência social –, e, também, a necessidade de superar lacunas assistenciais deixadas, historicamente, pela ausência de diretrizes e bases normativas específicas para o cuidado em saúde mental (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

O esforço do Estado brasileiro, desde o início do século XXI, em superar a desassistência à SMCA por meio da construção de caminhos para uma política pública especificamente voltada para este fim (BRASIL, 2005a), contendo diretrizes de ação, financiamento para implantação de serviços psicossociais e orientações para articulação intersetorial, produziu importantes avanços ao mesmo tempo que descortinou novos desafios a serem enfrentados.

Em estudo exploratório que analisou os facilitadores e as barreiras para a articulação da rede intrassetorial (atenção básica e atenção psicossocial) no território de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) da cidade do Rio de Janeiro, Teixeira, Couto e Delgado (2017) encontraram, como principais barreiras a serem superadas pela atenção psicossocial de crianças e adolescentes:

- o desconhecimento, pelos profissionais da atenção básica, sobre o modo de cuidado em SMCA, com processos de trabalho que geravam fragmentação e descontinuidade;
- a desarticulação da rede, com ausência de direcionamento para construção de fluxos efetivos, sendo frequente a utilização do modelo de referência e contra referência; e,
- o baixo acesso ao serviço de SMCA dos casos de maior gravidade e complexidade.

O estudo contribui para esclarecer que questões básicas em SMCA ainda não haviam sido equacionadas mais de uma década depois de propostas as bases da política pública, mesmo em uma metrópole com amplo espectro de possibilidades de gestão e formação de trabalhadores para programas inovadores como o de atenção psicossocial.

Não surpreende, portanto, que o tema da primeira infância, decisivo para o avanço efetivo da política de SMCA – especificamente no que diz respeito ao desenvolvimento

psíquico, tenha ficado, até o momento, praticamente invisível ou secundarizado, faltando muito para que o campo da atenção psicossocial possa efetivamente contribuir com este debate e as ações pertinentes.

Esta pesquisa de mestrado tenta contribuir com esta questão ao tematizar o acompanhamento do desenvolvimento psíquico dos bebês sob a égide da promoção de saúde mental, como será melhor apresentado e discutido ao longo da Dissertação. O interesse por este tema foi sendo construído no decorrer dos meus percursos pessoal e acadêmico, que colocaram à mostra, dentre tantas outras do campo da SMCA, a temática da primeira infância.

Uma inquietação com as questões dos direitos humanos, da violação dos direitos infantojuvenis e, mais recentemente, com o processo de desenvolvimento dos bebês foram tecidos nos últimos anos a partir de diferentes experiências no campo acadêmico e na prática clínica em atenção psicossocial.

Ao concluir a especialização em atenção psicossocial da infância e adolescência, em 2018, meu trabalho final buscou compreender e discutir o papel do CAPSi no Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente a partir da análise da percepção dos trabalhadores de um CAPSi da cidade do Rio de Janeiro (PACHECO, 2018).

Naquele mesmo ano, tornei-me, por concurso público, um trabalhador de CAPSi, iniciando uma prática de cuidado no campo psicossocial onde os inúmeros impasses trazidos por casos e situações de extrema complexidade se associam à necessidade de atenção, por parte da rede de atenção psicossocial infantojuvenil, para com a primeira infância, ampliando em muito o espectro das ações esperadas pela política pública de SMCA.

Aliados à experiência na prática psicossocial, os debates suscitados pela sanção da Lei 13.438, em 26 abril de 2017, ajudaram no delineamento deste estudo. Com somente um artigo, esta lei estabeleceu a obrigatoriedade da aplicação, a todas as crianças brasileiras de zero a dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento a fim de detecção de risco para o desenvolvimento psíquico. Posicionando-me contrário a ela, por razões que serão adiante explicitadas, busquei incluir este ponto como parte do meu objeto de pesquisa.

Alguns encontros ajudaram a formular questões para a pesquisa

Importante assinalar que o presente estudo está inserido em um projeto de amplo escopo, que contempla ações de pesquisa, extensão e ensino, denominado “Rede, território e atenção psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial”, mais conhecido como ‘Projeto Colaborativo’, que vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM), do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em alguns bairros da zona sul da cidade do Rio de Janeiro (NUPPSAM, 2017; 2018). Estes bairros são também da reponsabilidade de cobertura do CAPSi CARIM, dispositivo do IPUB com mandato de atenção psicossocial, segundo portaria ministerial de 2002 (BRASIL, 2002b).

Pelo Projeto Colaborativo, atuo em um território específico onde há uma unidade de saúde, denominada de Centro Municipal de Saúde (CMS), que agrega tanto ambulatórios especializados da rede básica quanto equipes da Estratégia Saúde da Família¹ (ESF). Junto a outra pesquisadora, estou presente neste CMS/ESF, semanalmente, para o compartilhamento de casos e desenvolvimento das diferentes ações que compõem o escopo do Projeto, como as voltadas para a primeira infância: na unidade, em parceria com uma enfermeira da ESF, foram realizadas mensalmente, até o final do ano de 2019, ‘oficinas de massagem para bebês’ e ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’. Além disso, em duas creches do território, também com presença semanal regular, acompanhamos, discutimos e compartilhamos o cuidado das pequenas crianças com as equipes pedagógicas, ajudando-as a refletir a respeito das situações em que algo pode parecer problemático com uma criança e diante do que, muitas vezes, não se sabe ou não há uma regra do que fazer.

No território dessa unidade de saúde foi desenhado o campo da presente pesquisa de mestrado.

¹ Na cidade do Rio de Janeiro, denomina-se Clínica da Família a unidade básica de saúde que atua dentro da lógica da Estratégia Saúde da Família (vide: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>). Para saber mais sobre a história de organização e constituição do modelo de atenção básica à saúde no município, a introdução do modelo da Estratégia Saúde da Família e uma avaliação dos três primeiros anos de Clínicas da Família, sugere-se a leitura de: LIMA, 2014; RIO DE JANEIRO, 2010a; OPAS, 2013.

As ações do Projeto Colaborativo proporcionaram diversos encontros e o diálogo com diferentes trabalhadores e serviços. Muitos não sabiam o que era um CAPSi e nem o que eu fazia ali. Pouco a pouco fui me integrando ao território e passando a ser reconhecido como profissional da atenção psicossocial. E mais, como alguém interessado pelos bebês. Alguns trechos do meu diário de campo, estratégia metodológica utilizada para fins da pesquisa de Dissertação, ajudam a entender isso.

Uma enfermeira me procurou pedindo ajuda porque levou “um susto na puericultura”, a criança não deixou que ela a tocasse. A mãe “tinha colocado na cabeça que ele era autista”, a médica descartou tal problema, mas ela achava que ele era “uma criança diferente” ... havia algum problema com aquela criança de pouco mais de dois anos que ainda não falava direito, parecia muito assustado e permitiu que apenas sua mãe o pesasse e medisse. Bastante angustiada, a profissional pediu que eu “visse e avaliasse”. “Não tenho muita experiência com criança autista”.

Conversando sobre a rotina da puericultura, aquela mesma enfermeira me contou de uma situação em que achou o bebê “muito molão”. Com quase nove meses, ela achava que a criança estava “atrasada para engatinhar” e a mãe, que além de falar apenas no diminutivo e de maneira excessivamente infantil, não percebia a dificuldade do filho, e, para a sugestão de deixá-lo ir ao chão, retrucou “mas no chão suja”. A enfermeira disse não saber como abordar a questão, “todo lado que vou pra falar com essa mãe, não acho jeito”.

Durante as ‘oficinas de massagem’ e as ‘rodas de conversa’, algumas mães relataram sentimentos e situações íntimas, como de muito cansaço, dificuldades em aprender sobre banho, amamentação e troca de fraldas, sobrecarga no cuidado com o bebê e as tarefas domésticas. Essas falas poderiam ter encontrado lugar no atendimento das equipes da ESF,

durante as rotinas da puericultura, contudo, foram dirigidas a nós, a equipe de pesquisa do Projeto Colaborativo, que as tomou como indicadores de dificuldades dos profissionais da atenção básica em lidar com questões relacionadas à relação cuidador-bebê, além das dificuldades já registradas na literatura na lida com necessidades em SMCA (ARRUDA, 2012), motivadas por diferentes fatores, dentre eles a sobrecarga de trabalho, agendas muito cheias e consultas organizadas para durar pouco tempo.

Assim como os bebês no CMS/ESF haviam mostrado à enfermeira que as coisas com eles não estavam bem, outro, que chamaremos de André², precisou extremar o modo como se mostrava à equipe de uma das creches para que fosse compreendida a situação em casa e alguma intervenção acontecesse.

Quando cheguei à creche, a coordenadora me chamou e falou sobre André: “... ele nunca foi de fazer isso, mas agora ele chega na creche e começa a chorar, se joga no chão. Ontem precisamos segurar a cabeça dele para evitar que se machucasse. Ele sempre foi tão carinhoso, abraça todo mundo, adora um colo, alguma coisa deve estar acontecendo em casa! Bem que você falou no ano passado que ele pedia abraço demais!?” [Eu havia comentado com as professoras, no ano anterior, que me chamava a atenção o fato de que esse bebê, à época com um ano de idade recém completo, toda hora se aproximava, de qualquer adulto disponível, para abraçar ou sentar no colo, chegando a parar de brincar ou deixar de lado o brinquedo para fazer isso. Elas o identificavam como “uma fofura” e eu lhes dizia que aquilo não parecia ser só fofura. Depois soubemos que a dinâmica familiar de André era bastante complexa, havia muitas brigas entre os adultos em casa e, recentemente, ao invés de ser o mesmo adulto que sempre o levava e buscava, passou a ser, cada hora, um adulto diferente].

² A fim de preservar a identidade e evitar qualquer possibilidade de identificação, todos os nomes utilizados ao longo do texto são fictícios.

Os momentos das ações sempre foram tomados como oportunidades para sensibilizar tanto os cuidadores quanto as equipes de saúde para questões da clínica com o bebê, uma clínica cujo trabalho se dá com aqueles que ainda não articulam palavras propriamente, mas certamente contam, carregam e narram uma história (FERNANDES, 2011).

Ao longo da fase exploratória inicial do campo, tentei acompanhar consultas para conhecer como o pré-natal e a puericultura aconteciam naquela unidade de saúde. Pareceu não haver uma regularidade no modo como isso se dá entre as diferentes equipes da ESF do CMS.

Foram muitas consultas agendadas que não aconteceram porque os usuários faltavam. Perguntados sobre o que eles achavam que seria a razão para as faltas, vários agentes comunitários de saúde (ACS) disseram que a população, comumente, não se interessa pelas consultas de puericultura e só comparece quando o bebê está doente ou quando é necessário cumprir alguma condicionalidade para o recebimento do benefício Bolsa Família³. Os mesmos argumentos apareceram nas falas de outros profissionais.

Tentando acompanhar outras consultas de puericultura, vários usuários faltaram aos agendamentos. Uma médica residente, com quem eu tinha combinado de estar em duas consultas no seu último dia na unidade, enviou-me uma mensagem lamentando as faltas e agradecendo a parceria de trabalho. Perguntei-lhe se eram comuns essas faltas e ela respondeu “Sim! Principalmente puericultura”. [grifo nosso]

³ Para cumprir corretamente a condicionalidade do Bolsa Família, os responsáveis devem levar as crianças menores de sete anos para receber as doses de vacina recomendadas, pesar, medir e fazer o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. A pesagem é realizada duas vezes ao ano e serve para monitorar a saúde das crianças na faixa etária definida. Com a pesagem, pode-se identificar casos de desnutrição e de alguma forma monitorar o uso do benefício. Uma vez convocados, os beneficiários ficam obrigados a realizar a pesagem sob risco de suspensão ou cancelamento do benefício. Fontes: <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2019/marco/vacinacao-em-dia-e-condicao-para-receber-o-bolsa-familia> e <http://bolsafamilia2020.net.br/como-funciona-a-pesagem-no-bolsa-familia/>.

Tomadas de um outro ângulo, as faltas passaram a representar um importante indicador do imaginário popular acerca da puericultura, o que será abordado mais detidamente ao longo do texto. Nesse momento, vale indicar que as famílias, em geral, não percebem a importância do acompanhamento regular, por profissionais de saúde da atenção básica, dos bebês que não estão doentes, desqualificando, inclusive, quando o atendimento não é realizado por médico ou quando é realizado por médico que não seja pediatra. Elas têm dificuldade de entender que não representa um óbice o fato de não haver médico pediatra numa equipe da ESF. Em diferentes lugares e momentos, cuidadores me disseram que uma criança estava sem acompanhamento regular em saúde porque não conseguiam “atendimento com pediatra no SUS”. Em todas as vezes pude lhes explicar sobre o funcionamento da ESF.

Ao longo dos meses, foi possível construir um importante vínculo com o território e sua comunidade. As conversas informais nos corredores do CMS, durante encontros no transporte público, nas saídas para visitas domiciliares, como também nos almoços e lanches, permitiram que eu tivesse acesso a percepções e informações a partir de quem vive a realidade cotidianamente.

Por exemplo, o dado oficial do CMS/ESF era de que esta unidade tinha baixos indicadores de puericultura e algumas equipes, muito poucos bebês cadastrados; em contrapartida, regularmente, encontrávamos o setor de vacinas cheio de bebês e seus cuidadores, sendo lá o principal local onde fazíamos os convites para as ações de promoção de saúde mental que realizávamos em nome do Projeto Colaborativo (‘oficinas de massagem para bebês’ e ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’).

Muitos dos bebês convidados para estas ações compareceram, e sempre abordávamos com seus cuidadores a questão do cadastro no CMS/ESF. Quando questionados, aqueles que não estavam cadastrados apontaram variados motivos para o não cadastramento, os quais remetiam, basicamente, ao desconhecimento do que o SUS oferta em termos cuidado da primeira infância e, também, do funcionamento regionalizado da atenção básica, a partir do modelo da ESF. Ficava evidente que o imaginário popular ainda segue permeado pelas ideias de “posto de saúde” e “posto de vacinação”, reflexo da própria história da atenção à saúde no Rio de Janeiro (LIMA, 2014).

Vendo a recepção do CMS com frequência muito cheia e com várias crianças, questionei-me o porquê de algumas equipes da ESF terem tão poucas crianças cadastradas. Quando levei a perguntas a diferentes profissionais encontrei algumas respostas:

- “Minha área tem muito idoso, as crianças que têm são os filhos das empregadas.”
- “As moradoras dão à luz em hospital privado, fazem teste do pezinho lá e só vêm pra vacina [BCG]. Aí elas vão direto na vacina, nem passam no guichê.”
- “Aqui é a unidade que mais vacina, mas se você for olhar os indicadores, eles são baixos (...), é porque aqui não tem porta de entrada para bebês, eles entram, vacinam e saem como se não tivessem pisado na unidade.”
- “Minha área tem muita adolescente grávida, é que o território tá crescendo. Você precisa ver, tem muita casa sendo construída lá pra cima!”
- “A maioria das minhas grávidas dá seguimento, outras não. Umas mudam, fazem plano [de saúde], ou somem porque aqui não tem pediatra (...), aí voltam quando cresce e tem problema na escola.”

Os baixos indicadores de puericultura e de cadastro de bebês pareciam não condizer, então, com a realidade do território. E algumas hipóteses surgiram: onde nascem e onde estão essas pequenas crianças? Como ocorre o pré-natal de suas famílias? O que leva algumas delas a buscarem o CMS apenas para o acesso à vacina? O que sabem e entendem do que lhes é ofertado em termos de cuidado pela ESF? O que entendem por puericultura? Por que parecem acreditar que só o pediatra pode cuidar de um bebê?

Por outro lado, também me interrogava sobre os modos como os profissionais da ESF abordam e tentam construir vínculos com as famílias dos bebês, indo além da mera abordagem de medição, peso e vacinação.

Por fim, também acompanhei duas ações do Programa Saúde na Escola⁴ (PSE) em uma das creches em que o Projeto atua. Na primeira, duas profissionais da ESF realizaram exame clínico intrabucal individual nos bebês; na segunda, durante reunião da equipe pedagógica com os responsáveis, três profissionais abordaram o tema da Síndrome Mão-Pé-Boca⁵ (sintomas, profilaxia, diagnóstico e tratamento).

Esses e outros encontros evidenciaram pontos de partida importantes para a pesquisa, os quais sintetizo abaixo:

- O bebê comunica, por meio de suas ações, aquilo que lhe é impossível falar, ou seja, são participantes ativos nas relações que estabelecem;
- Há algo, que acontece no espaço do encontro entre o bebê/cuidador(a) e o profissional, que demanda ser visto, compreendido, traduzido, narrado;
- O cuidado em puericultura, em geral, tem se dado num contexto de fragmentação e descontinuidade, com consultas que duram menos tempo que o necessário, grande número de faltas aos agendamentos, falhas nos cadastros dos recém-nascidos e ausência de colaboração entre os serviços e setores que prestam algum tipo de atendimento aos bebês do mesmo território;
- O imaginário social ainda não reconhece a puericultura como uma potente ação de cuidado e acompanhamento longitudinal, principalmente com profissionais que não são médicos ou com médicos que não são pediatras;
- A sobrecarga de trabalho dos profissionais da atenção básica também dificulta o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês;

⁴ O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, que visa à integração e articulação permanente destes setores para promoção, prevenção e atenção à saúde das comunidades escolares da rede pública de ensino. Para cada escola, há uma equipe da Estratégia Saúde da Família responsável por realizar, mensalmente, ao menos uma ação. Maiores informações podem ser obtidas nos sites dos Ministérios da Educação (<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>) e da Saúde (<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-saude-na-escola>).

⁵ Síndrome Mão-Pé-Boca é uma enfermidade contagiosa, causada pelo vírus *Coxsackie*, da família dos enterovírus. Tem como sintomas febre alta; manchas vermelhas na boca, amígdalas e faringe, com vesículas branco-acinzentadas no centro que podem evoluir para ulcerações muito dolorosas; e, erupção de pequenas bolhas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, mas que podem ocorrer também nas nádegas e na região genital. A transmissão se dá pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções, ou então através de alimentos e de objetos contaminados. Não existe vacina contra a doença e o tratamento é sintomático.

- Apesar de haver, no SUS, diretrizes para o acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, na prática, cada profissional ou equipe acaba por estabelecer diferentes estratégias para sua execução;
- As ações do PSE parecem enfatizar aspectos pontuais de saúde, ocorrendo de maneira divorciada das necessidades da população atendida.

Destarte, de posse dessas informações e considerando que há no SUS estratégias para o acompanhamento longitudinal de todos os bebês que nascem, sendo esse um mandato da atenção básica, cabe perguntar: este acompanhamento, baseado na articulação entre os setores públicos envolvidos na assistência às crianças e numa maior interatividade entre os atores responsáveis pelo cuidado, pode ser capaz de detectar problemas e agir sobre eles? O cuidado continuado pode superar a necessidade de imposição de protocolo para detecção de risco para o desenvolvimento psíquico, tal qual proposto pela Lei 13.438/17, já citada?

O que se entende por risco para o desenvolvimento psíquico? Por que a pretensão de se detectar precocemente?

Como, em um contexto territorial específico, se dá o acompanhamento longitudinal? Ele acontece? Como tem se desenvolvido? Que efeitos de cuidado tem produzido?

Essas são perguntas que, quando se tenta respondê-las por meio da literatura existente, indicam que o tema do cuidado da primeira infância articulado à atenção psicossocial é ainda muito pouco estudado. Delfini e Reis (2012, p. 358) salientaram que “são escassos os estudos que levam em conta os cuidados voltados à população infantojuvenil e à articulação dos serviços de saúde para esse fim”. E os autores complementam, ratificando que a relevância do desenvolvimento de pesquisas com esse enfoque está na contribuição à melhoria da atenção em saúde mental oferecida pelos atuais serviços públicos brasileiros.

Couto e Delgado (2016) afirmam que, na construção da rede de atenção psicossocial de cada território, coexistem diferentes representações de crianças e adolescentes e que o seu cuidado integral pressupõe a superação da fragmentação na oferta do cuidado. A noção de “rede ampliada de atenção em saúde mental” (p. 163), defendida pelos autores, demonstra que há dois planos de composição da rede: um plano estrutural, representado pelos serviços instalados e disponíveis no território, e um plano dinâmico, que se traduz na direcionalidade e operação do cuidado.

Tais planos são interdependentes e necessitam ser constantemente investidos por todos os componentes da rede. Nesse sentido, o CAPSi, enquanto dispositivo de base comunitária e territorial, estratégico para o enfrentamento das questões de saúde mental a partir do seu duplo mandato, tem a “responsabilidade de agenciar a ordenação da demanda” (ibid., p.164), o que equivale a dizer, sob o fundamento da intersetorialidade, que ele é responsável por atender as demandas de maior gravidade, mas também, e principalmente, por fazer os primeiros agenciamentos com vistas a organizar a rede de cuidado de forma a potencializar a articulação e a colaboração entres os diferentes setores públicos voltados ao cuidado em saúde mental da infância e adolescência.

A intersetorialidade possibilita a construção de uma direção comum de cuidado, sensível às demandas do território, e permite aos diferentes atores colaborarem entre si (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017), constituindo “*um ponto a partir de onde* acionar o movimento de colaboração e corresponsabilização intersetorial, como ação legítima e necessária à transformação do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes” (COUTO; DELGADO, 2016, p. 167).

Esse “ponto a partir de onde” é a inscrição a que Couto e Delgado (2016, p.179) se referem como a “presença viva nos territórios – encarnada pelo CAPSi ou por outro dispositivo de saúde mental pública onde não existe CAPSi”.

As discussões sobre os cuidados para com as crianças pequenas e recém-nascidas se intensificaram a partir dos anos 2000, com iniciativas que tomaram em consideração os condicionantes e os determinantes sociais para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância.

O cuidado em saúde na primeira infância é na atenção básica e não, no CAPSi. E onde ou como entraria o CAPSi para o cuidado em saúde mental? Neste caso, retomando seu mandato político, compareceria como dispositivo da atenção psicossocial que pode colaborar para o acompanhamento longitudinal dos bebês, realizando no ambiente das ESF ou na comunidade, por exemplo, ações conjuntas de promoção de saúde mental, apoiando consultas de puericultura ou, ainda, contribuindo para a permanente qualificação dos profissionais da ESF sobre o tema da SMCA.

Contexto e inserção no campo da pesquisa

Uma rápida contextualização dos últimos anos indica que se vive, hoje, um momento histórico de importante rarefação democrática e forte esgarçamento social. A agenda neoliberal foi retomada pelo governo brasileiro com muita força desde a segunda metade do ano de 2016, e a aprovação da Lei 13.438/17 em tal contexto, e após muito pouco tempo da sanção do Marco Legal para a Primeira Infância (MLPI), mostra que a intenção é, por meio da generalização, regular condutas e definir protocolos a despeito das idiossincrasias de cada bebê, que merece ter sua particularidade, suas diferenças e seu ritmo de desenvolvimento respeitados.

Certamente não se é contrário à detecção em tempo hábil de problemas que afetem crianças de pouca idade. Contudo, não se pode utilizar da noção de risco como indicador de cuidado, sustentando a aplicação de protocolos numa falsa garantia preventivista individual em contraposição à dimensão coletiva dos processos de saúde e adoecimento, e arriscando, ainda, efeitos iatrogênicos que as práticas de promoção de saúde são capazes de conter (MASCARENHAS, C. et al., 2017).

O Ministério da Saúde (MS), por meio do Caderno da Atenção Básica número 33 (BRASIL, 2012), já ressaltou que o acompanhamento de todas as crianças brasileiras deve ser realizado na atenção básica por meio das consultas de puericultura, sendo a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) o instrumento adequado para o acompanhamento, a promoção e a vigilância em saúde infantil. Seu acesso é universal e os problemas que porventura existam não se referem ao instrumento, mas, sugere a falta de sensibilização, por parte dos profissionais, quanto aos aspectos do desenvolvimento, o que os leva a privilegiar os aspectos do crescimento (IFF, 2017) em detrimento dos emocionais. Postura que, articulada à falta de um compromisso com a educação continuada, acaba sendo reforçada pela ausência de efetivo financiamento do sistema de saúde por parte do Estado brasileiro.

Aliado a isso, o cuidado sob a lógica da atenção psicossocial é uma estratégia que opera com dispositivos “em estreita conexão com as necessidades do território, abertos às parcerias institucionais e setoriais necessárias ao melhor cuidado da infância e adolescência e em integração com a rede de saúde e de saúde mental” (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2015, p. 697), pois é possível dizer que “todo problema de saúde é também – e sempre – de

saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2003b, p. 3).

Assim, o estudo proposto parte da ideia de que o cuidado em saúde também é cuidado em saúde mental e, portanto, o CAPSi ou outro dispositivo de saúde mental pública equivalente, tem a responsabilidade de se fazer “presença viva” para agenciar a colaboração entre os diversos setores responsáveis pela atenção à primeira infância. Isso não significa, necessária e diretamente, que o CAPSi será o operador direto do cuidado, pode até ser em casos de maior gravidade, mas ele será corresponsável pelo cuidado no território, em parceria direta com a atenção básica, colaborando para o acompanhamento longitudinal do desenvolvimento integral da criança.

Dessa maneira, foram tomados dois pressupostos para a pesquisa:

- 1) todo cuidado em saúde é, também, cuidado em saúde mental; e,
- 2) promoção de saúde mental é, também, promoção de saúde.

Partindo da premissa de que a articulação entre a atenção básica e a atenção psicossocial pode produzir condições efetivas de acompanhamento do desenvolvimento integral dos bebês e propiciar ações de cuidado quando algum problema for detectado, a pergunta chave que essa pesquisa busca responder é: como duas políticas inclusivas (atenção básica e atenção psicossocial), trabalhando em colaboração, podem ampliar o espectro do acompanhamento longitudinal dos bebês para dar mais ênfase aos aspectos do desenvolvimento e, assim, incidir na qualificação do cuidado?

Ocorre que ainda parece haver uma desarticulação entre a atenção básica e a atenção psicossocial quanto ao cuidado longitudinal da primeira infância. No tocante à atenção básica, pela falta de entendimento de que a CSC é um instrumento de vigilância do pleno desenvolvimento infantil e de que o fortalecimento de estratégias intersetoriais é importante para se evitar os riscos de medicalização e patologização da infância (IFF, 2017). No que diz respeito à atenção psicossocial, seus atores parecem não estar sensibilizados para o fato de que o exercício de seu duplo mandato em relação ao cuidado de crianças e adolescentes, o terapêutico e o gestor de demandas (COUTO; DELGADO, 2015), constitui uma estratégia potente, aplicável também ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico dos bebês, possibilitando detectar, a tempo, as necessidades que porventura surgirem e construir ações de cuidado consonantes com elas.

Assim, constitui o objetivo geral do estudo: analisar os impasses e as possibilidades de uma experiência de contribuição da atenção psicossocial para a qualificação do cuidado longitudinal da primeira infância na atenção básica, especificamente no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico sob a égide da promoção de saúde mental.

São objetivos específicos: a) compreender como tem se dado, na atenção básica, em um contexto específico de colaboração da atenção psicossocial, o acompanhamento do desenvolvimento dos bebês de zero a 36 meses, conhecendo como os profissionais realizam o cuidado longitudinal, quais estratégias utilizam para a detecção de dificuldades no desenvolvimento psíquico e o que fazem quando as detectam; b) descrever e analisar o que a presença da atenção psicossocial produz de avanços e impasses neste processo de acompanhamento.

O recorte referente à idade dos bebês, zero a 36 meses, se justifica pelo fato de que a atual versão da CSC apresenta instrumento de vigilância do desenvolvimento abarcando essa faixa etária.

Para cumprir os objetivos propostos, o texto que se seguirá está organizado em cinco capítulos. O Capítulo I busca fazer um percurso sócio-histórico a respeito da construção dos direitos infantojuvenis e os desdobramentos no campo da atenção integral à saúde e saúde mental.

Adentrando a temática da primeira infância, o Capítulo II aborda as políticas públicas brasileiras de cuidado em saúde a partir do protagonismo do cuidado materno-infantil assumido pelo Estado brasileiro e faz um retrospecto dos instrumentos construídos para a vigilância em saúde da criança.

O Capítulo III discute as perspectivas do desenvolvimento infantil na seara da saúde pública e, tomando o entendimento acerca de desenvolvimento psíquico como tendo direta articulação com os aspectos relacionais que envolvem cuidadores e bebês, faz uma crítica aguda à Lei 13.438/17 e às confusões que perpassaram sua proposição, tramitação, aprovação e sanção, e que ainda seguem após a entrada em vigor.

O Capítulo IV apresenta a pesquisa em seus aspectos metodológicos – como foi desenhada e as mudanças de percurso que se fizeram necessárias –, caracteriza o campo e destaca o método escolhido para a análise do material coletado.

Por fim, o Capítulo V traz a discussão dos resultados, analisando-os a partir de três unidades temáticas.

CAPÍTULO I – A CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: desdobramentos no campo da atenção integral à saúde

Com efeito, a lenta mas irreversível crise fiscal do Estado nos fins dos anos 60, que repercutiu direta e imediatamente nas políticas básicas para a infância, fez as coisas retroagirem a seu estado anterior, provocando novo crescimento da intervenção judicial de caráter tutelar. Como se pode observar, a dimensão real da competência da justiça de menores se encontra diretamente relacionada com o tipo e a extensão da cobertura das políticas sociais básicas.
(MÉNDEZ, 1998, p. 25)

No Brasil, desde a instauração da forma republicana presidencialista de governo, em novembro de 1889, pode-se afirmar que há um histórico de exclusão e segregação da infância, especialmente a pobre e negra. Até o final do século XX, a proteção à infância e a adolescência brasileiras esteve amparada por legislações que, em linhas gerais, estabeleciam uma forte aliança entre proteção e governo de condutas (NASCIMENTO, 2012), dividindo, basicamente, crianças e adolescentes em dois grupos (MÉNDEZ, 1998): a) aqueles em situação regular, porque inseridos em suas famílias; e, b) aqueles em situação irregular, que, excluídos, “expostos”, “abandonados”, “delinquentes”, para usar as terminologias legais da época, viviam nas ruas em situação de miséria e descuido e tinham suas necessidades básicas total ou parcialmente insatisfeitas.

Estes constituíam uma ameaça à ordem pública (RIZZINI, 2011) e, quanto a eles, cabia ao Estado “apreender” e “depositar em lugar conveniente” (Dec. n° 17.943-A/27, art. 55), tratando pessoas como se objeto fossem. O destaque é que se definiu a categoria jurídica do “menor” como sujeito em situação irregular e objeto de medidas aplicadas pelo Estado (NASCIMENTO, 2016). O termo passou a designar as crianças abandonadas, tidas como delinquentes, ociosas (RIZZINI, 2011), servindo para segregar, diminuir, menosprezar. Infelizmente, tornou-se de uso geral, discriminatório (LEITE, 2009), e está, ainda hoje, impregnado na fala e no pensamento de grande parte das pessoas.

Até o final da década de 1980, portanto, estiveram, de um lado, crianças e adolescentes em situação regular, de outro, os “menores”, em situação irregular. Era a chamada doutrina menorista ou doutrina da situação irregular, por meio da qual, segundo Santos (2011), se realizou a assimilação jurídica do higienismo no Brasil e definiu que os “menores” seriam objeto do Direito, criando-se mecanismos para a atuação do Estado diretamente em seus núcleos familiares.

Sob a vigência dos Códigos de Menores (Decreto nº 17.943-A/27 e Lei 6.697/79), o Poder Judiciário atuou criminalizando a pobreza, estabelecendo uma associação entre escassez financeira e incapacidade moral para criação e educação. O Estado se valeu de discursos, crenças e práticas justificadoras para a internação (NASCIMENTO, 2012), o que se revelou, como dito, uma política eficaz para os fins de controle e segregação que o Estado tutelar de então era chamado a executar.

Naquele momento, o Brasil tinha muito rápida e recentemente passado à condição de República. As desavenças políticas nos primeiros quase cem anos do período republicano criaram um clima de instabilidade e incertezas, especialmente porque, em dois importantes momentos daquele século, o país viveu sob regimes ditatoriais que suspenderam o exercício pleno da cidadania (HERKENHOFF, 2004). E hoje, quase na terceira década do século XXI, desde a chegada de Jair Bolsonaro ao posto da presidência, infelizmente esse perigo ronda novamente a história brasileira (SEMER, 2016).

No final do século XX, quando o país buscava saídas à ditadura civil-militar instalada na década de 1960 e os movimentos sociais se fortaleciam com o aumento da participação política da sociedade civil, emergiram discussões que levaram ao fim da doutrina menorista e ao surgimento da doutrina da proteção integral. No plano jurídico nacional, tem-se, como marco para o campo dos direitos da criança e do adolescente, a promulgação da CF/88 e a sanção da lei que dispõe sobre o ECA. Tais mudanças internas estavam em consonância com o que já vinha ocorrendo no plano internacional: o reconhecimento de todo ser humano como sujeito de direitos (ONU, 1948; 1989).

A ideia de que todos são sujeitos capazes de gozar de direitos humanos mínimos em qualquer lugar e tempo constitui a base principiológica da garantia dos direitos fundamentais, quais sejam, os direitos básicos individuais, sociais, políticos e jurídicos previstos na norma constitucional de um Estado democrático de direito (MÉNDEZ, 1998).

Novelino (2009) aponta que os direitos humanos fundamentais não surgem simultaneamente, eles são construídos ao longo dos diferentes contextos históricos e se moldam consoante as necessidades de cada época, por isso, adota-se uma classificação em gerações. A teoria das gerações de direitos foi criada pelo jurista Karel Vasak, em 1979, com o objetivo de ajudar a situar historicamente o surgimento das diferentes categorias de direitos.

Tomando por base os princípios da Revolução Francesa, liberdade, igualdade e fraternidade, Vasak (*apud* NOVELINO, 2009) distribuiu os direitos humanos em: a) primeira geração, associados ao princípio de liberdade, constituem os direitos civis e individuais contra o abuso de poder ou arbitrariedade estatal; b) segunda geração, relacionados ao princípio de igualdade, surgem após a Primeira Guerra Mundial, quando se fortalece a ideia de que o Estado deve garantir direitos de oportunidades iguais para todos por meio de políticas públicas de acesso básico a saúde, educação, trabalho, habitação etc.; e, c) terceira geração, advindos da ideia de fraternidade ou solidariedade, aparecem a partir dos anos 1960 e têm como preocupação os direitos difusos e coletivos, cujos titulares ou não podem ser determinados e nem mensurados ou constituem um grupo que compartilha determinada condição, são os direitos a paz, proteção em caso de guerra, defesa contra racismo e genocídio, defesa e proteção do meio ambiente etc.

No Brasil, a terceira geração de direitos se traduz, por exemplo, nas normas de direitos ambiental, do consumidor, da criança e do adolescente, do idoso, dos portadores de deficiência, do patrimônio artístico e cultural (SILVA, 2005). Portanto, a doutrina da proteção integral pode ser lida como uma resposta do Estado brasileiro ao contexto sócio-político de luta pela democracia do final da década de 1980, o que exigiu a substituição do modelo tutelar em relação à infância e a adolescência por um modelo protetivo, garantista.

1.1 Direito universal à saúde: as Reformas Sanitária e Psiquiátrica e o campo da saúde mental de crianças e adolescentes (SMCA)

A consolidação da ideia de garantia dos direitos humanos fundamentais também refletiu no campo da saúde. E para se entender a construção do direito universal à saúde no território brasileiro é também importante traçar paralelos com a história do próprio país e a influência das características culturais e condições estruturais e administrativas.

No período colonial, a população brasileira era desprovida de condições de higiene e reflexões profundas sobre o tema. A presença de médicos, quando enviados pelo rei português, tinha por objetivo a intervenção em casos de epidemia para evitar que a morte de mão de obra afetasse a produção da colônia (MACHADO et al., 1978). Até então, barbeiros exerciam funções de dentistas e cirurgiões, demonstrando que a figura do médico era inexpressiva e a prática da medicina, tomada por qualquer um que se dispusesse a tal (GOMES, 2007).

O acesso a algum tipo de saúde era privilégio de quem podia pagar e sua ideia tinha mais o caráter de combate às mazelas que de promoção e produção de bem-estar (PAIM, 2009). Nesse sentido, as casas de misericórdia exerciam papel fundamental na assistência a pobres, indigentes e forasteiros (MACHADO et al., 1978).

A partir da transferência do governo de Portugal, escolas médicas de ensino superior foram inauguradas pela primeira vez no Brasil (na Bahia, 1808, e no Rio de Janeiro, 1813). Antes, a falta delas mantinha a dependência da colônia em relação à metrópole, e depois, em poucos anos, o poder político da ciência médica se fez sentir na imposição de regras de higiene e organização do espaço urbano (ibid.).

Com a instauração da forma republicana de governo, o Brasil assumiu uma organização jurídico-política típica de estado capitalista, mantendo uma organização social de privilégio da classe burguesa dominante. A mudança formal no modo de exercício do governo não alterou a paisagem sanitária, que continuava caótica, caracterizada pela presença constante de epidemias (ibid.).

Durante a primeira metade do século XX, a economia brasileira era basicamente, agroexportadora, assentada na cafeicultura, e o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, até o início dos anos 1960, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000), cuja figura emblemática de Oswaldo Cruz, com suas propostas de registros demográficos, pesquisas laboratoriais, fabricação e aplicação em massa de vacinas profiláticas, representava essa política.

No período de avanço da industrialização, a urbanização foi crescente e desordenada. Os operários enfrentavam péssimas condições de moradia e trabalho, e não contavam com quaisquer garantias trabalhistas. Boa parte da massa operária do início do

século XX era formada por imigrantes europeus, que chegaram ao Brasil com a experiência do movimento operário europeu e logo organizaram duas greves gerais (1917 e 1919), conquistando alguns direitos sociais.

Em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves (BRASIL, 1923), foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), cujos sistemas, além das aposentadorias e pensões, proviam serviços médicos para os trabalhadores e suas famílias. Assim surgiu a lógica da previdência social no Brasil.

A Crise de 1929 levou à crise da economia brasileira e impôs nova reorganização à vida nacional, com políticas sociais de massa que tinham por objetivo manter a grande propriedade agrária e os privilégios da burguesia industrial. Getúlio Vargas, que governou o país entre 1930 e 1945, só conseguiu se manter por tantos anos no poder porque, além de instaurar uma ditadura em 1937, encontrou sustentação política na crescente massa assalariada urbana, buscando garantir direitos sociais para, ao mesmo tempo, ganhar apoio popular, conter os movimentos trabalhistas e atender aos anseios da elite industrial.

As antigas CAP's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), organizados por categorias profissionais, que asseguravam a assistência em saúde em seus decretos. Os IAP's foram importantes para o desenvolvimento econômico brasileiro até meados da década de 1950 e representaram uma importante poupança econômica, que, depois, acabou sendo aplicada em benefício do setor privado de saúde.

Durante o período da ditadura civil-militar, entre as décadas de 1960 e 1980, o sistema econômico implantado entrou em crise e a situação social se agravou. O modelo de saúde previdenciário começou a mostrar seus problemas, pois, a priorização da medicina curativa não conseguia enfrentar os problemas de saúde coletiva (epidemias, endemias e indicadores de saúde, como a mortalidade infantil) e seus custos eram crescentes.

No final dos anos 1980, os movimentos da sociedade civil organizada puseram fim ao regime ditatorial. O movimento das DIRETAS JÁ, em 1985, e a eleição de Tancredo Neves, em 1986, levaram a uma grande mobilização social por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), lançando formalmente as bases da Reforma Sanitária brasileira.

O termo Reforma Sanitária identifica o movimento da sociedade civil organizada que defendia o reconhecimento da universalidade do direito à saúde e propunha a criação de um sistema público de saúde (PAIM, 2009). Este movimento foi vitorioso em fazer constar na

nova Constituição (CF/88) a inscrição da saúde como um direito humano fundamental e a criação do SUS baseado nos princípios da equidade, integralidade e universalidade do acesso.

Sob a vigência de uma democracia e com um sistema proposto a garantir o direito universal à saúde, o Brasil também começou a enfrentar a questão da institucionalização da loucura, que foi hegemônica no país até aquele momento. O asilamento passou a não mais corresponder aos tempos de “maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e minorias” (DESVIAT, 2015, p. 27) e, por isso, o hospital psiquiátrico devia ser suprimido e substituído por uma rede de cuidados de base comunitária a fim de promover e garantir o respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento mental.

Chamou-se de Reforma Psiquiátrica o campo de lutas política, científica e social para a busca da cidadania das pessoas com transtorno psiquiátrico por meio do cuidado em liberdade (AMARANTE, 1995), de denúncias dos manicômios como instituições de violências e de propostas para a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais, comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias (BRASIL, 2005a). O processo foi árduo e, apenas com a sanção da Lei 10.2016, em 2001, é que o Brasil pôde ir ao encontro do sofrimento psíquico e inventar dispositivos diferentes de cuidado, criar formas de sociabilidade, produzir novos valores sociais, tecer redes com o território e renunciar à vocação terapêutica instituída pelo paradigma psiquiátrico (YASUI, 2006).

Inicialmente, as ações foram planejadas para operar mudanças nas práticas de cuidado dirigidas aos adultos internados nos manicômios. E o contexto da redemocratização foi fértil para as estratégias de reforma. No ano de 1978, o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) iniciou a construção de um pensamento crítico ao modelo psiquiátrico clássico. Por meio das denúncias de maus tratos, morte por doenças evitáveis, isolamento, sedação química excessiva, agressões físicas, elevada mortalidade e internações de longa permanência das pessoas sob os cuidados de instituições psiquiátricas que lucravam muito e faziam, da loucura, um negócio extremamente rentável, o MTSM apontou a possibilidade de inversão do modelo clássico a partir do conceito de desinstitucionalização.

Segundo Amarante (1995, p. 494), desinstitucionalização é um “processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”.

Até então, o MTSM era um movimento social incipiente, mas que foi crescendo. Já em 1979, com o Congresso Brasileiro de Trabalhadores da Saúde Mental, a visita de Franco Basaglia⁶ ao Brasil e a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria (CEGV, 1979), ampliou sua ressonância. Delgado (2014) divide o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica em quatro fases, e chama esse momento, quando são feitas as críticas ao asilamento e às formas de cuidado e mercantilização da loucura, de Primeira Fase da Reforma.

A Segunda Fase da Reforma faz referência aos esforços de desinstitucionalização e mudança de conceitos e legislação (ibid.). No ano de 1987, dois acontecimentos importantes ocorreram: a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, e o II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em Bauru. Neste encontro, o MTSM se ampliou, tornou-se um movimento social mais robusto e, com o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, convocou a sociedade a participar das discussões e encaminhamentos das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Nesse momento, a experiência italiana, especialmente da região de Trieste, com serviços territoriais e cooperativas de trabalho, exerceu grande influência sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira (DELGADO, 2014). Com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na Rua Itapeva, na cidade de São Paulo, e com a experiência de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, iniciou-se a construção de alternativas ao modelo hospitalocêntrico de cuidado psiquiátrico (BRASIL, 2004a).

A Terceira Fase da Reforma corresponde ao período de construção da Política de Saúde Mental Brasileira. Em 1989, Paulo Delgado, deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, propôs à Câmara Federal um projeto de lei (PL 3.657/89) com o objetivo de regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e extinguir progressivamente os manicômios no país. Seu texto era fruto do debate coletivo e amplamente apoiado pelo movimento social da Reforma.

O projeto de Paulo Delgado tramitou por mais de dez anos no Congresso Nacional e sua aprovação dependeu de muito engajamento político por parte dos trabalhadores, usuários e familiares de usuários da saúde mental. Nessa fase, as iniciativas do Ministério da Saúde

⁶ Franco Basaglia (1924-1980) foi um psiquiatra italiano que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental de seu país, movimento que ficou conhecido com Psiquiatria Democrática. Ele esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências. Suas ideias se constituíram em algumas das principais influências para o movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1996).

(MS) foram muito importantes, com destaque para as portarias 189 (BRASIL, 1991a) e 224 (BRASIL, 1992), que, respectivamente, modificou o financiamento da área de saúde mental e regulamentou o funcionamento dos serviços, e para a convocação da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 1994a) a fim de pactuar com a sociedade o processo de mudanças.

O leitor perceberá que, mais uma vez, as mudanças destacadas neste trabalho levam a referências da última década do século XX. As principais políticas públicas de direitos humanos foram construídas nesse período, tendo sido abordadas até aqui as condições histórico-sociais para a proposição das políticas de Proteção Integral Infantojuvenil e de Saúde Universal, às quais se soma, agora, a de Saúde Mental.

No plano nacional, o marco para a Política de Saúde Mental está na propositura feita pelo deputado Paulo Delgado, em 1989. No plano internacional, já que, como visto, as coisas ocorrem dinâmica e simultaneamente, o destaque está na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica realizada em Caracas, na Venezuela, no ano de 1990. Seu documento final, a Declaração de Caracas (OMS, 1990), apontada como “momento inaugural da reforma psiquiátrica nos países ibero-americanos” (DESVIAT, 2015, p. 133), proclama a necessidade de superação do hospital psiquiátrico e a instituição de modalidades de atenção alternativas, na própria comunidade e nas redes sociais da pessoa sob cuidado.

Por fim, a Quarta Fase da Reforma diz respeito ao processo político posterior à aprovação do PL 3.657/89, que, em 2001, foi convertido na Lei 10.216, mais conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Foram necessárias muita luta e mobilização política para que o tema da Reforma Psiquiátrica fosse adiante no Congresso Nacional e possibilitasse a consolidação das mudanças por meio da implantação de serviços (DELGADO, 2001) seguida da sustentabilidade técnica e financeira (DELGADO; WEBER, 2007; GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).

No final daquele ano também ocorreu a III CNSM (BRASIL, 2002a) e, nos anos seguintes, houve a implantação da rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental. A Portaria 336 do MS (BRASIL, 2002b) definiu as diversas modalidades de CAPS, dentre elas os serviços destinados à população de crianças e adolescentes, e apontou o seu papel na organização da Atenção Psicossocial no território (DELGADO, 2007).

Ainda nesta fase da Reforma, destaca-se a realização, em 2010, da IV CNSM (BRASIL, 2010a), quando as premissas de cuidado em liberdade foram reafirmadas, os avanços conquistados, reconhecidos, e os desafios a serem enfrentados, apontados. O relatório

final dessa Conferência aponta o tema da intersetorialidade como sendo “um avanço radical em relação às conferências anteriores” (BRASIL, 2010a, p. 7), significando o completo redirecionamento das práticas no campo da saúde mental.

Assim, o modelo de cuidado que nasceu passou a envolver a discussão da saúde como um direito e ter a integralidade como uma de suas diretrizes, levando em conta que todo cuidado em saúde deve considerar as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos (BRASIL, 2014a).

Couto (2007, p. 9) destaca que as mudanças na saúde mental, a partir da Lei 10.216/01, determinaram “mudanças em todos os vértices da complexa estrutura que constitui este campo específico de cuidado”, revertendo “uma tendência histórica que contradizia recurso e discurso (o discurso era territorial, mas o recurso, hospitalar)”. Por meio da Reforma, a saúde mental ampliou seus mandatos social e terapêutico.

Para as crianças e os adolescentes, a reorientação de práticas não deu conta de abarcar a complexidade do seu sofrimento (LYKOUROPOULOS; PÉCHY, 2016). No Brasil, inicialmente, as práticas asilares e reparadoras aconteciam prioritariamente em instituições ditas educacionais (RIZZINI; RIZZINI, 2004), e as políticas dirigidas à infância eram de controle da população pobre (RIZZINI; PILOTTI, 2011). Entre o início dos anos 1890 e dos anos 2000, não houve uma tomada de responsabilidade, pelo Estado brasileiro, quanto ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais. A assistência a esses casos ficava a cargo, principalmente, das instituições filantrópicas, cujos cuidados tinham mais uma finalidade reparadora ou adaptativa do que clínica (COUTO; DELGADO, 2016).

O histórico da atenção produzida para a infância e juventude é marcado por falta de investimentos e vontade do setor público (BRAGA; D’OLIVEIRA, 2019). Segundo Couto (2004), os cenários eram, basicamente, dois: ou as crianças e os adolescentes estavam habitando locais específicos para deficientes, de lógica asilar e à margem do sistema formal de saúde mental, ou, de posse de um diagnóstico de autismo ou psicose, eram encontrados numa jornada sem fim em busca de atendimento especializado. Imperava, portanto, a lógica higienista, inspirada numa ordem jurídica que institucionalizava o cuidado e criminalizava a pobreza (BRASIL, 2005a).

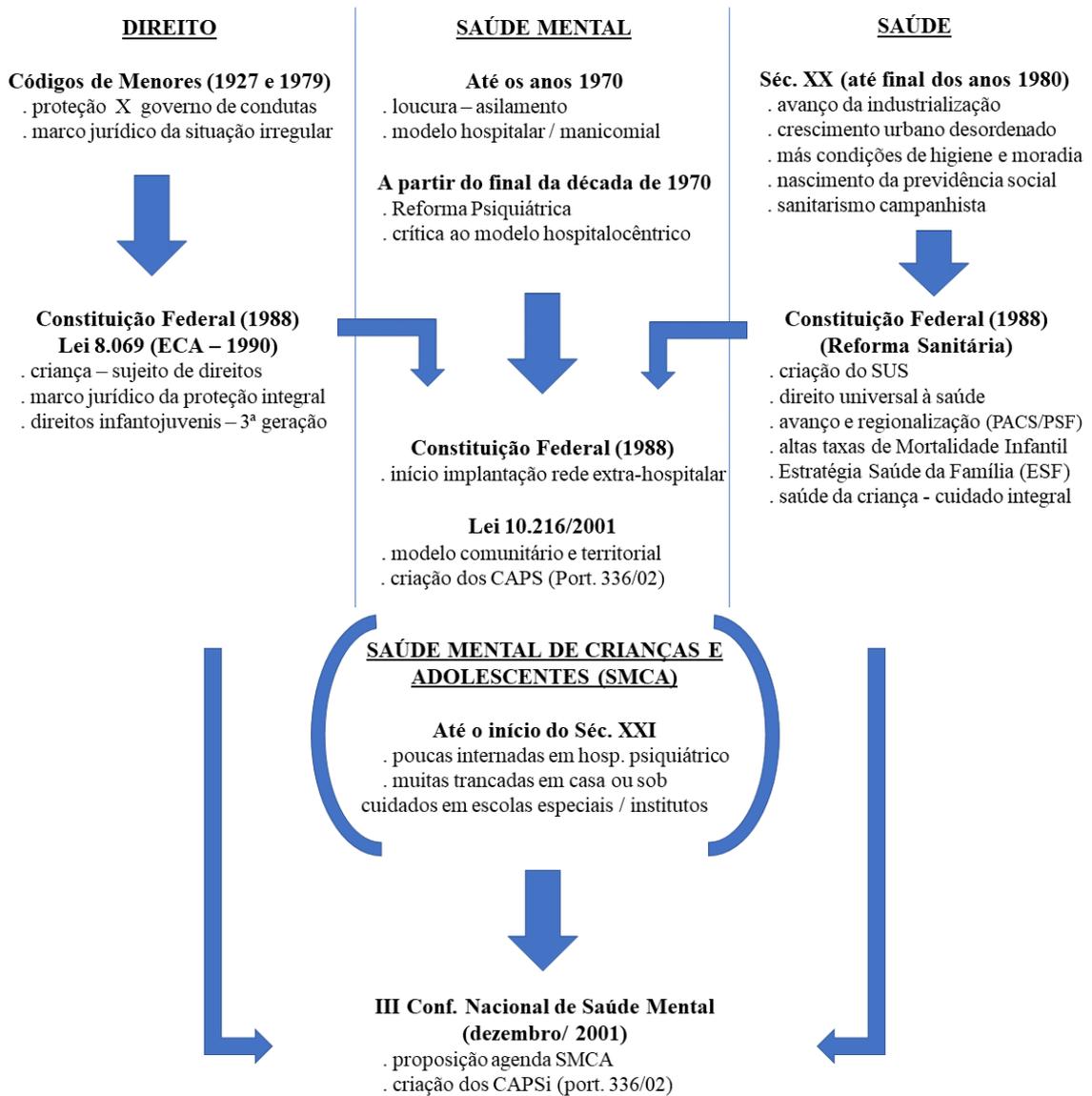
Assim, afirma-se que o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos e a garantia, a eles também, do direito à saúde (BRASIL, 1988; 1990) não surtiram efeitos imediatos no cuidado em saúde mental.

Embora a Lei 10.216/01 tenha representado o auge do projeto da Reforma Psiquiátrica, sua redação final, aponta Delgado (2011), foi positiva quanto à fundamentação e garantia de cidadania plena aos usuários do sistema de saúde mental do SUS, contudo, o tema da infância e juventude esteve ausente dos debates. Foi somente na III CNSM (BRASIL, 2002a), realizada em dezembro de 2001, que o tema da SMCA obteve destaque para a agenda da saúde mental, passando a orientar a construção de uma agenda política para esse campo (BRASIL, 2014b; COUTO; DELGADO, 2015).

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica, a atenção psicossocial foi alçada à categoria normativa para fazer parte da política pública de um país que buscava se reconhecer como Estado democrático de direito. A portaria 336 do MS (BRASIL, 2002b) criou os CAPS, dispositivos estratégicos que sintetizam os mandatos terapêutico e gestor na atenção psicossocial, orientados pela lógica de funcionamento em rede e atuação no território de referência. Nesse sentido, consoante afirmam Couto e Delgado (2015, p. 35-36), “os CAPSi constituem a primeira ação concreta oriunda da nova posição do Estado brasileiro frente às questões da SMCA. (...) Inauguram a resposta oficial do SUS à necessidade de cuidado para crianças e adolescentes com problemas mentais”.

A Figura 1 a seguir, construída por mim, busca retratar, esquematicamente, a ideia de que, num primeiro momento (final do século XX), o Brasil reconheceu os direitos infantojuvenis, construiu uma política de proteção integral e, paralelamente, criou um sistema universal de saúde. Em seguida, já no início do século XXI, avançou numa política de promoção, garantia e respeito aos direitos humanos e civis das pessoas em sofrimento mental e aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica. Num terceiro momento, reorganizou o sistema de cuidado na saúde mental a partir da criação dos CAPS e da inclusão das crianças e dos adolescentes na sua agenda política.

FIGURA 1 – Esquema da evolução sócio-histórica dos direitos infantojuvenis nos campos do Direito, da Saúde e da Saúde Mental ao longo dos séculos XX e XXI



Fonte: Elaboração própria.

Vale lembrar que, ao longo desses três momentos, entre a criação do SUS e o avanço das políticas de saúde mental, o modelo do cuidado em saúde foi se modificando a partir do objetivo de interiorização do sistema de saúde brasileiro com o fim de ampliação da assistência médica e priorização das ações de promoção e proteção da saúde. Ao longo da década de 1990, o SUS foi se expandindo e a experiência, demonstrando que era preciso fazer frente ao modelo tradicional de assistência primária, baseada em profissionais médicos especialistas focais.

Programas inovadores na área da saúde geral, como o de agentes comunitários de saúde (PACS) e o de saúde da família (PSF) (BRASIL, 1994b; 1997), posteriormente transformado em estratégia saúde da família (ESF) (BRASIL, 2006a; 2011a), e na da saúde mental, como o dos centros de atenção psicossocial, depois normatizados como dispositivos estratégicos (BRASIL, 2002b), são exemplos concretos deste esforço de transformação empreendido em nome de um Estado responsável e protetivo para com seus cidadãos.

A soma de todos esses processos de mudança nos campos dos direitos infantojuvenis, da saúde e da saúde mental, e suas respectivas agendas políticas, foi decisiva para que, enfim, se configurasse o direito de todas as crianças à saúde universal. Por isso é possível afirmar que existe, no SUS, tecnologias, equipamentos e serviços hábeis ao cuidado em saúde de todos os brasileiros desde o nascimento.

1.2 Saúde da criança e puericultura: aspectos históricos e agenda política brasileira

Durante o período colonial brasileiro, as crianças eram vistas como instrumento para as famílias, mantidas sob o serviço e a autoridade paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais. Mesmo com o reconhecimento da importância do cuidado infantil a partir do século XVIII, os motivos de abandono eram variados, relacionados a extrema pobreza, nascimento de um filho sem casamento, filhos de escravas etc. E, para esses casos, as Rodas fixadas em instituições de caridade ou hospitais permitiam que as crianças fossem lá deixadas e o anonimato de quem as deixava, mantido (RIZZINI; RIZZINI, 2004; ARAÚJO et al., 2014).

O que essa história marca é que havia um tratamento igualitário entre adultos e crianças, que foi aos poucos, dadas as transformações sociais, econômicas e políticas dos séculos XVIII e XIX, sendo substituído por um tratamento diferenciado, o qual se refletiu no século XX em políticas públicas de saúde. A concepção moderna de criança é fruto, portanto, das “mudanças ocorridas nas relações de trabalho, na organização das famílias e inserção das crianças na sociedade” (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012, p. 161).

Para o modelo de Estado Liberal e modo de produção capitalista, a possibilidade de se evitar doenças por meio de medidas de higiene ambiental e pessoal foi importante para a

percepção de que a atuação sobre a saúde das pessoas garantiria o aumento da população e a expansão da produtividade. Enfrentar a mortalidade infantil (MI) se fez, assim, necessário.

No século XIX, a pediatria começou a se constituir enquanto uma especialidade médica, acompanhando a evolução de outras como a obstetrícia, a ginecologia e a psiquiatria (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012), e o seu desenvolvimento tanto nos aspectos clínicos e cirúrgicos, quanto preventivo, lançou as bases da puericultura.

O início da pediatria, no Brasil é assinalado pela inauguração, em 1882, do primeiro curso de “clínica das moléstias das crianças” por iniciativa de “Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, em seu Serviço da Policlínica Geral do Rio de Janeiro” (TELLES, 1996, p.147). Antes disso, a medicina se ocupava, basicamente, das noções relacionadas a parto e aleitamento e os poucos pediatras eram oriundos de outras disciplinas médicas ou exerciam, também, a clínica de adultos (TELLES, 1996; ROCHA, 1996).

A separação da pediatria e da puericultura em duas disciplinas data de 1911, quando a reforma Rivadávia Corrêa⁷ (BRASIL, 1911) separou “Clínica cirúrgica infantil e ortopedia” e “Clínica pediátrica médica e higiene infantil” (ROCHA, 1996; SANT’ANNA, 2009). Depois, em 1937, no bojo de mais reformas do ensino (BRASIL, 1937), o governo brasileiro decidiu criar a Faculdade Nacional de Medicina e o Instituto Nacional de Puericultura, e separou as cadeiras de “Clínica pediátrica médica” e “Puericultura e clínica da primeira infância”, cabendo a Joaquim Martagão Gesteira dirigir o Instituto e a cátedra de Puericultura (SANT’ANNA, 2009).

Esse e outros importantes nomes ficaram gravados na história da medicina brasileira e impulsionaram tanto o avanço das técnicas médicas quanto das políticas públicas de saúde. Chama a atenção que o termo puericultura esteve mais associado a uma clínica médica ligada a questões de higiene, alimentação, controle e prevenção de doenças, enquanto a pediatria foi se diferenciando como prática clínica anátomo-patológica, de cura das enfermidades.

Tal ideia vai ao encontro do que Bonilha e Rivorêdo (2005) expõem a respeito das maneiras distintas de analisar a história da puericultura. Segundo eles, a puericultura se trata de um grande roteiro de práticas a serem seguidas no cuidado com as crianças que, se corretamente aplicadas, a um só tempo, previnem diversas doenças e ratificam a maneira mais correta e científica de cuidar das crianças.

⁷ Lei Rivadávia Corrêa, também conhecida como Reforma Rivadávia Corrêa, refere-se à lei orgânica do ensino superior e do ensino fundamental no Brasil instituída pelo Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911, no governo Hermes da Fonseca, quando o ministro do Interior era Rivadávia Corrêa.

As duas concepções apresentadas pelos autores (ibid.) são: a) história positivista, que toma a puericultura de forma neutra e científica, descrevendo os fatos históricos como um suceder de acontecimentos, uma evolução natural ao longo do tempo; e, b) história social, que busca fazer uma crítica ao contexto do fato histórico, deixando de contar a história da puericultura como que dissociada das outras mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais.

Nesse sentido, o que se apresenta é a progressiva diferenciação entre puericultura e pediatria, em que ambas visam a servir ao Estado, a primeira como meio de regulação da vida privada e de imposição de um discurso que não reconhecia a diversidade social e cultural das famílias brasileiras (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012), e a segunda pela dedicação às questões de saúde materno-infantil e as ações médicas (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Não à toa que a puericultura se difundiu no Brasil a partir dos anos 1920, quando a industrialização já era uma realidade e cresciam a necessidade de mão de obra e a reivindicação, por parte da classe trabalhadora, de melhores condições de vida. E depois seguiu, nos anos 1930, ao encontro dos ideais nacionalistas e eugenistas (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Esse é, outrossim, o contexto histórico e político que lança as bases para as primeiras políticas públicas de saúde da criança no Brasil. A infância estava reconhecida como uma fase da vida humana, diferente da adulta, que demanda cuidados. No início do século XX, a criança já era considerada um sujeito sobre o qual incidem normas próprias de controle estatal, e o crescimento econômico do país demandava adultos saudáveis e produtivos. Uma criança que pouco adoecia significava, também, uma mãe que cumpria sua jornada de trabalho (ARAÚJO et al., 2014). O adoecimento infantil, portanto, deixou de ser preocupação exclusiva das associações caritativas e passou a ser, também, das autoridades públicas e privadas.

As CAP's (BRASIL, 1923) previam as crianças como dependentes dos trabalhadores das indústrias e, por isso, quando doentes, também recebiam assistência dos médicos contratados pelos proprietários dessas indústrias (ARAÚJO et al., 2014). Desse modo, pressionado pela elite industrial brasileira, o Estado deu início a programas de proteção a maternidade, infância e adolescência. E fazendo um paralelo com a questão dos direitos da criança e do adolescente apresentada anteriormente, não é sem coincidência que o primeiro Código de Menores data de 1927.

No segundo governo de Getúlio Vargas, período do Estado Novo (1937-1945), quando as áreas da educação e da saúde constituíam um único Ministério, foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no Brasil. Seu executor era o Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão do Ministério da Educação e Saúde e que tinha por objetivo normatizar o atendimento mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011b).

Naquele início, o DNCr instituiu algumas ações de vigilância e educativas, envolvendo a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal, com foco na diminuição do absenteísmo das mães no trabalho (PEREIRA, 1999; ARAÚJO et al., 2014).

A partir de 1953, com o desmembramento e a criação do Ministério da Saúde, o DNCr foi extinto (1969) e a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) foi criada (BRASIL, 1970), lançando o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975) com ações para redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher (BRASIL, 2011b). Nesse período, os índices de MI estavam muito altos e as crianças eram basicamente assistidas em questões pontuais de condições agudas de doença, de modo que, até a década seguinte, esse programa não obteve sucesso em reduzir a mortalidade, pois se pautava em métodos centralizadores, que desconsideravam a diversidade regional do país (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1983, com vistas a mudar a assistência à saúde da criança e buscando o cuidado integral, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que já no ano seguinte foi desmembrado em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ambos como resposta aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional (BRASIL, 2011b).

De forma geral, nas décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais no âmbito da saúde e dos direitos da criança e do adolescente. Em 1990, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), que em 1976 havia substituído a CPMI, deu lugar à Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), com a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do, então criado, SUS. O objetivo era garantir as condições favoráveis à reprodução sadia e ao crescimento e desenvolvimento do ser humano. Ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador foram desenvolvidas no período (BRASIL, 2011b).

Nos anos 1990, ainda, com o reconhecimento e a ampliação dos direitos da criança e do adolescente a partir do ECA, e a regionalização do SUS com o PACS e o PSF, o cuidado em saúde da criança se potencializou. Tem-se, como destaque, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (BRASIL, 1991b; 1991c), e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF/WHO; 1990), que orientaram a organização da assistência médica à gestação e ao nascimento na assistência pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido.

Na segunda metade da década de 1990, com origem na Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância surgiu como estratégia para o seguimento da atenção à saúde da criança, em sintonia com a atenção primária, na perspectiva de uma avaliação dos desencadeantes que afetam a saúde infantil, almejando a qualidade da assistência (BRASIL, 2003a).

Nos anos 2000, diversos programas foram instituídos. O Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a) e a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru (BRASIL, 2000b) vieram em garantia do direito à cidadania do bebê, ao contato mãe-bebê / pai-bebê e à maior participação da família nos cuidados do recém-nascido.

Nas duas primeiras décadas dos anos 2000, diversas foram as iniciativas que deram corpo a uma agenda de compromissos com a saúde integral da criança e que também visava à redução da MI. Citam-se: o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), a Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 2011c), a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) (BRASIL, 2009a), a Rede Cegonha (BRASIL, 2011d), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015) e a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (BRASIL, 2016a), também conhecida como Marco Legal da Primeira Infância (MLPI).

A expansão dos programas e ações de cuidado integral à primeira infância, com fundamento intersetorial e ampla participação de diferentes atores sociais, reforçam os apontamentos já citados de que há no país políticas públicas robustas voltadas para o cuidado integral da infância, as quais asseguram os cuidados necessários à condição do bebê como sujeito em desenvolvimento, sendo desnecessária a promulgação de leis específicas, que se colocam em exterioridade ao SUS, como foi o caso da Lei 13.438/17 citada anteriormente.

CAPÍTULO II – POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE CUIDADO EM SAÚDE PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os RNs [recém-nascidos] nas maternidades sem um processo adequado de seu encaminhamento para a continuidade dos cuidados, que são personalizados para as necessidades de cada uma dessas crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de RNs saídos de UTIs [unidades de terapia intensiva] com necessidade deste tipo de atenção), seja na Atenção Primária à Saúde (APS). Este processo se inicia na maternidade, por uma entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança à mãe de cada bebê, já que a caderneta deve servir de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda a sua linha de cuidado. (BRASIL, 2012, p. 18)

O Capítulo I buscou apresentar desdobramentos do reconhecimento da criança como sujeito de direitos no campo jurídico-político. Ao final do século XX, o Brasil marcou a integralidade da proteção e a prioridade absoluta como diretrizes para os que operam na seara dos direitos infantojuvenis.

Demonstrou-se que a área da saúde pública brasileira avançou nesse mesmo período. O estabelecimento do direito universal à saúde, a criação do SUS e a entrada em vigor do ECA são contemporâneos. Contudo, no campo específico da SMCA, o encontro entre saúde e direito foi tardio e só incidiu na agenda política de saúde mental no início do presente século (COUTO; DELGADO, 2015).

O reflexo de toda essa conjuntura, quando se pensa na primeira infância, é ainda mais recente. No Brasil, a discussão a respeito da saúde integral dos bebês mostra que, antes de tudo, o país buscou superar os altos índices de mortalidade infantil (MI). Todos os esforços, a partir dos anos 1960, foram para melhorar esses indicadores, porém, isso só começou a acontecer de fato há menos de duas décadas, quando se aprofundou a regionalização do SUS e a saúde da família foi adotada como estratégia política de organização das ações e dos

serviços de saúde (BRASIL, 2004b; RODRIGUES; ANDERSON, 2011; CECCON et al., 2014).

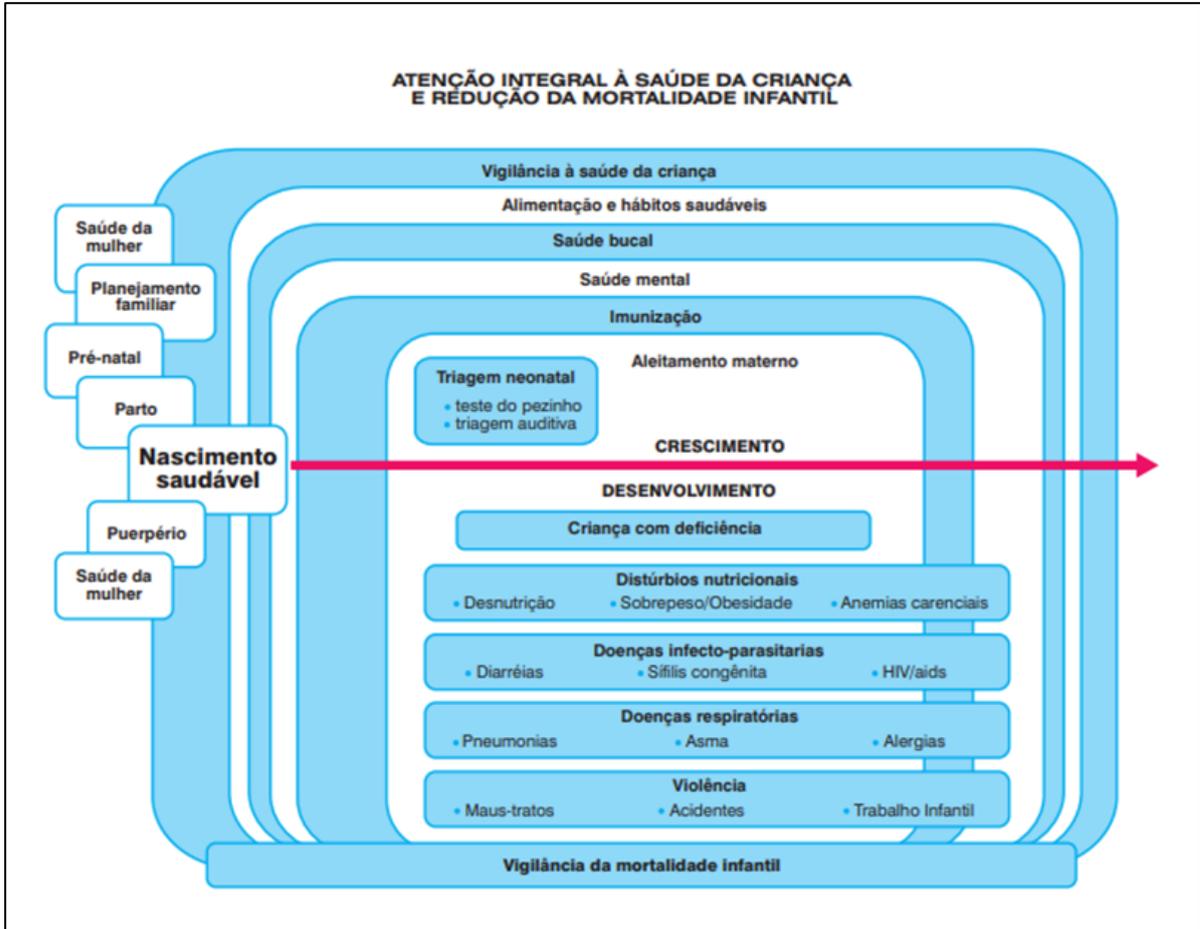
Apesar dos avanços e a melhora nos índices, a MI não é assunto superado no país. A garantia à vida dos brasileiros que nascem ainda é uma preocupação e convoca esforços para a construção de estratégias que possam contribuir para a superação de agravos e enfrentar a importante defasagem que há entre as necessidades de acompanhamento e a disponibilidade de recursos.

O documento do Ministério da Saúde (MS) intitulado “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” reconhecia, em 2004, que os índices de MI no país ainda eram altos e os óbitos, em sua maioria, poderiam ser evitados se presentes serviço e equipe profissional qualificados (BRASIL, 2004b). Isso porque a redução da mortalidade infantil não depende de novos conhecimentos, como ocorre com outros problemas de saúde, mas de garantia da acessibilidade e da utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico já existente (NASCIMENTO et al., 2012; KASSAR et al., 2013; LIMA et al., 2012).

Em estudo que analisou a ampliação da cobertura da ESF e a diminuição da MI no Brasil, Ceccon et al. (2014) concluíram que, entre 1998 e 2008, houve aumento de 857% nas equipes da ESF, ampliação de 43% na cobertura populacional e diminuição da MI em 58%, estando, portanto, essa redução diretamente relacionada à ampliação da cobertura em atenção básica.

A Agenda de Compromissos do MS apresentou a linha de cuidado integral da saúde da criança como estratégia de superação da desarticulação entre os níveis de atenção em saúde e de garantia da continuidade do cuidado, com uma visão global das dimensões da vida das crianças (BRASIL, 2004b). Dentre as ações previstas estão o incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a atenção à saúde mental (Figura 2).

FIGURA 2 – Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil, com a identificação das ações e estratégias prioritárias



Fonte: BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 34.

A Figura 2, retirada do documento do MS, destaca que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se constituiu como eixo privilegiado do cuidado das crianças pelas equipes de saúde. Segundo a Agenda de Compromissos, toda criança tinha o direito a receber um Cartão da Criança, de preferência ainda na maternidade, que seria o documento a guiar cuidadores e equipes de saúde nesse acompanhamento. O Cartão da Criança foi substituído, em 2005, pela Caderneta de Saúde da Criança (e isso será abordado adiante em tópico específico).

2.1 O protagonismo do cuidado materno-infantil e seus reflexos em termos de política pública (Rede Cegonha, PNAISC e MLPI)

Desde o surgimento do Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000a), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004c) e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004d), pode-se afirmar a sistematização de um conjunto de ações propostas pelo MS que, a partir do entendimento da complexidade e multifatorialidade das morbimortalidades materna e infantil (CAVALCANTI, 2013), revelaram o protagonismo do cuidado materno-infantil nas políticas de saúde e culminaram no lançamento da Rede Cegonha (BRASIL, 2011d).

O contexto histórico de surgimento da Rede Cegonha advém da tentativa de minimizar a verticalidade dos programas de saúde brasileiros, começando em 1975, com o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual visava: concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir a suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil e ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher e à criança (BRASIL, 2011b).

Nos anos 1990, com a organização do SUS e o avanço da regionalização da assistência, a saúde materno-infantil continuou sendo destaque e, na tentativa de reorganizar o modelo assistencial, a família foi colocada como foco no contexto da atenção primária à saúde (BRASIL, 1994b; 1997; 2006a; 2011a). Como a redução da mortalidade materno-infantil era objetivo assumido internacionalmente pelo Brasil (ONU, 2000), a Rede Cegonha nasceu prevendo ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, o seu transporte seguro e a implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha no momento do parto (BRASIL, 2011e).

Ela incorporou ações anteriores para garantir acesso, acolhimento e resolutividade na atenção, de maneira articulada, visando à atenção humanizada a gravidez, parto, puerpério, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança. São componentes dessa rede: pré-

natal, parto e nascimento, sistema logístico, transporte sanitário e regulação, e puerpério e atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2011d; 2017a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015) se somou aos esforços e avanços da Rede Cegonha. Ela é fruto do objetivo de mudança de mentalidades a partir da proposição da atenção integral à criança como agenda central. Sua formulação e construção se apoiou em três grandes eixos: formação, gestão e pesquisa, os quais foram sustentados, inicialmente, pela iniciativa Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional (PENELLO et al., 2011; PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

Essa iniciativa foi apresentada no ano de 2007, num período em que se discutia, no âmbito do governo federal, os programas de aceleração do crescimento e desenvolvimento nacionais, conhecidos como PAC. O PAC/Saúde, que se consolidou com o Mais Saúde: Direito de Todos (BRASIL, 2010b), previu um conjunto de ações distribuídas em oito eixos, dentre eles o de Promoção da Saúde. A partir desse eixo, uma equipe de pesquisadores do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ (IFF) propôs a EBBS como um programa estratégico que tomava em consideração marcos legais, institucionais, experiências exitosas de programas e políticas de diferentes áreas, além de recomendações teóricas e técnicas nacionais e internacionais (PENELLO, 2013; PENELLO; ROSARIO, 2016), para fortalecer políticas públicas de proteção à primeira infância e construir uma política nacional integrada de promoção e atenção à saúde integral da criança (LUGARINHO, 2013).

A EBBS foi formalizada em 2009, em parceria com o MS (BRASIL, 2009a), e desenvolveu práticas que buscavam ratificar a ideia de que saúde é fruto de determinantes sociais, sobre os quais é necessário intervir para garantia mínima deste direito às famílias e suas crianças; e mais, que a relação entre crescimento e desenvolvimento é crucial e deve servir de baliza para a formulação de políticas públicas para a infância, evidenciando que não há saúde sem saúde mental (PENELLO, 2013). Seis cidades foram eleitas como polos pilotos a trabalharem a primeira infância e os resultados desse trabalho construíram um saber que serviu ao Ministério como diretriz para a formulação e implementação da PNAISC.

Nesse sentido, a PNAISC nasceu em defesa de uma agenda voltada para o pleno desenvolvimento da criança brasileira, vinculando desenvolvimento infantil a desenvolvimento social sustentável. Sua proposta incluiu a primeira infância na reflexão sobre os determinantes sociais de saúde, construindo bases para uma vida saudável e considerando

que a provisão de saúde mental se dá em todas as etapas da vida, na integração do ser humano ao meio em que vive (PENELLO; ROSARIO, 2016). Seu modelo de trabalho adotou a intersetorialidade como princípio, por isso ela é uma política que, unindo diferentes propostas e demandas, considera, inclui e respeita as diferenças regionais brasileiras (BRASIL, 2015).

No ano seguinte à PNAISC, foi sancionada a Lei 13.257, de 08 de março de 2016, que ficou conhecida como Marco Legal da Primeira Infância (MLPI), cujo projeto tramitou por pouco mais de dois anos e, sob o crivo democrático, pôde ser debatido com a sociedade civil. Esta lei estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância, considerando a especificidade desse período da vida humana e sua relevância para o desenvolvimento do ser humano. Ela, também, ratificou o princípio da prioridade absoluta e fixou diretrizes para o atendimento dos direitos infantojuvenis; afirmou a intersetorialidade das ações e estabeleceu critérios programáticos para investimento público em formação profissional, monitoramento e coleta de dados, participação social e fomento a educação e cultura; fixou regras de garantia da convivência familiar e comunitária; e, ressaltou a necessidade da integração entre poder público e sociedade civil na ampliação de políticas de promoção do desenvolvimento integral da primeira infância.

O MLPI, ao olhar para as especificidades da primeira infância, sintetiza e institui uma cultura do cuidado. Ele destaca a importância dos cuidados físicos, mas também dá notoriedade a outros aspectos, como o zelo pela criança na sua liberdade, singularidade e dependência do adulto durante seu período de constituição como sujeito. É uma lei com o olhar da ternura, que reconhece que cada dia na vida de uma criança é importante e deve ser vivido em plenitude, sendo respeitados sua individualidade, seu ritmo e suas diferenças. O destaque, e a ênfase, do MLPI no aspecto do desenvolvimento emocional/ subjetivo da pequena criança é particularmente importante no âmbito do presente estudo.

Vale ressaltar que a ênfase na necessidade de observação dos aspectos do desenvolvimento emocional/ subjetivo na primeira infância foi sendo gradativamente destacado nos instrumentos oficiais do MS. Como será exposto a seguir, apenas em 2005, com a implantação da Caderneta de Saúde da Criança, os profissionais da saúde foram chamados a direcionar o seu olhar para além dos aspectos biológicos e físicos de saúde e crescimento, assim como as famílias foram orientadas quanto a iniciativas no campo de cuidados integrais à criança, que inclui, inexoravelmente, o desenvolvimento psíquico da pequena criança.

2.2 A vigilância em saúde da criança e os instrumentos brasileiros

A vigilância em saúde da criança, como abordado anteriormente, sempre esteve atrelada à proposta de redução da MI. Inicialmente, com um viés mais econômico e produtivista do que protetivo. A ideia de proteção só foi incorporada à agenda política da infância a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, que instaurou um novo marco jurídico e inaugurou a chamada Doutrina da Proteção Integral.

O final do primeiro capítulo buscou demonstrar que uma agenda política voltada à saúde na primeira infância só deu seus primeiros sinais no início da década de 1940, e, até o início dos anos 1980, pouco conseguiu modificar o cenário em que verbas públicas eram destinadas prioritariamente para os serviços que atendiam a população economicamente ativa, ou seja, a masculina, mantendo as populações infantil e feminina na qualidade de dependentes. Até então, a rede pública de saúde ainda era incipiente e a ênfase estava na assistência médico-hospitalar.

Em 1984, quando o governo substituiu o Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança por dois programas específicos a esses grupos populacionais, já se começou a dar sinais de que havia a intenção em estabelecer diretrizes que possibilitassem a criação de uma rede de serviços para o acompanhamento sistemático das condições de saúde.

Um documento do Ministério da Saúde intitulado “Assistência integral à saúde da criança: ações básicas”, daquele ano, afirmava a responsabilidade do Estado com o “efetivo cuidado com o processo de crescimento e desenvolvimento de cada uma e de todas as crianças”, destacando que o “conteúdo deste documento, longe de pretender originalidade, marca, entretanto, uma linha política clara, no sentido da assistência integral à saúde da criança” (BRASIL, 1984, p. 6).

Isso mostra que já era possível colher algum fruto político do processo de luta da Reforma Sanitária, iniciada na década anterior, ao mesmo tempo em que desafios futuros se anunciavam. O binômio desnutrição-infecção, com seus múltiplos fatores determinantes, e as doenças imunopreveníveis figurando com destaque nas estatísticas de morbimortalidade demonstravam que ainda havia muito a se fazer quanto ao enfrentamento das más condições de vida em que grande parcela da população vivia. O mesmo documento afirmava:

O dano causado pelo binômio desnutrição-infecção não se restringe a mortalidade precoce, pois dentre os sobreviventes é elevadíssima a proporção daqueles que, em maior ou menor grau, acumulam sequelas em

seu crescimento e desenvolvimento. Em 1974/5, o IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] constatou que mais da metade das crianças brasileiras de um a quatro anos apresentavam algum déficit em seu crescimento e cerca de 10% apresentavam déficits moderados e severos (ibid., p. 8).

Nesse esforço político de enfrentamento das adversas condições de vida em que considerável parcela da população infantil brasileira crescia e se desenvolvia, o MS formulou ações básicas de assistência integral à saúde da criança, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemplasse o processo de crescimento e desenvolvimento. Assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) previu, dentre seus objetivos específicos, a utilização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança (ibid.).

A fim de possibilitar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e o controle de doenças imunopreveníveis, o Ministério da Saúde lançou o Cartão da Criança, cujo principal objetivo era unificar as informações entregues às famílias. Nele, a equipe de saúde podia registrar informações quanto a crescimento e imunização da criança. Sua linguagem pretendia ser acessível a todos e estimulava o registro de eventos importantes relacionados à saúde da criança, servindo como instrumento de conscientização e participação das famílias.

As imagens a seguir (Figura 3) foram obtidas no site do Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente⁸. Elas apresentam maiores detalhes do primeiro modelo do Cartão da Criança.

⁸ O Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente, organizado pelo Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, possui, em seu site (<https://site.medicina.ufmg.br/observaped/>, acesso em 15 jun. 2019) um importante banco de dados sobre as versões e as modificações ocorridas no Cartão da Criança e na Caderneta de Saúde da Criança, que sucedeu o Cartão.

Percebe-se pelas imagens acima que, apesar do documento do MS afirmar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento como objetivo do PAISC, as informações do Cartão da Criança privilegiavam os aspectos do crescimento.

Para o acompanhamento do desenvolvimento, foi proposta uma ficha (Figura 4), a qual ficava anexada ao prontuário da criança na unidade de saúde. Nela, a equipe de saúde deveria observar e anotar a presença ou ausência de alguns marcos do desenvolvimento motor e social-adaptativo.

FIGURA 4 – Ficha de acompanhamento do desenvolvimento (0 a 5 anos), década 1980

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO			Nome: _____																			
ÉPOCA DA CRIANÇA	DATA DE NASCIMENTO	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)																			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12								
1	1 mês	Abre a boca ao longo em resposta à sucção (Reflexo de Moro). Postura: mantém punho flexo e braços flexos com cotovelo lateralizado. Olha para a pessoa que o observa.																				
2	2 meses	Colocado de bruços, levanta a cabeça momentaneamente. Rítmico espontaneamente. Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.																				
4	4 meses	Colocado de bruços, levanta e mantém a cabeça, orientando ao ambiente. Alarga e pega objetos pequenos. Rítmico mais - vocaliza.																				
6	6 meses	Levantado pelas mãos, dobra o corpo. Segura e transfere objetos de uma mão para outra. Vira a cabeça na direção de uma das mãos abertas.																				
9	9 meses	Sentado sem apoio. Arrasta-se no quadrupé. Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.																				
12	12 meses	Andar com apoio. Faz gestos com a mão e cabeça (de não, de sim, bate palma, etc.). Brinca pelo menos 1 gameira com auxílio.																				
ÉPOCA DA CRIANÇA	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)				IDADE (ANOS)																
18 meses		11	14	17	19	21	2	3	4	5												
18 meses	Andar sozinho, raramente cai. Constrói pelo menos 2 palavras. Tira qualquer peça do brinquedo.																					
2 anos	Corre e se sobe degraus baixos. Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente. Usa um pratinho comum.																					
3 anos	Fixa sobre um pé momentaneamente. Usa fralda.																					
4 anos	Veste-se com auxílio. pula sobre um pé.																					
5 anos	Brinca com outros colegas. Reconhece mais de 2 cores. pula alternadamente com um e outro pé. Veste-se sozinho. pula sobre um pé sozinho.																					

P = Presente A = Ausente NV = Não verificado

Fonte: http://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Do_CC_a_CSC_13-09-10.pdf, acesso em 15 jun. 2019.

No final da década de 1990, outra versão foi lançada. Além da estética, a curva de acompanhamento do crescimento passou a adotar outro parâmetro, modificando o limiar de normalidade a fim de aumentar a especificidade para o diagnóstico de desnutrição.

Assim, cada nova versão do Cartão da Criança foi incorporando mais informações, parecendo uma cartilha.

Em 2003, uma quarta versão foi lançada, ampliando a abrangência do instrumento. Com os mesmos campos: dados de identificação, informações sobre os direitos da criança, controle de vacinas, acompanhamento do crescimento (gráfico peso/idade) e acompanhamento do desenvolvimento com orientações e sugestões, a novidade estava na ampliação da faixa etária, agora até os seis anos de idade.

Em 2005, com a aprovação da Resolução do MERCOSUL (BRASIL, 2005b) pelo Ministério da Saúde, na qual os países-membros pactuaram informações básicas comuns para instrumentos de acompanhamento da saúde infantil, o Cartão da Criança foi revisado, resultando na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2005c).

A Caderneta (Figura 6) não apenas modificou os conteúdos do Cartão, mas também trouxe uma nova concepção desse tipo de instrumento, surgindo no cenário da atenção à saúde da criança como instrumento de vigilância integral à saúde (BRASIL, 2005d). Nela, a vigilância já não ficava centrada unicamente na condição nutricional e vacinal da criança.

FIGURA 6 – Alguns detalhes do interior da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2005

GRÁFICO DE PESO X IDADE - 0 A 7 ANOS

acompanhe também a saúde de sua filha pelo ganho de peso

Otimo Sua filha está com o peso ideal.

Atenção Sua filha está um pouco abaixo do peso ideal.

Quilombo Sua filha está muito abaixo do peso ideal.

GRÁFICO DE PERÍMETRO CEFÁLICO

Fonte: NCHS, 1977

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

- PASSO 1** Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- PASSO 2** A partir dos 6 meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
- PASSO 3** A partir dos 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.
- PASSO 4** A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
- PASSO 5** A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida na colher; começar com consistência pastosa (papas/purês), e gradativamente aumentar sua consistência até chegar à alimentação da família.
- PASSO 6** Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- PASSO 7** Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- PASSO 8** Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outros guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- PASSO 9** Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir seu armazenamento e conservação adequados.
- PASSO 10** Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

MAMEI NO PEITO ATÉ _____

OBSERVAÇÕES SOBRE A SAÚDE BUCAL, OCULAR E AUDITIVA

Data _____ Diagnóstico/Assinatura e carimbo do profissional de saúde _____

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E TRATAMENTOS EFETUADOS

A criança possui plano de saúde? () não () sim Qual? _____

Data _____ Diagnóstico/Assinatura e carimbo do profissional de saúde _____

DICAS DE SAÚDE IMPORTANTES

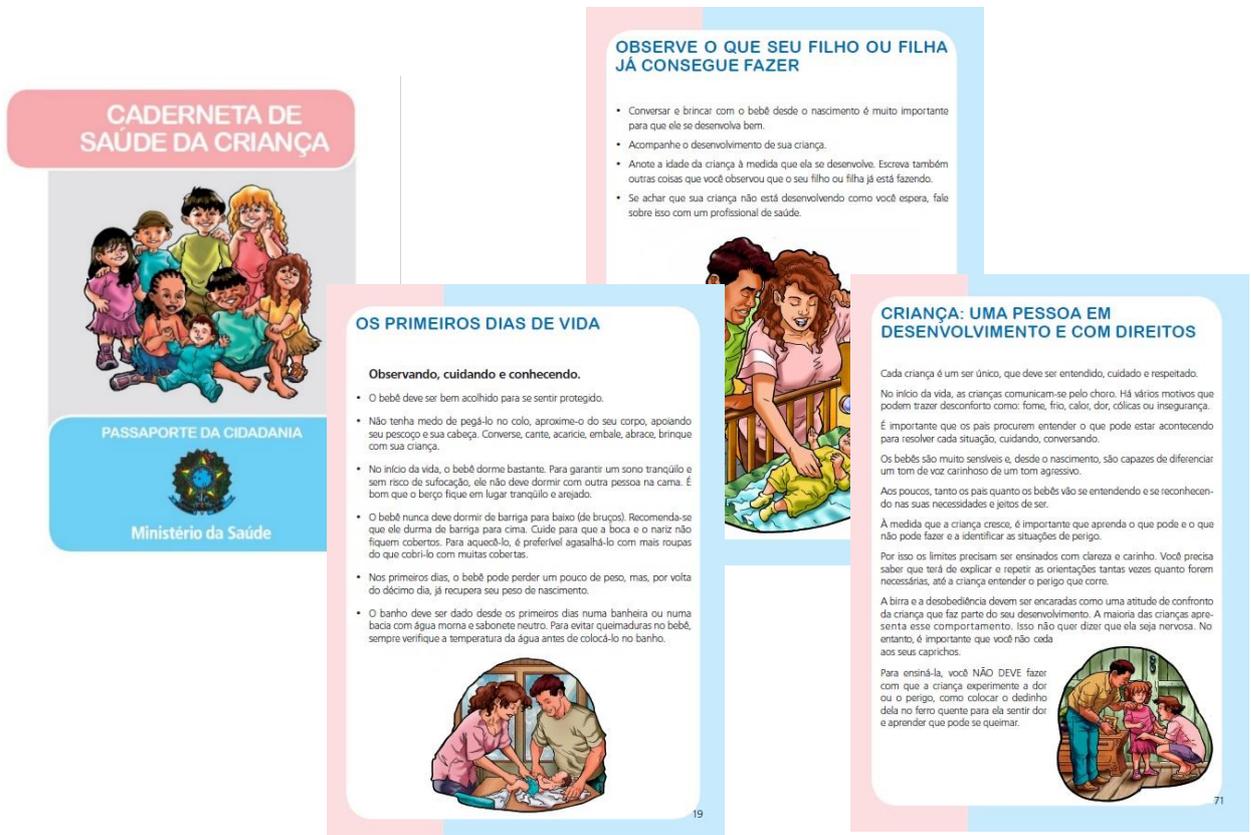
1. Mamar no peito, desde o nascimento, faz seu bebê crescer forte e saudável e ajuda os dentes a nascer na posição correta. Não ofereça chupetas, bicos e mamadeiras.
2. É importante limpar a boca do bebê desde o nascimento com um pano limpo molhado com água filtrada ou fervida. Quando os primeiros dentinhos nascerem, deve ser usada escova de dente macia. A pasta dental só deve ser usada a partir dos 6 anos de idade.
3. Os bebês assustam-se com sons fortes e, a partir de 4 meses, procuram a direção dos sons e acompanham com o olhar os objetos movimentados à sua frente. Caso isso não ocorra, procure um profissional de saúde.
4. Observe se sua filha é desatenta, não responde quando chamada de longe e/ou tem dificuldades na escola. Verifique também se ela costuma aproximar-se da TV ou da página dos livros e aperta muito os olhos para ler. Caso seja notado algum desses sinais, sua filha pode ter problemas nos olhos ou ouvidos e deve ser avaliada por um profissional de saúde.
5. Evite acidentes. Roupas de cama, mesquinhos, sacos plásticos, pequenos objetos e talco podem causar sufocamento.
6. Materiais de limpeza, inseticidas e remédios devem ser mantidos fora do alcance da criança.
7. Tomadas e fios elétricos devem ser cobertos.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

Algumas alterações importantes podem ser destacadas: o gráfico peso/idade foi ampliado até a idade de sete anos, contendo cores que auxiliavam o entendimento acerca do estado nutricional da criança, e o gráfico de perímetro cefálico no primeiro ano de vida foi introduzido. Ela também passou a conter mais dados sobre gravidez, parto e puerpério, informações sobre o recém-nascido, orientações sobre alimentação saudável, dicas sobre saúde e prevenção de acidentes e a servir como um pequeno prontuário doméstico, em que a família poderia reunir informações sobre saúde bucal, ocular e auditiva, registrar intercorrências clínicas e tratamentos efetuados e levar consigo essas informações até qualquer unidade ou profissional de saúde.

Em 2007, a CSC foi aperfeiçoada e culminou num documento de 82 páginas que ficou conhecido como “Passaporte da Cidadania” (Figura 7). As novas curvas de crescimento desenvolvidas pela OMS foram incluídas: acompanhamento do crescimento do peso e altura até os dez anos de idade e perímetro cefálico até os dois anos (BRASIL, 2007). E o conteúdo informativo também foi diversificado.

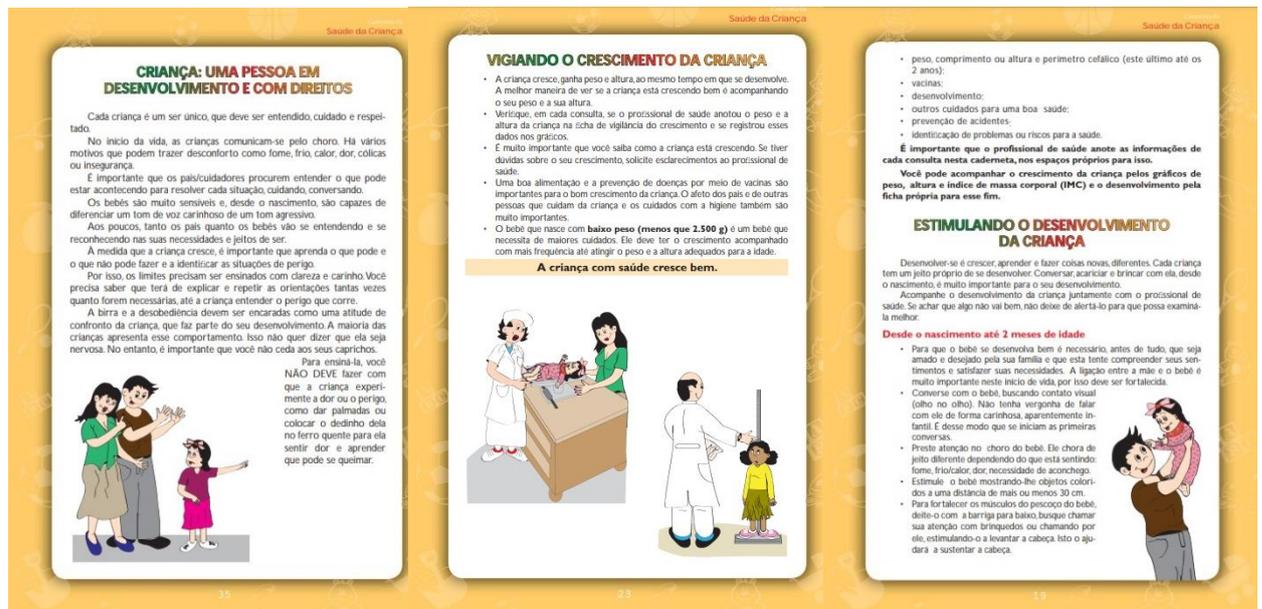
FIGURA 7 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania, ano 2007



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

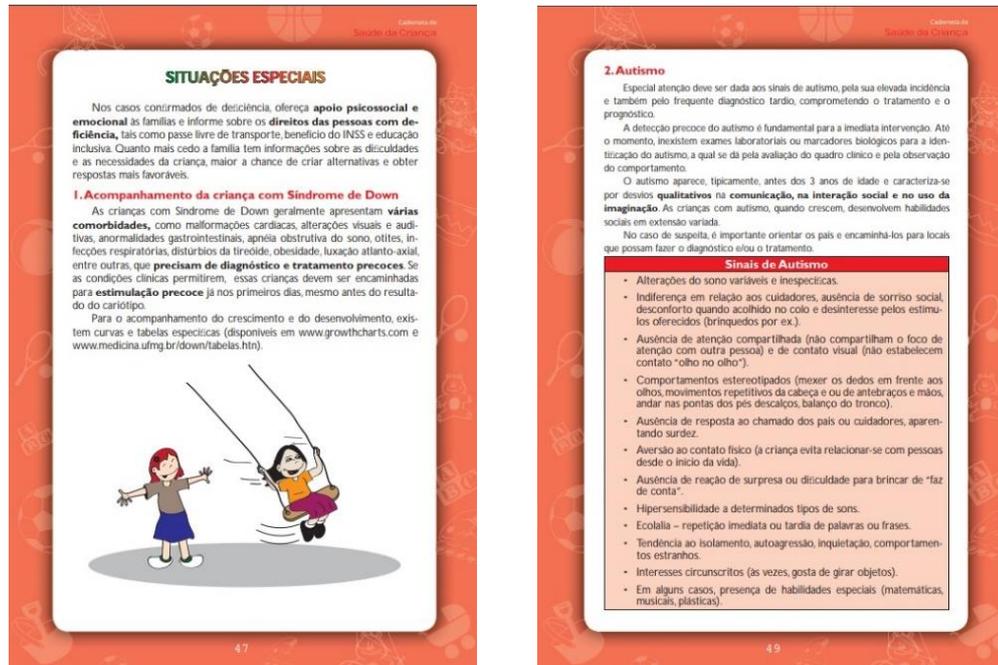
Em 2009, uma nova versão da CSC foi lançada, com alterações importantes, dividida em duas partes: a primeira para uso do cuidador (Figura 8); e a segunda, para uso dos profissionais de saúde (Figura 9). Dados como gráfico de índice de massa corporal para a idade, instrumento de vigilância do desenvolvimento de zero a 36 meses, orientação para situações especiais (Figura 10) de acompanhamento de crianças com síndrome de Down e autismo foram incluídos (BRASIL, 2009b).

FIGURA 8 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2009, em que há informações para os cuidadores no que diz respeito a crescimento e desenvolvimento



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

FIGURA 10 – Alguns detalhes da Caderneta de Saúde da Criança, ano 2009, em que há orientações para os profissionais de saúde no que diz respeito a situações especiais (Síndrome de Down e autismo)



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Desde 2009, a CSC vem sofrendo modificações em seu conteúdo, com vistas ao aprofundamento de certos itens, mas mantém, em linhas gerais, o mesmo conjunto temático relacionado ao crescimento e desenvolvimento da criança, estando, atualmente, na sua 12ª edição, lançada em 2018. Ela se configura como o instrumento de maior alcance para a vigilância em saúde criado pelo SUS por conter orientações quanto aos aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil em suas diferentes dimensões, inclusive psíquicos. Também reúne as informações e os registros mais importantes para a vigilância integral à saúde da criança e, ao servir à criança e à família, acompanhá-las nos diferentes serviços e níveis de atenção e se ancorar em ações de acompanhamento e promoção de saúde, mostra seu expressivo alcance, concretizando-se como estratégia privilegiada das políticas de redução da morbimortalidade infantil (ALVES et al., 2009; IFF, 2017).

Contudo, o que ocorre, segundo dados recentes, é que ela vem sendo subutilizada e os registros, quando feitos, muitas vezes aparecem de maneira incompleta ou incorreta (ALVES et al., 2009), e têm privilegiado os aspectos referentes ao crescimento em detrimento aos do desenvolvimento (ALMEIDA et al., 2016; IFF, 2017).

Toda criança tem direito a receber uma Caderneta de Saúde ainda na maternidade, porém, a partir de 2016, quase todas as regiões do país passaram a ter dificuldades com a distribuição por conta dos constantes atrasos na entrega pelo Ministério da Saúde. Com isso, o comércio ilegal de cadernetas cresceu, sendo fácil encontrar ofertas em sites de compras online⁹.

Em 02/04/2017, conforme noticiou o site do jornal Extra¹⁰, as informações da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro eram de que a última remessa de cadernetas de saúde chegara há quase um ano. Segundo a notícia, havia a sugestão, por parte do núcleo do Ministério da Saúde no Rio, do uso de um aplicativo de celulares e tablets que seria “capaz de gerenciar cadernetas de vacinação cadastradas pelo usuário e de abrigar informações sobre as vacinas oferecidas pelo SUS”, além de servir para lembrar a respeito de datas e campanhas de vacinação.

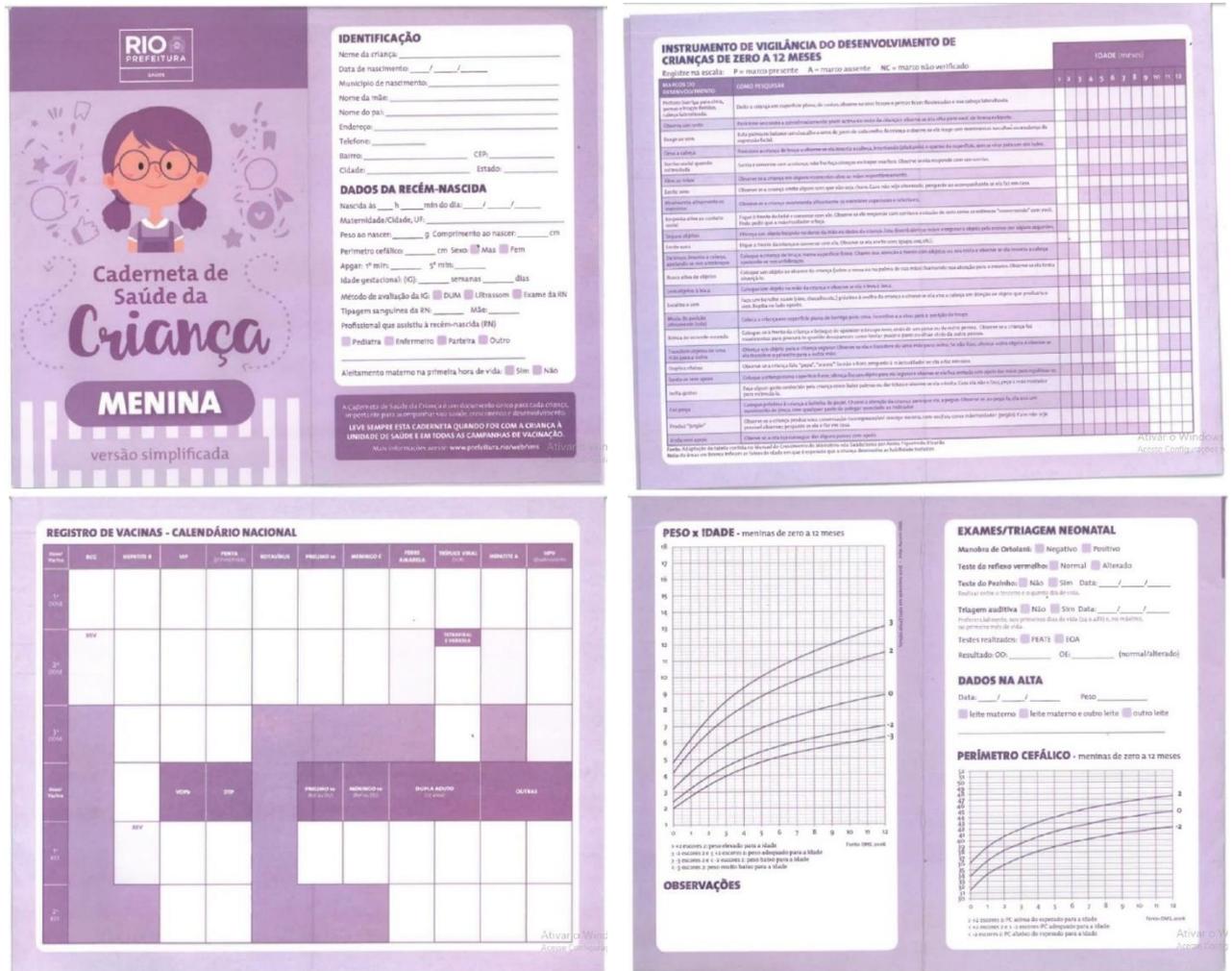
Durante a fase exploratória do campo da presente pesquisa, diversas vezes encontrei com famílias portando fotocópias de algumas partes da caderneta. E ao serem indagadas a respeito, afirmaram que a maternidade não tinha o documento para oferecer, por isso, só receberam fotocópias das partes consideradas mais importantes: vacinação e gráficos de acompanhamento do crescimento.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) começou a ofertar a própria Caderneta de Saúde da Criança versão simplificada (Figura 11), a qual possui apenas os campos de identificação da criança, informações resumidas do parto e puerpério, registro de vacinas, instrumento de vigilância do desenvolvimento de zero a 12 meses, gráficos de peso/idade e perímetro cefálico de zero a 12 meses, retrocedendo no que diz respeito à necessidade de vigilância integral à saúde do bebê.

⁹ Alguns links para compra da CSC, todos do site Mercado Livre, acessos em 19 jul. 2019:
- Agenda De Vacinação Personalizada C/ Nome - 12º Ed. 2018 R\$ 17 (<https://tinyurl.com/y22z54n3>);
- Agenda Vacinação 2019 Personalizada C/ Nome R\$ 20,90 (<https://tinyurl.com/y5xt64ve>);
- Impressão/encadernação Caderneta Vacina Menina 2018 R\$ 56,80 (<https://tinyurl.com/y2po6zc2>).

¹⁰ Jornal Extra, 02/04/2017 - Estado não recebe cadernetas de vacinação do governo federal desde maio de 2016 (<https://tinyurl.com/yyl5tn37>), acesso em 19 jul. 2019.

FIGURA 11 – Caderneta de Saúde da Criança versão simplificada – menina, distribuída pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/caderneta-da-criana-verso-simplificada-para-meninas-prefeitura-do-rio-de-janeiro>, acesso em 23 mar. 2019.

Essa situação é como se, ao longo dos últimos quatro anos, houvesse um retorno em relação ao que se avançou em quase três décadas na concepção de um potente instrumento de vigilância em saúde infantil. O que a SMS-RJ chama de Caderneta de Saúde da Criança versão simplificada, em termos estruturais, se assemelha bastante ao primeiro Cartão da Criança, concebido em 1984. Em termos de proposta, parece pior, pois não tem o escopo de informar algo às famílias e ainda reduz o tempo possível de acompanhamento, já que os registros abarcam somente o primeiro ano de vida da criança.

A CSC tem, antes de tudo, uma função educativa às famílias e aos cuidadores das crianças, rompendo com o tradicional discurso que atribui os insucessos na puericultura às mães que, por ignorância ou negligência, não seguiram as orientações do pediatra (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

Portanto, no SUS, há estratégias para o acompanhamento longitudinal dos bebês, sendo esse um mandato da atenção básica. Uma problemática, porém, se impõe quando, à despeito da política de atenção básica consolidada em 2011, novas legislações parecem desconsiderar tais estratégias.

A atual cena brasileira parece caminhar na direção do resgate da aliança entre proteção e governo de condutas (NASCIMENTO, 2012), e de retomada da agenda neoliberal. Sustenta essa tese, a revisão de diretrizes operada pela portaria 2.436/17 do MS (BRASIL, 2017e), que aprovou uma “nova” Política Nacional de Atenção Básica flexibilizando a composição das equipes da ESF e os formatos de organização e financiamento da atenção básica. Na opinião de especialistas, essa “nova” política implica no enfraquecimento da ESF como modo de organização da atenção primária à saúde (ANTUNES, 2017; ROSA, 2017).

O Ministério da Saúde destaca a CSC como o instrumento privilegiado para o acompanhamento, a promoção e a vigilância em saúde infantil (BRASIL, 2012). Seu acesso é universal e os problemas que porventura existam não se referem ao instrumento, mas ao próprio sistema brasileiro de saúde que sofre com o subfinanciamento por parte do Estado.

No início da década de 1990, pouco depois da implantação do SUS, Carvalho (1993, p. 15) já apontava “os reais componentes do caos na saúde”. Parece que ele previa que dali a 23 anos a Emenda Constitucional nº 95 (BRASIL, 2016b) seria aprovada em cenário de crises política e econômica, com aumento do desemprego e da pobreza, e trazia, como saída, fazer cumprir a lei e implantar o SUS para fazer frente aos agravamentos em saúde.

O SUS foi uma conquista do movimento da Reforma Sanitária, impulsionado pela sociedade civil, para a garantia da saúde como direito fundamental. Há problemas, calcados especialmente na fragmentação e na desigualdade do sistema de proteção social do Estado brasileiro (PAIM et al., 2011), mas, também há muitos avanços.

Nesse sentido, considerando que no Brasil há cerca de 20 milhões de crianças (IBGE, 2016) na faixa etária compreendida como primeira infância (0 a 6 anos), cuidar delas impõe o trabalho de considerar cada uma em sua singularidade existencial, acompanhando o seu desenvolvimento integral.

CAPÍTULO III – DESENVOLVIMENTO INFANTIL E SUAS PERSPECTIVAS NA SEARA DA SAÚDE PÚBLICA

Resumindo, desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. (OPAS, 2005, p.11)

As sucessivas alterações e aperfeiçoamentos, ao longo de mais de uma década, tornaram a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) um instrumento essencial de vigilância à saúde da criança ao adotar, como estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos, a ampliação dos registros das ações de acompanhamento e das orientações às famílias (ALMEIDA, 2016).

Quando se fala em crescimento, é mais claro que se está referindo aos aspectos físicos do corpo da criança, peso e estatura, cujos dados devem ser aferidos, preenchidos na CSC e discutidos com as famílias, em especial suas situações nos gráficos de acompanhamento periódico. Por meio desses registros é possível vigiar e conhecer aspectos importantes da saúde da criança. A avaliação do crescimento infantil deve se dar de forma contínua e a imprecisão das informações pode significar a perda de oportunidade para uma intervenção preventiva, por exemplo.

Embora as pesquisas indiquem que os profissionais de saúde, em geral, privilegiam o preenchimento dos aspectos do crescimento em relação aos do desenvolvimento, alguns estudos revelam que há falhas nos preenchimentos dos gráficos relacionados ao crescimento e nas orientações que deveriam ser dadas às famílias (LIMA et al., 2016).

Ainda que o desenvolvimento também seja parte do processo de vigilância à saúde, “ao contrário do crescimento, [ele] pode ser difícil de medir ou avaliar”, e essa dificuldade está expressa na “sua definição como ‘o processo de mudanças mediante o qual a criança alcança maior complexidade em seus movimentos, pensamentos, emoções e relações com os

outros” (OPAS, 2005, p. 13). E mesmo sendo instrumento de comunicação e educação na promoção da saúde infantil, a CSC não conceitua o que vem a ser desenvolvimento infantil por dois motivos essenciais: (1) não é um conceito simples; e, (2) varia conforme o referencial teórico adotado e os aspectos abordados.

Para a pediatria, desenvolvimento é o aumento da capacidade de se realizar funções cada vez mais complexas; a neuropediatria entende desenvolvimento como a maturação do sistema nervoso central; na psicologia, consoante a abordagem escolhida, desenvolvimento pode estar relacionado aos aspectos cognitivos, de inteligência, adaptação ou de relação consigo, com as outras pessoas e com o meio ambiente; na psicanálise, por sua vez, a ênfase poderá estar na relação com os outros e na constituição do psiquismo (ibid.).

No SUS, a estratégia de vigilância em saúde destaca a importância do cuidado longitudinal que abrange desde as ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos até a atenção aos doentes (ALMEIDA, 2016). A vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da atenção primária foi proposta, mirando o horizonte da cobertura universal (OMS, 2005), de modo a também dar destaque à percepção dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos. Segundo documento da OPAS (2005), há consenso na literatura de que os pais são bons observadores e detectores rigorosos das deficiências observadas em seus filhos, mostrando alta sensibilidade e valor preditivo na detecção de problemas.

No âmbito da primeira infância, o instrumento que compõe a CSC tem foco nos três primeiros anos de vida e se apresenta dividido em dois períodos da vida: de zero a 12 meses e de 12 meses a 3 anos. As instruções para seu uso indicam que o profissional deve identificar a presença ou não de certas habilidades nos bebês, as quais indicariam se os aspectos do desenvolvimento esperados foram atingidos.

Quando a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) se apresentou como um diferencial frente a outras iniciativas da área de promoção da saúde para construir as bases do que resultou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015), seus pesquisadores pretenderam, de maneira inovadora em termos de política pública, colocar em cena a multifatorialidade e a multideterminação existentes entre os momentos iniciais da vida e os padrões de crescimento e desenvolvimento que vão tomando forma na inter-relação entre indivíduo e ambiente (PENELLO et al., 2011; PITOMBO; MAIA; ROSARIO, 2014).

Por essa razão, a CSC também faz menção aos aspectos relacionais do desenvolvimento, destacando a importância do afeto e da convivência social, sugerindo atividades de estímulo e alertando para a importância da conversa com um profissional de saúde quando há dúvida ou ansiedade quanto ao desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2018c).

Em outras palavras, isso equivale a dizer que há aspectos subjetivos que não são verificados de maneira objetiva, dependem de vínculo e confiança para que apareçam, e são decisivos para o desenvolvimento integral da criança. Tratam-se de questões de saúde mental sobre as quais os profissionais da atenção básica há muito afirmam sua dificuldade em identificar, abordar, acompanhar e/ou tratar (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Gryschek e Pinto (2015), em revisão de literatura que buscou compreender como a saúde mental se insere na rotina dos cuidados oferecidos pela ESF, apontam que as equipes nem sempre sabem como lidar com a demanda em razão, principalmente, de os profissionais se sentirem despreparados ou com receio de lidar com situações difíceis, o que resulta na manutenção da lógica assistencialista e medicalizada. Ademais, concluem afirmando a importância da cooperação entre atenção básica e o campo da saúde mental como estratégia de superação dessas limitações.

Quando se fala em puericultura, cujo surgimento esteve bastante atrelado à regulação das práticas de cuidado e higiene infantil, e que, atualmente, ainda não conta com o devido reconhecimento popular de sua importância, as dificuldades dos profissionais parecem tomar maior proporção: somam-se as questões controversas acerca do entendimento sobre o que seja desenvolvimento psíquico e as limitações das equipes da ESF em lidar com as questões de saúde mental.

A noção de desenvolvimento psíquico não encontra, na literatura e nos diferentes campos de debate, um pilar de sustentação que permita uma única afirmação do que possa significar. No campo da SMCA, por exemplo, é pouquíssimo trabalhada, pois é como se a afirmação da subjetividade de uma criança desse conta, por si só, de abarcá-la.

Para fins do presente estudo, o desenvolvimento psíquico será tomado como tendo direta articulação com os aspectos relacionais que envolvem cuidadores e bebês, os quais, na CSC, estão traduzidos, por exemplo, como resposta ativa ao contato social, possibilidade de brincar de esconde-achou e na capacidade de imitar gestos ou de brincar com outras crianças. Contam para isso, outros apontamentos presentes na Caderneta, como os de que a amamentação favorece a intimidade entre a mãe e o bebê, de que conversa e atenção são

importantes desde os primeiros momentos de vida, que demonstrações de afeto e aconchegos oferecidos favorecem o vínculo e a confiança.

Tais apontamentos contêm em si muito do que Winnicott¹¹ escreveu ao se dedicar ao tema da constituição subjetiva. Para ele, esse é um processo complexo, que abrange uma ampla variedade de aspectos sociais e subjetivos que se apoiam na relação entre o bebê e o outro que dele cuida (VIEIRA, 2010). Se algo não vai bem, a aposta é de que uma intervenção sobre algum desses atores (bebê ou mãe/cuidador) pode incidir na relação e ajudar na superação de eventuais entraves.

O aforismo winnicottiano de que o “bebê é uma coisa que não existe” (WINNICOTT, 1952/1988, p. 208) revela que a primeira fase da vida humana é, essencialmente, um período de relação entre um ser humano em desenvolvimento e outro que dele cuida. Ao nascer, o bebê se encontra num estado de total dependência em relação ao mundo, sua sobrevivência e possibilidade de desenvolvimento dependem da garantia de condições proporcionadas pela figura materna, entendida como aquela pessoa que desempenha o papel de cuidado, não sendo, necessária e propriamente, a mãe.

Contudo, as necessidades básicas de sobrevivência e desenvolvimento extrapolam as urgências orgânicas: “é preciso dizer que o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro (...), o cuidado físico é um cuidado psicológico” (WINNICOTT, 1990, p. 136).

A experiência de Winnicott como pediatra lhe permitiu identificar que há algo que, por meio dos cuidados físicos, incide sobre o desenvolvimento psíquico, por isso ele se dedicou à “tarefa de evidenciar uma importância na amamentação, no contato físico e na atenção materna, apenas como exemplos, uma porção que vai muito além de sua operacionalidade (VIEIRA, 2010, p.47).

Ao cuidar do bebê, a mãe (ou, repete-se, qualquer outro cuidador) oferece sentido aos variados estímulos que chegam pela primeira vez ao seu corpo. Trata-se de uma espécie de operação de recobrimento de sentidos que, pouco a pouco, lhe permite compreender o que compõem seu corpo, reconhecer e demandar cuidados, comunicando-se ativamente.

Ou seja, há algo no cuidado físico que ultrapassa a simples operacionalidade mecânica e constitui trocas ativas, que se dão no contato da pele, na relação dos olhares, nas

¹¹ Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi um médico inglês que, após mais de 40 anos exercendo a pediatria, especializou-se em psicanálise de crianças e concentrou seus estudos nos processos maturacionais.

trocas sonoras. Por meio delas, um ser todo indiferenciado em relação ao mundo vai, paulatinamente, adquirindo meios para reconhecer uma externalidade em relação a si e, com ela, passar a se comunicar. Esse processo pode, muitas vezes, ser angustiante, pois, como o pedido do bebê não chega em forma de palavras, a resposta oferecida nem sempre é a esperada, e o choro pode se prolongar, o desconforto, não cessar e a demanda, continuar.

O acesso a esses aspectos subjetivos do desenvolvimento não é trivial e demanda uma postura ativa dos profissionais de saúde, pois pequenas nuances podem, às vezes, se manifestar por gestos ou comentários descompromissados durante as consultas.

O entendimento desses aspectos relacionais, traduzidos na CSC como marcos do desenvolvimento e tomados como indicativos de que o bebê está crescendo e se desenvolvendo conforme o esperado, é fundamental para esta pesquisa, pois indica o modo como a atenção psicossocial pode, em colaboração com a atenção básica, contribuir para ampliar o espectro do acompanhamento longitudinal dos bebês e qualificar o cuidado a fim de superar a desarticulação dos campos e evitar riscos de medicalização e patologização da infância.

Tendo isso em mente, o item a seguir abordará o (des)caminho da Lei 13.438/17, que não considera a longitudinalidade do acompanhamento e atravessa o processo da vigilância do desenvolvimento com uma proposta transversal e descontextualizada, pretendendo, como se possível fosse, *detecção de risco para o desenvolvimento psíquico* (daqui em diante, embora discordando da expressão, ela será utilizada como está na lei e grafada em itálico para esse destaque).

3.1 O (des)caminho da Lei 13.438/17

O Brasil avançou bastante em termos de construção de políticas públicas voltadas ao cuidado da primeira infância e suas vicissitudes. Sua execução pode não ter ocorrido a contento, mas seus resultados se refletiram, especialmente entre os anos de 1990 e 2015, quando o país ampliou a cobertura populacional da atenção básica e houve diminuição significativa da MI (CECCON et al., 2014).

Os achados epidemiológicos em saúde estão diretamente ligadas a determinantes sociais, tanto é que, em 2016, com o congelamento dos investimentos públicos em saúde e educação (BRASIL, 2016b), o país já registrou um aumento na taxa de MI (IBGE, 2018).

Embora o discurso oficial do governo atribua esse aumento à epidemia do vírus Zika e a crise financeira que repercutiu na diminuição da taxa de cobertura dos planos privados de saúde, sabe-se que os cortes nos investimentos sociais e o contingenciamento dos recursos destinado ao SUS são fatores que contribuíram diretamente para o aumento da mortalidade (COFEN, 2018; BRASIL, 2018b).

O quadro que se apresentou a partir do ano de 2016 é reflexo da fratura da experiência democrática brasileira quando, por meio de um golpe jurídico-parlamentar, houve o impedimento da presidente Dilma Rousseff e as instituições mínimas da democracia deixaram de operar em conformidade com seus mandatos públicos (MIGUEL, 2016; LÖWY, 2016).

O MLPI foi uma das últimas legislações sancionadas pela presidente Dilma. Em sequência ao golpe, um contexto não democrático abriu espaço para posturas políticas ultrajantes como a que levou à sanção da Lei 13.438, em 26 de abril de 2017, menos de um ano após o golpe.

Esta lei se destaca para o presente estudo porque incide diretamente sobre o cuidado em saúde dos bebês no âmbito do SUS. Ao acrescentar o parágrafo 5º ao artigo 14 do ECA para tornar “obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico”, ela vai na contramão das políticas públicas construídas até 2016.

A obrigatoriedade imposta pela letra da lei gerou intenso debate entre estudiosos, pesquisadores e ativistas do campo da primeira infância, que se dividiram, basicamente, entre os que apoiaram e aderiram à proposição, e aqueles que se opuseram, e ainda se opõem, a ela, tecendo importantes críticas e ressaltando os retrocessos que o texto legal impõe ao cenário da saúde pública brasileira. Situo-me nesse segundo grupo.

Dentre os graves problemas que vieram a consorte da Lei 13.438/17, destacam-se:

- a desconsideração das políticas públicas voltadas para a primeira infância e do uso da CSC como o principal instrumento para o fim de acompanhamento longitudinal;
- a utilização da noção de risco, e sua associação a doença e promessa de cuidado;
- a equiparação de todos os bebês brasileiros em desconsideração às diferenças regionais e culturais;

- a falta de debate público;
- a aprovação sem o referendo do Ministério da Saúde;
- o protagonismo político e as motivações privadas dos proponentes; e,
- o uso da expressão “risco para o desenvolvimento psíquico”, que gera dúvidas e muita controvérsia.

Por um lado, a Lei 13.438/17 recebeu importante adesão porque, aparentemente, responde e apresenta uma proposta à preocupação de que, o quanto antes um sinal de sofrimento psíquico ou problema no desenvolvimento infantil for detectado, maiores serão as chances de intervenção precoce e eficaz reversão do problema. É sabido que muitos profissionais, quando se deparam com alguma queixa familiar de estranhamento quanto ao desenvolvimento do seu bebê, por exemplo, respondem com a proposta de que se deixe o tempo passar e aguarde para futura reavaliação. A proposição dessa lei poria um fim no adiamento dessa avaliação e diagnóstico e responderia rapidamente à angústia dos familiares, segundo seus defensores (JERUSALINSKY, 2018), inclusive com a adoção de um instrumento específico para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico em bebês de até 18 meses (MARIOTTO; PESARO, 2018).

Outro argumento importante que gerou adesão ao aditamento proposto por essa lei é o da prevenção, pois, segundo seus apoiadores, não se deve aguardar diagnósticos conclusivos para intervir no contexto de desenvolvimento psíquico das crianças (MACHADO, 2018) e nem descartar as eventuais regularidades apontadas pelas evidências (KUPFER; BERNADINO, 2018).

O estranhamento e crítica aguda, por outro lado, baseiam-se em diferentes razões, começando pela discordância quanto à obrigatoriedade de submissão a protocolo, ou outro instrumento, para *deteção de risco para o seu desenvolvimento psíquico*, uma vez que já há, no SUS, orientações e normativas da área da saúde da criança e da saúde mental em vigor (BRASIL, 2012; 2013), sendo, portanto, desnecessária a aprovação de uma norma cuja eficácia depende de regulamentação.

Os opositores da Lei 13.438/17 afirmam que a ideia de *risco psíquico* é imperativa, equivocada, problemática e silente: a) imperativa, porque supõe a inclusão de todas as crianças brasileiras num mesmo padrão de avaliação, desconsiderando quaisquer diferenças culturais e territoriais que incidem no desenvolvimento e seus agravos; b) equivocada, ao se sustentar na

falsa garantia de que detecção precoce significa acesso aos devidos cuidados e atenção em saúde; c) problemática, por tomar a noção de risco como indicador de cuidado e incorrer no perigo de patologização da infância; e, d) silente, quanto à concepção de saúde sobre a qual se baseia, parecendo indicar que segue a perspectiva biomédica que a equivale a ausência de doença, desconsiderando os determinantes sociais da saúde.

A sutileza e complexidade dos diagnósticos na primeira infância, especialmente pelas pluralidades possíveis nessa fase da vida, exige o afastamento de qualquer ingenuidade e generalidade discursiva, pois pode facilmente levar a um sentido oposto ao de cuidado e garantia de direitos. Não é possível supor que todos os bebês nascidos num país de proporção continental, altamente miscigenado, com diferenças culturais regionais bastante marcantes, sejam iguais em suas manifestações a fim de tornar possível a utilização de um mesmo padrão de testagem para a *detecção de risco para o seu desenvolvimento psíquico*.

A obrigatoriedade registrada pela lei contém, de certo modo, uma resposta ao furor ordenador de uma importante parcela da população brasileira que, atravessada pelo individualismo competitivo e sem referenciais sociais e econômicos sólidos, enfatiza a individualidade bem-sucedida e acredita que a ordenação da realidade é capaz de prevenir o inesperado e evitar o que poderia ocorrer (CHAUI, 2016). A polarização entre a classe popular, carente, e a classe dominante, privilegiada, ficou evidenciada nas manifestações de rua ocorridas em 2013 e 2016, e esteve entre as contradições que possibilitaram o golpe; contexto que permitiu, entre tudo, que a tramitação da Lei 13.438/17 na Câmara dos Deputados ocorresse apartada da discussão com a comunidade científica e a sociedade civil organizada.

Este é outro ponto que causa estranheza. O projeto de lei (PL) que culminou nessa norma foi proposto no Senado Federal, em 2011, pela Senadora Ângela Portela (PT-RR). Tramitou e foi aprovado no ano de 2013 a despeito da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde ter manifestado posição contrária, reafirmando os instrumentos já existentes, como a CSC, e a importância do acompanhamento em consultas de puericultura (BRASIL, 2011g).

Encaminhado à Câmara dos Deputados ainda em 2013, o projeto acabou apensado a outros dois, os quais, juntos, receberam três diferentes pareceres, dois pela aprovação com substitutivo e outro pela rejeição. Ocorre que, em março de 2017, quando os projetos estavam na Comissão de Constituição e Justiça, o Deputado Delegado Francischini atropelou a tramitação e requereu desapensação e urgência para apreciação imediata. Seus requerimentos

foram deferidos e, durante discussão em turno único no Plenário da Câmara, o Delegado abriu seu discurso pontuando falar a partir do seu lugar de “pai de uma criança autista”, que desejava a aprovação de um projeto que “prevê a adoção de um protocolo pelo SUS para detecção precoce de doenças psíquicas”, tornando “obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde de um protocolo que estabeleça padrões para avaliação de risco para o desenvolvimento de doenças psíquicas para crianças” (BRASIL, 2017b, p. 168).

Seu voto e os da grande maioria dos deputados federais, os quais seguiram o mesmo posicionamento, fizeram menção à proposta como se ela tratasse basicamente de protocolo para detecção de autismo, confundindo claramente o conteúdo da matéria e indicando que *risco psíquico*, doença psíquica e autismo poderiam ser a mesma coisa.

O atropelo do Delegado pôs fim às discussões que vinham sendo realizadas nas Comissões da Câmara dos Deputados. Nestas, o relatório do Deputado Dr. Rosinha (PT-PR), médico que atuou entre o final dos anos 1970 e grande parte dos anos 1980 em unidades de saúde da periferia da capital paranaense, tem especial destaque por indicar a rejeição dos três PLs apensados ao considerar que as sugestões neles apresentadas já estavam contempladas no ordenamento jurídico vigente e entender, por já existirem “protocolos clínicos e terapêuticos para a quase totalidade das moléstias conhecidas pelo homem”, ser “incabível ao Direito dizer à Medicina que ela deve definir procedimentos para atendimento dos pacientes, pois tal definição é consequência lógica da própria ciência” (BRASIL, 2014c, p. 4).

O relatório do Dr. Rosinha é importante por marcar a separação dos campos do Direito e da Medicina, pois se vive, atualmente, um momento em que políticos buscam normatizar “temas estranhos ao mundo legislativo” e estabelecer “o quê e como profissionais da saúde e da educação devem fazer” (MOYSÉS; COLLARES, 2019, p. 23).

Ainda em 2017, mais uma vez a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde se manifestou contrária à aprovação do PL e emitiu extenso parecer ratificando a Caderneta de Saúde da Criança como ferramenta prioritária de acompanhamento da saúde infantil (BRASIL, 2017f).

O fato é que a sanção presidencial ocorreu e foi referendada pelos então Ministérios dos Direitos Humanos e da Justiça e Segurança Pública. Ministérios recém-criados pelo governo interino, sendo o primeiro um desmembramento do segundo, num contexto de vários impasses e crises enfrentadas pelo presidente em exercício após o golpe (AMARAL, 2017).

Pois bem, toda a conjuntura era de uma ligação estreita da matéria da Lei 13.438/17 com o setor judiciário, e uma ausência do campo da saúde. Prevista para entrar em vigor após seis meses, carecendo de regulamentação, iniciou-se uma tentativa dos setores mais progressistas ligados aos direitos humanos e às pesquisas em saúde e saúde mental de barrá-la.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde organizou uma reunião com o objetivo de discutir os impactos da matéria e alinhar consensos. Participaram representantes de diferentes coordenadorias e departamentos dos Ministérios da Saúde e da Educação, além de diversas instituições, universidades, entidades de classe e sociedades científicas, quando chegaram à conclusão de que a previsão da lei sancionada em abril já estava contemplada pela atenção básica realizada pelo SUS, cujo instrumento de vigilância é a Caderneta de Saúde da Criança, sendo, portanto, desnecessárias outras normativas regulamentares. Ao todo foram produzidos seis pontos de consenso, com a defesa de expansão das Redes de Atenção à Saúde e de ampliação e fortalecimento de estratégias intersetoriais, colaborativas, para comunicação e difusão sobre a importância do desenvolvimento na primeira infância e os riscos de medicalização e patologização das crianças (BRASIL, 2017d).

Em outubro de 2017, durante Audiência Pública sobre “Políticas públicas voltadas à saúde mental e à luta antimanicomial”, o Conselho Federal de Psicologia criticou e rejeitou com veemência a Lei 13.438/17 (CFP, 2017). Em consonância, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, por meio de nota técnica, sugeriu a revogação (CONANDA, 2017) e o Ministério Público Federal recomendou que ela não fosse regulamentada (BRASIL, 2018a).

A Política Nacional de Atenção Básica consolidada em 2011, resultado de um processo de interiorização do SUS e de tomada de cuidado da família como estratégia prioritária para expansão das ações de saúde, tem provado a cada ano o acerto que é a regionalização do atendimento em saúde ao permitir que o cuidado considere as especificidades locais e integre os conhecimentos da tradição popular de cada região.

Da mesma forma, o campo da atenção psicossocial no Brasil, cujo patamar de institucionalidade foi alicerçado com a Lei 10.216/01, vinha impactando positivamente a oferta e qualificação do cuidado em saúde mental, através de significativa expansão da rede comunitária entre os anos de 2001-2014 (DELGADO et al., 2015), cujos princípios são o cuidado em liberdade, a intersetorialidade e a integralidade das ações.

Então, se considerados o contexto político brasileiro após o golpe jurídico-parlamentar de 2016 e a ausência de discussão com a comunidade de profissionais e pesquisadores do campo e com a sociedade civil organizada, a aprovação, em caráter de urgência e sem o referendo do Ministério da Saúde, de uma lei que tramitava há mais de cinco anos e gera notório impacto e repercussão na saúde pública, é no mínimo estranha e contradiz os princípios democráticos relacionados à aprovação de matéria que incide diretamente sobre o conjunto da população, no caso, a população dos bebês brasileiros (MASCARENHAS et al., 2017).

Outra controvérsia gerada pela Lei 13.438/17 é a confusão criada no imaginário popular entre *risco para o desenvolvimento psíquico* e autismo, o que dá sinais dos equívocos que essa expressão pode gerar, sendo bastante grave num contexto de epidemia diagnóstica¹² (OMS, 2017).

Após a sanção legal, inúmeros são os textos publicados na internet¹³ que confundem os termos. E mais, diversos cursos passaram a ser oferecidos pelo país e muitos livros foram publicados, revelando que a lei também criou um nicho de mercado bastante lucrativo.

É importante assinalar que a vertente dos que defenderam a aprovação da lei é formada tanto por profissionais da saúde e ativistas de associação de familiares que pautam o debate a partir de paradigmas biomédicos, quanto por um grupo de psicanalistas que se valeu

¹² Segundo a OMS (2017), estima-se que, em todo o mundo, uma em cada 160 crianças recebeu o diagnóstico de autismo e, por isso, esteve sujeita à estigmatização, discriminação e violações de direitos.

¹³ Alguns exemplos de textos publicados na internet que confundem “risco para o desenvolvimento psíquico” e “autismo”:

- Novo protocolo obriga a detecção de autismo até 18 meses de vida (<https://www.segurancadopaciente.com.br/protocolo-diretrizes/novo-protocolo-obriga-a-deteccao-de-autismo-ate-18-meses-de-vida/>);
- Semana de Conscientização do Autismo: quais direitos do Autista? (<https://neurosaber.com.br/semana-de-conscientizacao-do-autismo-quais-direitos-do-autista/>);
- Lei do Autismo - Nova lei torna obrigatória a adoção de protocolo médico para identificar autismo em crianças até os 18 meses (<https://www.guiadobebe.com.br/lei-do-autismo/>);
- Saiba sobre triagem infantil para autismo (https://institutopensi.org.br/blog-saude-infantil/saiba-sobre-triagem-infantil-para-autismo/?utm_source=referral&utm_campaign=blog&utm_content=artigo);
- Sancionada lei que obriga o SUS a adotar protocolos para avaliação psíquica de crianças e adolescentes (<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sancionada-lei-que-obriga-triagem-para-detectar-autismo-um-tema-abordado-em-documento-recente-da-sbp/>);
- Triagem precoce de bebês com risco para autismo pela grade PREAUT: detalhes sobre metodologias que podem ajudar a diagnosticar precocemente o transtorno do espectro autista (<https://www.portalped.com.br/especialidades-da-pediatria/neurologia/triagem-precoce-de-bebes-com-risco-para-autismo-pela-grade-preaut/>).

da noção de desenvolvimento psíquico, tão complexa e pouco consensuada, e anunciou um protocolo como a esperança para o acesso a diagnóstico e intervenção precoces (LUGON; ANDRADA, 2019).

Esse tipo de aliança política só é possível num estado de decadência democrática, como o que se encontra o Brasil.

Chama a atenção o fato de serem esses psicanalistas, também, aqueles que compõem uma grande rede de pesquisa que desenvolveu o protocolo IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para Desenvolvimento Infantil. Ao afirmar a aplicação de instrumento até os 18 meses de idade do bebê, o texto legal não explicitou um protocolo específico, mas, no cenário brasileiro à época, o único instrumento de detecção de risco com esse recorte etário (até 18 meses) era o IRDI (KUPFER et al., 2010; WILES et al., 2017), sugerindo algo mais do que mera coincidência. Reforça esta tese o fato de a Senadora Ângela Portela (PT-RR), autora do PL, ter sugerido a adoção do IRDI na justificativa de sua proposta (BRASIL, 2011f).

Além dos psicanalistas defensores do protocolo IRDI, outros grupos de pesquisa passaram a disseminar e defender a utilização dos seus instrumentos, dentre eles, mais notoriamente, a escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), baseada em uma perspectiva mais positivista e comportamental, com objetivo de rastreamento para identificação precoce de autismo a partir de 23 questões objetivas respondidas pelos pais ou cuidadores (LOSAPIO; PONDÉ, 2008), e os Sinais PREAUT (*Programme de Recherche et Évaluation de Autisme*), os quais, propostos por outro grupo de psicanalistas, avaliam o bebê a partir da observação de sua capacidade de se engajar espontaneamente em interações sincronizadas e prazerosas com sua mãe (CRESPIN; PARLATO-OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA; PARLATO-OLIVEIRA, 2017) e seriam capazes de demonstrar inclusive, segundo Hoogstraten, Souza e Moraes (2018, p7), “sinais de risco psíquico não-autísticos”.

A apropriação mercadológica dessa enorme confusão chegou ao ponto de se oferecer “Triagem para identificação de características do autismo” em totem¹⁴ instalado num shopping.

¹⁴ O totem foi instalado em frente ao teatro em que a empresa responsável realizou um evento, em julho de 2017, denominado “Transtornos do Espectro Autista – I Seminário Internacional Self”. A divulgação nas redes sociais afirmava: “Diagnóstico precoce é nossa maior responsabilidade nos Transtornos do Espectro Autista, pois é um fator determinante no prognóstico. Crianças diagnosticadas cedo podem iniciar a intervenção ainda pequenas e tem a maior probabilidade de redução de sintomas e consequentemente um bom desenvolvimento. Este é o maior desafio. Nesta semana em que a revista Veja contribuiu com uma reportagem sobre o assunto, em Curitiba acontece o I Seminário Internacional Self sobre os Transtornos do Espectro Autista. De terça a sexta-feira os curitibanos poderão responder o m-chat, triagem que indica crianças com riscos para transtornos sociais e do

O mais grave, outrossim, é que todo esse panorama se assenta na noção de risco como um indicador de cuidado e na falsa garantia de que detecção precoce significa acesso, cujos efeitos podem ser o de um alastramento de diagnósticos infundados. Para onde seriam encaminhados e tratados todos os bebês que recebessem algum diagnóstico? No caso do totem no shopping, muito provavelmente para os consultórios da empresa promotora da ação/evento.

Todas as confusões são benéficas ao grande capital e atendem aos anseios daqueles que, com interesses privados, tramaram desde a propositura até a aprovação e sanção da lei. Lugon e Andrada (2019), retomando o conceito de economia política da esperança, apresentam e discutem os contextos de produção e circulação da proposição legal, revelando uma sincronicidade temporal e semântica, mas também política e econômica, no sentido colocado para a Lei 13.438/17 como uma norma que garantisse a detecção e prevenção do autismo, posto que ela é decorrente de um processo particular e contextual, e não de um consenso científico e democrático.

Diagnósticos que dizem respeito a questões psíquicas não podem prescindir da realidade clínica que toma em consideração o sujeito, seu contexto e história de vida. Os protocolos acima mencionados têm validade e aplicabilidade, e advogam para si rigor metodológico, todavia, não podem ser tomados como único meio de diagnosticar algo que é tão amplo e questionável como o que, em tese, pode ser expresso pela expressão *risco para o desenvolvimento psíquico*.

O IRDI, por exemplo, foi uma iniciativa nascida da preocupação com o negligenciamento quanto à atenção ao desenvolvimento infantil, buscando articulá-lo ao crescimento e à formação da subjetividade da criança. Atendendo uma convocação do MS no ano de 1998, formou-se o Grupo Nacional de Pesquisa (GNP) que desenvolveu, sob o referencial psicanalítico, uma investigação em âmbito nacional dos então chamados indicadores de risco do desenvolvimento infantil (KUPFER; BERNADINO, 2018).

Infante (2019, p. 41) afirma que lhe parece que os membros do GNP estavam unanimemente avisados dos “riscos e inevitáveis mal-entendidos que poderia comportar tal

espectro autista, num totem instalado em frente ao teatro Fernanda Montenegro no Shopping Novo Batel, que será corrigido gratuitamente por profissionais especializados, com o resultado entregue individualmente aos pais em até dez dias. Esta é uma contribuição da Clínica Self e do Self Center Espaço Terapêutico à sociedade.”. A divulgação do evento está disponível em: <http://selfcenter.com.br/eventos/seminario-internacional-self/>; ou nas redes sociais, Facebook (<https://www.facebook.com/selfcenterclinica/photos/a.308033452667339/980678805402797/?type=3&theater>) e Instagram (https://www.instagram.com/p/BW_unpalk9t/). Acessos em: 18 nov. 2019.

pesquisa” e se preocupavam com “o risco de inventar instrumentos que de alguma forma estivessem a serviço da medicalização da primeira infância”.

Desse modo, a crítica é quanto ao risco de estigmatização e medicalização da criança a partir da compulsoriedade de aplicação de protocolos que sugeririam, ou afirmariam, algum diagnóstico a partir, simplesmente, da descrição de um estado, desconsiderando os diferentes sentidos que indicadores podem adquirir consoante cada caso singular.

A contrariedade à lei marca, ainda, uma oposição às instâncias que atualmente incidem no campo da saúde mental de maneira quase generalizada e com alcance globalizado (ibid.), as quais tomam a saúde mental a partir de um referencial estritamente neurobiológico ou genético, fomentam os interesses da indústria farmacêutica, inclusive com a produção de novas síndromes, e alimentam o discurso capitalista por meio da produção de modos de subjetividade ligados ao consumo e à individualidade competitiva.

3.2 Afinal, o que viria a ser *detecção de risco para o desenvolvimento psíquico*?

Se entendemos que a questão do desenvolvimento está diretamente ligada a inter-relação do bebê com as outras pessoas e os objetos que o cercam, o que seria *detecção de risco para o desenvolvimento psíquico*?

Essa expressão, contida na Lei 13.438/17, tem problemas e é motivo de muita confusão. A ideia de risco é bastante comum na medicina e tem origem, segundo Schlich (2004), no final do século XVIII, quando matemática e métodos quantitativos passaram a ser utilizados com o fim de se evitar as incertezas nos diagnósticos clínicos. Segundo o autor, a emergência dessa ideia se deu em contexto econômico, referida ao perigo de perda de dinheiro nos negócios, estando, no mercado de seguros de vida, sua mais recente ligação com as questões de saúde.

Baseadas em tabelas de mortalidade, as companhias de seguro construíram uma quantificação do risco estatístico de morte para o seu mercado. Na medicina contemporânea, o fator risco emergiu entre os anos 1950 e 1960, quando a noção de probabilidade passou a ser utilizada na epidemiologia de doenças crônicas, embora não houvesse consenso na literatura médica a respeito de quem, e sob que condições, adoeceria (ibid.).

Contudo, o risco na saúde diverge do risco no campo dos seguros. Enquanto neste a operação é pensada em níveis e inclui várias dimensões não médicas da vida, na saúde ela é tomada como dicotômica e frequentemente relacionada a fatores estritamente biomédicos, ou seja, alguém teria ou não risco para desenvolver certa doença (MASCARENHAS et al., 2017). A sutileza dessa operação, entretanto, esconde a relação que qualquer perigo em potencial tem com tudo o que o cerca e interage para focar apenas em aspectos selecionados, ocultando o fato de que riscos não são processos individuais, mas fenômenos sociais e relacionais, podendo ser majorados ou minorados conforme a aceitabilidade social, cultural e moral das atividades subjacentes (SCHLICH, 2004).

Os defensores da Lei 13.438/17 indicam confundir o que seria *risco para o desenvolvimento psíquico* com a ideia de sofrimento psíquico ou de adoecimento mental. Isso é um problema, e representa grande preocupação para os críticos da Lei, porque ao associar doença a fatores de risco o que se tem é uma demanda de intervenção sobre a doença ao invés do empreendimento de esforços e ações que interfiram nos seus fatores de risco (NORMAN; TESSER, 2009). Ou seja, “transformamos os sãos em sãos preocupados e, depois, em sãos estigmatizados e em pseudo-enfermos, com o que os deixamos indefesos ante os danos desnecessários, diários e extraordinários, previsíveis e imprevisíveis” (ibid., p. 2018).

Ao se deixar de cuidar dos fenômenos sociais e relacionais da vida, como, por exemplo, as condições sanitárias de um determinado lugar que podem gerar doenças relacionadas à falta de higiene, para intervir apenas no caso a caso de cada pessoa que contraiu uma doença porque tinha risco para tal ao viver naquelas condições, individualiza-se o problema. Tomada nesse sentido, a noção de risco exclui a dimensão coletiva dos processos de saúde e adoecimento, e aponta para uma individualização das questões.

Isso, de algum modo, explicaria a confusão entre *deteção de risco para o desenvolvimento psíquico* com deteção de autismo, por exemplo, que apareceu nos discursos dos parlamentares e está presente nas diversas mídias que abordam o assunto da Lei 13.438/17.

A expressão legal, na verdade, distorce a ideia de deteção de sinais de sofrimento psíquico, e a consequente criação de modos eficazes de intervenção a tempo, para fundi-la a uma postura preventivista irrestrita que busca saber se há a presença ou não de *risco para o desenvolvimento psíquico* em cada bebê. Mas, o que seria *deteção de risco para o desenvolvimento psíquico*?

Os pais e outros cuidadores sofrem ao se depararem com as dificuldades das pequenas crianças, e querem evitá-las. A possibilidade de uma precoce *deteção de risco* parece, à primeira vista, bastante tentadora, e sua aplicabilidade, indiscutível. Contudo, se, como afirmado, riscos não são processos individuais, mas fenômenos sociais e relacionais, não faz sentido buscar alguma forma de detecção no caso a caso. E mais, quando se fala em desenvolvimento psíquico, as questões se tornam muito mais complexas.

A popularização das ideias originadas dos estudos sobre as relações do bebê com seus cuidadores promoveu uma grande culpabilização dos pais em relação às dificuldades da criança. Contudo, hoje é possível afirmar que os adultos também sofrem com as dificuldades que seus bebês enfrentam (FERNANDES, 2012).

É inquestionável a importância do atendimento a alguém que apresenta algum sinal de sofrimento, não importando sua idade cronológica. Os bebês sofrem, e dada a dificuldade do cuidado de um ser que não se expressa por palavras, a manifestação do seu sofrimento, por meio de choros, gritos, gemidos e movimentos, pode ser angustiante para o adulto que a presencia (seja mãe, pai, outro cuidador ou profissional de saúde), visto que propõe uma espécie de enigma a ser desvendado.

Não se pode adiar o “atendimento de uma situação que se apresenta como perturbação ou dificuldade na constituição desses candidatos a sujeito”, mas também “não podemos sair procurando patologias em todos os lugares, em todas as crianças, podendo provocar não uma prevenção, mas uma ‘perversão’ precoce primária” (FERNANDES, 2012, p. 26).

A psicopatologia do bebê pode ser definida como “uma perturbação dos laços relacionais deste com quem dele cuida” (ibid., p. 25). Sua total dependência impõe ao adulto que se coloque em posição de cuidar e, neste sentido, se o adulto responsável pelo bebê estiver psíquica ou socialmente comprometido e não puder exercer o papel de cuidador de maneira satisfatória, ele também necessita de acompanhamento/ atendimento.

Winnicott (1990) afirmou que o desenvolvimento emocional de uma criança tem lugar desde o princípio e lança as fundações da saúde mental do indivíduo humano, não sendo possível ignorar tudo que ocorre a partir das primeiras horas de vida. Espera-se que a gestação tenha sido um tempo suficiente para que os adultos responsáveis pela criança, em especial os seus pais, tenham se preparado para recebê-la e fornecer-lhe aquilo que for necessário para sua sobrevivência.

Entretanto, é possível que não seja possível o fornecimento destas condições, sendo importante, nesses casos, contar com os profissionais de saúde para entender, tratar e ajudar a evitar que isso prejudique o desenvolvimento.

Por essa razão, “a patologia psíquica precoce é uma patologia das relações e suas vicissitudes” (FERNANDES, 2012, p. 25), pode se manifestar, por exemplo, em dificuldades para dormir, diminuição do apetite, vômitos, muitas cólicas, agitação, excesso de sono, apatia, choro constante, evitação do olhar do adulto, e com alguns ajustes é possível ser superada (ARRUDA, 2012).

A prevenção é uma obstinada demanda social revelada pelo dito popular do “mal a ser cortado pela raiz”. Ou seja, a ideia do quanto antes, o mais cedo possível se intervir sobre um problema, maiores as chances de superá-lo. Assim, nada mais antetempo que a primeira infância, sendo “evidente que a época certa para o tratamento de um tal distúrbio é a época mesma de seu início, ou um momento tão próximo desta quanto possível” (WINNICOTT, 1958/2018, p. 4).

Bernard Golse (*apud* FERNANDES, 2012) discute a necessidade de se separar as noções de prevenção e predição. Para o autor, predição é a tentativa de dar conta dos fenômenos, predizendo-os; por exemplo, a previsão do tempo, dizer se amanhã será ou não um dia ensolarado. Por outro lado, a prevenção não diz o que será o futuro, mas, ao propor uma intervenção que evitaria a ocorrência do inesperado, porta uma esperança de pronta ação contra o mal.

A proposta de vigilância em saúde infantil, com acompanhamento longitudinal do crescimento e desenvolvimento, trabalha na perspectiva preventivista quando, diante do indicativo de que algo não vai bem, como, por exemplo, a ausência de um marco do desenvolvimento ou, ainda, a perda ou a dificuldade em ganhar peso, o profissional de saúde adota conduta para ultrapassar o entrave.

Contudo, desde a expansão e regionalização do SUS no final do século XX e início do século XXI, a agenda política brasileira também apontou a necessidade de práticas inovadoras em saúde que passassem a se articular em torno da ideia de promoção da saúde – na atenção básica, temos a estratégia saúde da família; na atenção psicossocial, os CAPS. A ideia de ‘clínica ampliada’ foi incorporada, possibilitando a superação de práticas tradicionais baseadas no binômio queixa-conduta e o estabelecimento da autonomia dos indivíduos e da

comunidade como um de seus principais eixos (CAMPOS, 2003; 2006; ONOCKO-CAMPOS, 2006; CZERESNIA, 2003).

O paradigma da promoção da saúde demanda uma constante construção de políticas públicas intersetoriais que visem a produção e a potencialização da qualidade de vida das pessoas em todos os seus aspectos, alimentação, moradia, trabalho, renda, lazer, transporte, meio ambiente etc. E isso convoca a responsabilidade do Estado para com toda a coletividade, tomando a saúde como uma questão macroestrutural (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Ocorre que, em tempos de rarefação democrática e esgarçamento social, com uma guinada econômica neoliberal, propostas como a da Lei 13.438/17 rapidamente encontram amparo e defensores.

Quando a realidade contemporânea é tomada por uma “enxurrada de autistas” (ANDRADA, 2017, p. 98), quando o tema e a construção de marcos macropolíticos tomam grande visibilidade em veículos de mídia e em redes sociais, aguçando a percepção do imaginário social de uma epidemia em curso, nada mais esperado que familiares, ao se depararem com alguma dificuldade do bebê, e sem saber o que fazer, demandem respostas que possam predizer se ali há uma patologia em curso, ou, ao menos, evitar que uma possibilidade se concretize.

Segundo Tendlarz (2017), no século XXI, o autismo alcançou seu auge em termos de exposição midiática e diagnósticos, o que num contexto de biopolítica (GALLO, 2017) toma a forma da cientificidade, da rapidez e eficácia, e serve à lógica de mercado para a produção dos cidadãos alvos das ações de governo. Assim, o autismo se tornou uma questão social tão fervilhante a ponto de tomar o debate político a fim de se propor tratamentos padronizados, com regras gerais que desconsideram a singularidade, o caso a caso de cada sujeito (ANSERMET, 2017).

Neste sentido, a confusão entre autismo e *risco para o desenvolvimento psíquico* praticamente se fundiram na memória social. Como afirmado, o desenvolvimento psíquico de todo sujeito ocorre nas relações que ele estabelece, detectar algum risco passa, portanto, pela capacidade de enxergar que algo não vai bem na relação estabelecida entre o bebê e o mundo que o cerca. Todavia, não se pode tomar o risco como premissa de uma doença, e nem associar *detecção de risco* a cuidado.

Fernandes e Trad (2019, p. 59), em texto que discutem e repensam as noções de prevenção e promoção de saúde na primeira infância, defendendo o cuidado socialmente

contextualizado, afirmam duas necessidades fundamentais para o avanço das políticas de atenção à primeira infância: a separação das noções de risco e vulnerabilidade e a passagem de um “saber técnico” a um “saber técnico socialmente contextualizado”.

A primeira, que separa risco de vulnerabilidade, é baseada na ideia de que risco tem enfoque probabilístico e parte da ideia de um referencial ideal de normalidade, introjetando a ideia de que há algo capaz de prevenir os desvios; enquanto vulnerabilidade é um conceito que considera as circunstâncias, possibilitando a ampliação do olhar para as dimensões sociais, institucionais e individuais.

A segunda necessidade afirmada pelas autoras toma em consideração que todo saber construído sobre a primeira infância deve estar em relação com os contextos encontrados, ampliando o olhar técnico para além do determinismo sintomatológico. Isto é, comportamentos que, à primeira vista, se enquadrariam como sintomas ou manifestações patológicas, sob uma ótica socialmente contextualizada e mais sensível ao singular, podem exprimir modos específicos de uma criança ser, estar ou participar no mundo do qual faz parte.

Assim, a expressão *desenvolvimento psíquico* não é capaz de abarcar o que se entende por constituição subjetiva, a qual se dá nas relações que são construídas entre o bebê e os adultos que se colocam responsáveis por seu cuidado. Toda e qualquer dificuldade pode impor sofrimento, necessitando de uma ação específica que possibilite sua superação. Essa ação pode ser, por exemplo, de um outro adulto que colabore nos cuidados dispensados ou de um profissional sensível ao modo de cada criança fazer parte do mundo.

Quando o único artigo da Lei 13.438/17 torna obrigatória a aplicação de um protocolo, ela padroniza algo que escapa às generalizações e que a expressão *risco para o desenvolvimento psíquico* não é capaz de expressar, abrindo, portanto, espaço para múltiplas considerações.

A CSC é o instrumento brasileiro, por excelência, para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico. Seu conteúdo, com comentários, sugestões e orientações aos adultos responsáveis por um bebê, sugere mais que modos de cuidar, propõe uma mudança na maneira como olhamos os bebês.

CAPÍTULO IV – SOBRE MÉTODO, DESENHO E CAMPO DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa situa, geralmente, sua contribuição à pesquisa social, na renovação do olhar lançado sobre os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais de sua gestão. Visando à modificação da percepção dos problemas e também da avaliação dos programas e serviços, a pesquisa qualitativa pretende mudar tanto a prática, quando seus modos de gestão.
(GROULX, 2014, p. 96)

O objeto escolhido para este estudo, uma experiência de contribuição da atenção psicossocial para a qualificação do cuidado longitudinal da primeira infância na atenção básica, trouxe desafios por conter em si a dinamicidade de um fazer que era ao mesmo tempo experimentado e analisado por mim, enquanto pesquisador, de modo que esta se tornou uma pesquisa viva, atravessada o tempo todo pela minha implicação como trabalhador da atenção psicossocial, mas também pelas transformações enfrentadas num contexto de desinvestimento e precarização das relações de trabalho na atenção básica da cidade do Rio de Janeiro. Dessa forma, foi necessário estar atento à realidade, como também às práticas e os discursos dos atores-chave.

Denota-se que esse tipo de investigação só é possível no campo das pesquisas sociais, que são voltadas para os problemas sociais e suas práticas profissionais e institucionais (GROULX, 2014), sendo importante, para tanto, ter clareza de suas especificidades e modos de condução. Minayo (2014) destaca cinco aspectos das pesquisas sociais:

- 1) seu objeto é histórico, existe em determinado espaço e contexto sociocultural específicos;
- 2) elas devem considerar que indivíduos e sociedade têm consciência histórica, e, por isso, suas ações e construções contêm significados, intencionalidades e interpretações;
- 3) há uma “identidade entre o sujeito e o objetivo da investigação” (p. 41), o que significa que aqueles que participam da pesquisa compartilham uma base comum de identidade e, assim, o pesquisador também é, ele mesmo, parte de sua observação;

- 4) visões e concepções de mundo dos sujeitos atravessam o processo de produção do conhecimento, havendo, da concepção do objeto ao resultado do trabalho, uma implicação da maneira como investigador e investigado se relacionam com a realidade; e,
- 5) a pesquisa social é essencialmente qualitativa, levando em consideração o dinamismo individual e coletivo da vida e sua riqueza de significados.

Creswell (2014) caracteriza a pesquisa qualitativa como uma pesquisa em que os dados são coletados no campo, onde os participantes vivenciam o problema em estudo, coletam os dados por meio de múltiplos métodos e os organizam de forma lógica indutiva e dedutiva. Há diferentes modalidades de pesquisa qualitativa; aqui, elegeu-se a participativa.

Muitos confundem a pesquisa participativa com a pesquisa-ação, porém, há diferenças importantes. Segundo Thiollent (1987), há diversos tipos de pesquisa participativa e de pesquisa-ação, e, como pesquisa-ação é uma forma de pesquisa participativa, mas nem toda pesquisa participativa é pesquisa-ação, a distinção pode ser feita a partir do papel assumido pelo pesquisador dentro da situação investigada e a ação colocada em prática.

Enquanto a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa que objetiva a alteração da realidade, está centrada na questão do agir e se caracteriza por uma ação comum dos envolvidos em todas as suas etapas (id., 2011), a pesquisa participativa tem por escopo estabelecer uma adequada participação do pesquisador no cotidiano pesquisado, problematizando a relação pesquisador – pesquisado.

Na pesquisa participativa, a preocupação está mais concentrada no polo do pesquisador, e visa a reduzir a estranheza que a sua presença causa no contexto pesquisado a fim de permitir que fatos, situações e comportamentos sejam compartilhados. Muitas vezes, esse tipo de pesquisa é conduzido de modo intuitivo e sem sistematicidade, por isso, o pesquisador também pode seguir os procedimentos da observação participante no contexto da pesquisa etnográfica (id., 1987).

A observação participante, considerada essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2014), permite pesquisar os fenômenos em seus contextos naturais, uma vez que o pesquisador adota um tipo de comportamento em que se insere no contexto, aberto à realidade pesquisada, tendo o diário de campo como instrumento.

4.1 Metodologia

Quando a presente investigação se propôs a analisar os impasses e as possibilidades de uma experiência, buscando compreender e conhecer práticas profissionais para o acompanhamento do desenvolvimento dos bebês de zero a 36 meses, foi necessário considerar, além da consciência histórica, do contexto sociocultural e das visões e concepções de mundo de cada sujeito, o que a minha presença causava em todos os que estavam presentes nas cenas investigadas, momentos em que, geralmente, estávamos o bebê, seu(s) cuidador(es), profissionais da atenção básica e eu juntos.

As consultas de puericultura se constituíram como *locus* privilegiado para a coleta de dados, mas não somente. Também foram considerados os dados coletados em consultas de pré-natal, nas ‘oficinas de massagem para bebês’, nas ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’ e nas demais ações realizadas no território pelo Projeto Colaborativo, como também aqueles a que se pôde ter acesso durante conversas informais com diferentes personagens do campo.

A noção de construtivismo social, que traz uma perspectiva de observação e análise da realidade a partir de múltiplos e variados significados, evitando a redução a categorias ou ideias e considerando a visão sócio-histórica dos indivíduos envolvidos na investigação (CRESWELL, 2014), conduziu o estudo e a análise dos resultados encontrados. Tal postura possibilitou que as questões se tornassem amplas e gerais, os significados pudessem ser forjados em discussões ou interações e a interpretação fosse moldada pela minha experiência a partir de uma posição ativa de curiosidade e pesquisa.

Portanto, esta se trata de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, cujo método escolhido é o da pesquisa participativa, com dados coletados por meio da técnica de observação participante, sendo o diário de campo meu principal instrumento.

O projeto de pesquisa que a fundamentou foi submetido à apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), tendo sido aprovado conforme pareceres consubstanciados números: 3.076.539 – CEP IPUB/UFRJ, em 12/12/2018 (Anexo I); e, 3.116.947 – CEP SMS-RJ, em 21/01/2019 (Anexo II).

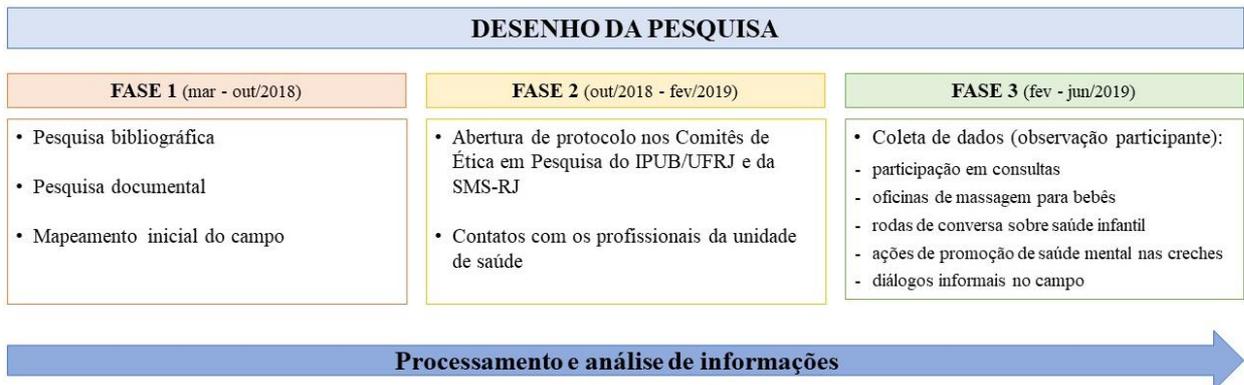
4.2 Desenho da pesquisa

A pesquisa foi organizada em 3 fases (Figura 12). A fase 1 (mar/2018 a out/2018) se caracterizou pela realização de: a) pesquisa bibliográfica, que incluiu literatura convencional e literatura cinzenta¹⁵; b) pesquisa documental, que considerou tanto dados oficiais quanto factuais, sejam os disponíveis na internet, como os do IBGE e da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, ou aqueles fornecidos pela SMS-RJ e pela gerência do CMS/ESF; e, c) mapeamento inicial do campo.

Na fase 2 (out/2018 a fev/2019), realizou-se a preparação para o campo por meio da abertura de protocolo junto aos Comitês de Ética em Pesquisa. Após os pareceres de aprovação, foram feitos contatos com os profissionais da unidade de saúde, tendo sido realizadas reuniões com as equipes de gestão do CMS/ESF, enfermagem e medicina de família (uma reunião com cada) para apresentação do projeto de pesquisa e entrega de cópias dos pareceres dos CEP.

A fase 3 teve a duração de quatro meses (fev/2019 a jun/2019) e consistiu na coleta de dados realizada por meio da observação participante, realizada ininterruptamente por um período médio de 12 horas semanais.

FIGURA 12 – Desenho da pesquisa



Fonte: Elaboração própria.

¹⁵ Por literatura cinzenta, entende-se todo o material produzido, em formato impresso e eletrônico, que não é controlado por editores científicos ou comerciais, não estando, por exemplo, disponíveis nas bases de pesquisa indexadas; incluem-se relatórios (de pesquisa, técnicos, projetos etc.), teses, dissertações, documentos de trabalho e do governo, notas públicas, dentre outros. A utilização desse tipo de literatura se justifica pela relativa pouca produção acadêmica sobre o tema pesquisado e a riqueza de informações e contribuições que ela pôde acrescentar ao estudo.

Inicialmente, a fase 3 foi prevista para ter três etapas, divididas entre dois grupos focais intercalados por uma oficina de intervenção, além da observação participante. Esperava-se que a oficina de intervenção, por consistir em estratégia de pesquisa que propicia a “criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e a coconstrução de outras possibilidades de sentidos acerca das temáticas discutidas” (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014, p. 33), pudesse colaborar para a ampliação da base de conhecimento dos profissionais que cuidam de bebês quanto aos aspectos do desenvolvimento psíquico e ao conteúdo e o uso da CSC. Contudo essas três etapas não puderam ser realizadas.

Logo quando iniciada esta terceira fase, estava em curso um processo de reorganização da atenção básica no município do Rio de Janeiro que teve como consequência a demissão de quase 1.500 profissionais de saúde, sendo que os que seguiram trabalhando passaram a enfrentar um aumento na sobrecarga de trabalho, além da tensão pelo constante atraso no pagamento dos salários (como amplamente divulgou a mídia¹⁶) ou pela possibilidade de demissão a qualquer tempo.

Anterior a esse momento, em 31 de outubro de 2018, o secretário-geral da Casa Civil da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro divulgou o documento “Reorganização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde”, por meio do qual afirmava que, embora a expansão da rede de atenção primária à saúde no município entre os anos de 2009 e 2016 tenha ampliado o acesso e melhorado o atendimento à população, ela foi “feita de forma desordenada”, “demonstrou-se não sustentável financeiramente, e não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica” (RIO DE JANEIRO, 2018b, p. 1). Com base no argumento de que era necessária uma adequação financeira a um orçamento possível, o Projeto de Lei Orçamentária (RIO DE JANEIRO, 2018a) para o ano de 2019 apresentado pela Casa Civil à Câmara de Vereadores previu um corte de 725 milhões para a pasta da saúde da capital fluminense (REIS, 2018), atingindo em maior medida a atenção primária.

Em síntese, o proposto sob argumento de racionalização e melhor uso dos recursos municipais foi, na verdade, o primeiro tempo de um processo de desmonte da saúde pública

¹⁶ Notícias *online* a respeito dos atrasos nos pagamentos dos trabalhadores da saúde:

- G1 Rio, 22/10/2018 - Salários atrasados: funcionários da saúde do município do Rio protestam em várias regiões da cidade (<https://tinyurl.com/y2e8wgb6>), acesso em 21 jul. 2019;

- G1 Rio, 07/01/2019 - Prefeitura do Rio avisa que vai atrasar pagamentos para organizações que cuidam de unidades de saúde (<https://tinyurl.com/y6rw6d5w>), acesso em 21 jul. 2019.

praticamente sem precedentes na história recente da cidade do Rio de Janeiro, mesmo em governos anteriores de filiação neoliberal, como demonstrou o estudo de Lima (2014).

Este cenário de destruição e desestabilização dos trabalhadores impediu que as etapas anteriormente pensadas para a terceira fase da pesquisa pudessem ser cumpridas. Em acordo com a banca de qualificação, em setembro de 2019, decidiu-se que a coleta de dados se daria a partir da observação participante realizada durante as consultas de pré-natal e puericultura que foram possíveis acompanhar, as ‘oficinas de massagem para bebês’ e ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’ realizadas no espaço do CMS/ESF, as ações de promoção de saúde mental ocorridas nos espaços escolares (creches), além das experiências no território durante todas as fases. Naquele momento, o material apresentado à banca foi considerado suficiente para retratar o cenário e apontar considerações sobre o tema.

4.3 Caracterização do campo e percurso metodológico

Como afirmado na introdução, pelo Projeto Colaborativo, atuo em um território específico onde há uma unidade de saúde, denominada de Centro Municipal de Saúde, que agrega tanto ambulatorios especializados da rede básica quanto equipes da Estratégia Saúde da Família. O campo da pesquisa se constituiu das áreas de atuação e cobertura dessas equipes.

O CMS/ESF se localiza na zona sul da cidade do Rio de Janeiro, tem população adscrita de aproximadamente 24 mil usuários (segundo informação da Organização Social que o administrava à época), moradores de áreas socioeconômicas distintas, designadas como sendo ‘de comunidade’ ou ‘de asfalto’. De acordo com o último Censo IBGE (2010), essa população é composta em sua maioria por mulheres e pessoas na faixa etária acima de 15 anos, sendo de apenas 3% aquelas entre 0 e 4 anos de idade.

Por se tratar da zona sul do município, os indicadores revelam um espaço com alto Índice de Desenvolvimento Social (RIO DE JANEIRO, 2010b), porém, quando se conhece a realidade do território, percebe-se que tal índice é o resultado numérico de duas regiões muito díspares, cujas populações, ‘de asfalto’ e ‘de comunidade’, embora vivendo muito próximas, usufruem o espaço de maneira diferente. A segunda é excluída, marginalizada, não acessa com facilidade serviços e infraestrutura básicos (como esgoto encanado, por exemplo), além de residir em área sob grande violência.

Inicialmente, o CMS/ESF contava com oito equipes da ESF, porém, um mês após iniciada a fase 3, houve a redução de uma equipe e a demissão de alguns trabalhadores. O cenário era de bastante tensão e dúvidas, pois não havia informações seguras sobre o que ocorreria com aqueles que ainda continuavam trabalhando. O clima de incerteza impactou diretamente os processos de trabalho e muitos profissionais se licenciaram por motivos de saúde.

Já não bastando isso, para a mesma época estava programada a troca do sistema de prontuário eletrônico, quando a unidade deixaria de utilizar um *software* importado, com o qual os trabalhadores estavam acostumados e que continha as informações de todos usuários cadastrados, e passaria a trabalhar com o “e-SUS”, fornecido pelo governo federal, mas que continha menos funcionalidades, demandava o recadastro de toda a população e o aprendizado do modo de utilização por parte dos trabalhadores que ficavam e nem sabiam se continuariam empregados.

A partir de março de 2019, a gerência da unidade precisou organizar, também, a redivisão das áreas de cobertura de cada equipe. Esse processo durou, mais ou menos, uns dois meses, e enquanto ele estava em curso, o atendimento ficou confuso, ou os usuários não sabiam qual era sua equipe de referência ou ela acabou mudando mais de uma vez.

Nesse panorama, eu seguia buscando aproximação com as equipes e o acompanhamento de consultas de pré-natal e puericultura para conhecer melhor o funcionamento de cada equipe. Contudo, e obviamente, diante de tantas mudanças e com os processos de trabalho sofrendo alterações constantes, era comum eu buscar saber datas de consultas agendadas e os próprios trabalhadores dizerem que não sabiam. Alguns agentes de saúde até se dispuseram a me ajudar, mas as informações no sistema se mostraram, muitas vezes, contraditórias e com marcações provisórias para curtos períodos.

Pela configuração confusa de organização das equipes, passei a ficar mais tempo no CMS/ESF. A programação inicial era de dois turnos (uma manhã e uma tarde) em dias diferentes da semana. Passei a estender esses turnos e, posteriormente, a acrescentar outro em um terceiro dia. Essa ampliação do tempo em campo, que às vezes somava quase 20 horas semanais na unidade, se deu em razão, também, de outra mudança na rotina da unidade: as

reuniões de equipe e a aula dos residentes¹⁷ passaram a coincidir com parte daqueles dois turnos inicialmente programados.

Três trechos do diário de campo ilustram esse período:

Na recepção, perguntei ao ACS que estava no acolhimento se ele sabia de alguma puericultura agendada para os dias seguintes, mas ele afirmou que só era possível saber a agenda da semana e que não lembrava de nenhuma. “Só a agenda da semana?”, perguntei. “É, com essas mudanças todas, a gente tá recebendo só a agenda semanal”.

Na reunião de uma equipe, perguntei se alguém se lembrava de alguma puericultura agendada recentemente. Um residente respondeu: “não dá para saber, sei que tô no consultório, mas não sei o que vai aparecer”.

Em conversa com a gerência, falei da dificuldade de acesso às agendas e perguntei se havia alguma sugestão de como eu poderia ter acesso para me programar e poder estar presente nas puericulturas. Ela respondeu: “essa é uma incógnita que vai piorar com a entrada do e-SUS, porque pelo e-SUS não dá para saber qual o procedimento agendado, a agenda informa só o nome do usuário”.

¹⁷ A SMS-RJ oferece, em convênio com universidades, Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e em Enfermagem em Saúde da Família, de modo que o CMS pesquisado se constitui como uma das unidades de saúde do município em que os residentes desenvolvem as atividades práticas.

Em síntese, desde o final do ano de 2018, a atenção básica no município do Rio de Janeiro vem enfrentando um contexto histórico-político de elevado desinvestimento financeiro, com reflexos diretos nos processos de trabalho e nos atendimentos prestados à comunidade.

À época da propositura do projeto para análise dos comitês de ética, a proposta metodológica era de que a coleta de dados ocorreria em duas equipes, escolhidas por conveniência, contemplados os critérios de inclusão e exclusão definidos no projeto, quais sejam:

- Inclusão: profissionais da atenção básica que compusessem as duas equipes com maior número de bebês em acompanhamento na puericultura, desde que apresentassem interesse em participar, concordassem com os termos da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III);
- Exclusão: excluídos os profissionais das equipes selecionadas que, por alguma razão, não participassem direta ou indiretamente, do cuidado de bebês.

Dados preliminares fornecidos pela gerência da unidade indicavam que as equipes responsáveis pelos moradores ‘de comunidade’ eram as que mais acompanhavam bebês, numa proporção de cinco para um bebê acompanhado pelas equipes responsáveis pelos moradores ‘de asfalto’.

Em razão da impossibilidade de prosseguir com a pesquisa nos termos inicialmente propostos, os dados foram coletados em todas as equipes, contando com a concordância dos profissionais e da população quanto a minha presença durante as consultas.

Além dos momentos em que estive presente na sede do CMS/ESF, semanalmente, em turno e dia específicos, realizei ações de promoção de saúde mental com os bebês matriculados numa creche municipal. Essas ações, como afirmado na introdução, consistiram no acompanhamento, discussão e compartilhamento do cuidado das pequenas crianças com as equipes pedagógicas, ajudando-as a refletir a respeito das situações em que algo pode parecer problemático e diante do que, muitas vezes, não se sabe ou não há uma regra do que fazer. Para isso, participei de reuniões realizadas pela equipe pedagógica entre si e com as famílias, permaneci disponível semanalmente, durante o horário de entrada, a toda a comunidade escolar para conversas ou perguntas que fossem do seu interesse, e estive com as crianças em sala de aula, acompanhando sua rotina e as atividades realizadas.

Na outra creche pesquisada, minha presença foi mais pontual, durante ações conjuntas realizadas pelas equipes da ESF e do Projeto Colaborativo ou em rodas de conversa programadas pela equipe pedagógica, para as quais fui convidado a participar.

Todas as impressões e observações possíveis foram registradas no diário de campo.

4.4 Análise do material coletado

Tratando-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa e método de pesquisa participativa, o material coletado foi analisado conforme a modalidade de Análise Temática indicada por Minayo (2014), considerada apropriada para as investigações qualitativas na área da saúde.

Entende-se que a noção de tema faz referência a determinado assunto, expresso por uma palavra ou frase, e é capaz de sintetizar uma unidade analítica relevante sobre o objeto pesquisado. Minayo (2014) afirma que a análise temática se dá em três fases: (1) pré-análise, quando o material é lido, separado e contextualizado; (2) exploração, quando o pesquisador classifica o material disponível e elege o que é mais significativo em termos de conteúdo; e, (3) tratamento e interpretação, momento em que, a partir das unidades temáticas propostas, as informações obtidas são colocadas em relevo e o material é inter-relacionado com o quadro teórico apresentado inicialmente.

Assim, tendo cumprido essas etapas, passo a apresentação, análise e discussão dos resultados.

CAPÍTULO V – RESULTADOS: APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE

A fase do tratamento do material leva o pesquisador à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição. (TEIXEIRA, 2003, p. 191)

Os resultados que serão apresentados neste Capítulo se referem, como já registrado, a diferentes fontes de informação recolhidas ao longo do processo de pesquisa no campo. É importante assinalar que, apesar do recorte temporal se referir ao período compreendido entre os meses de fevereiro e junho de 2019, não é possível desconsiderar que eu já atuava neste território há mais de um ano. Como pesquisador do Projeto Colaborativo e trabalhador da atenção psicossocial, tenho realizado ações de promoção de saúde mental, tanto na unidade de saúde quanto em duas creches do território, e compartilhado o acompanhamento de casos de saúde mental da população infantojuvenil. Trabalho que segue em curso até o presente momento.

Desta forma, dados oficiais de cadastro de bebês no CMS/ESF (pesquisa documental), participação em consultas de pré-natal e puericultura, além de situações observadas e vivenciadas durante as ações de promoção de saúde mental (observação participante), foram fontes de recolhimento de dados. Sua análise abará, seguindo a metodologia indicada, três questões temáticas – extraídas da primeira etapa de análise – consideradas mais significativas e que dialogam com o tema desta pesquisa, quais sejam:

- 1) apesar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento compor eixo central da atenção integral à saúde da criança realizada pela atenção básica; e da Caderneta de Saúde da Criança se constituir como ferramenta privilegiada ao contemplar orientações e instrumentos para acompanhamento, promoção e vigilância em saúde infantil, parece não haver uma linha guia específica para orientar e sistematizar o acompanhamento do desenvolvimento psíquico na rotina da puericultura;

- 2) o distanciamento da atenção psicossocial em relação ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico na rotina da puericultura oferece indícios da fragilidade da rede de atenção psicossocial, reforçando a ausência de orientações para a atenção básica no tema da primeira infância e reafirmando as dificuldades apontadas pelos trabalhadores (da atenção básica) quanto ao tema da saúde mental de crianças e adolescentes;
- 3) a presença sistemática e regular da atenção psicossocial junto aos dispositivos de acompanhamento da primeira infância apontam efeitos, ainda incipientes, de qualificação do acompanhamento e facilitação na detecção a tempo e nos modos de cuidado de problemas no desenvolvimento psíquico.

Antes da análise temática mais aprofundada, os resultados recolhidos ao longo do trabalho de campo virão a seguir destacados a partir das diferentes fontes de informação utilizadas nesta pesquisa.

5.1 Fontes de informação e resultados recolhidos

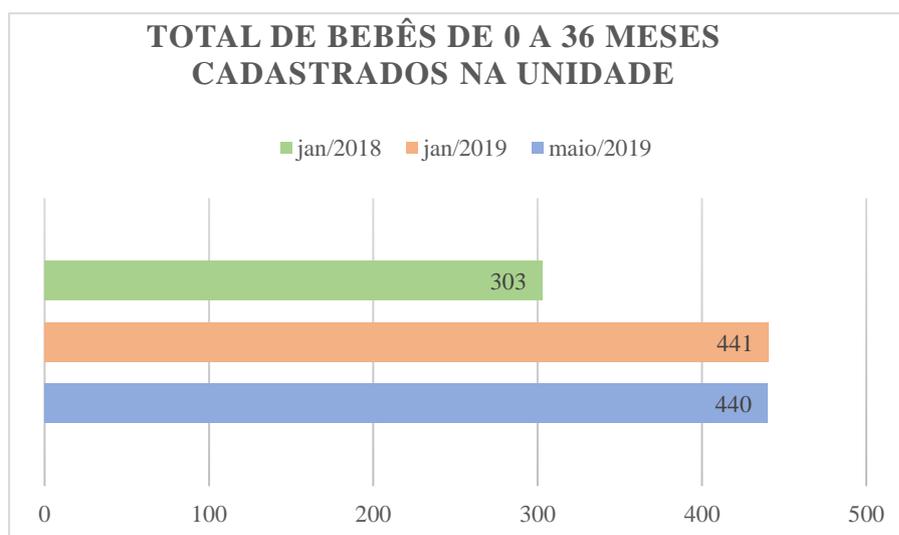
5.1.1 Dados oficiais de cadastro e os dizeres das equipes da ESF

A pesquisa partiu de um levantamento prévio de informações sobre demanda e ações de puericultura na unidade nos últimos dois anos. Por meio da consulta aos dados consolidados anualmente, fornecidos pela gerência do CMS/ESF, foi possível ter acesso ao número total de bebês de zero a 36 meses cadastrados e em acompanhamento pelas equipes da ESF nos meses de janeiro dos anos de 2018 e 2019.

Considerando a possibilidade de alguma mudança nas informações a partir do processo de reorganização da unidade ocorrido entre março e abril de 2019, por conta da redução de uma equipe da ESF, a gerência do CMS/ESF também forneceu os dados de cadastro do mês de maio de 2019.

Os dados indicavam que o CMS/ESF possuía, em janeiro de 2018, 303 bebês de zero a 36 meses cadastrados. No ano seguinte, esse número passou para 441 cadastros, um aumento de 45,55% em relação ao mesmo mês do ano anterior, permanecendo praticamente o mesmo em maio de 2019 (Gráfico 1).

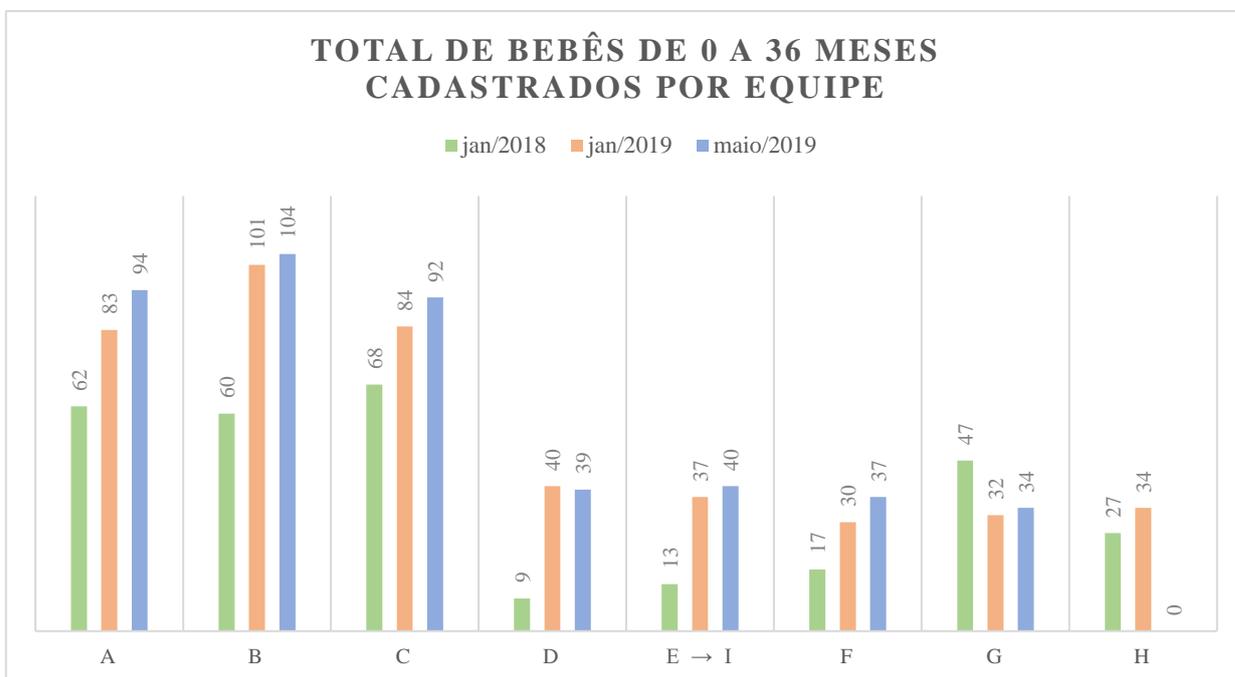
Gráfico 1 – Número total de bebês de 0 a 36 meses cadastrados na unidade nos meses de jan/2018, jan/2019 e maio/2019



Fonte: Dados organizados a partir de informações do CMS/ESF.

A exploração inicial do campo indicava que a maior parte dos bebês estava cadastrada nas equipes responsáveis pela cobertura da população moradora 'de comunidade', numa proporção média de aproximadamente três para um bebê acompanhado pelas equipes responsáveis pelos moradores 'de asfalto' (Gráfico 2). Ou seja, havia muito mais bebês cadastrados nas equipes 'de comunidade' em comparação com as 'de asfalto', tendência que se manteve nos dados de cadastro após a redivisão, em maio/2019.

Gráfico 2 – Número de bebês de 0 a 36 meses cadastrados por equipe nos meses de jan/2018, jan/2019 e maio/2019



Fonte: Dados organizados a partir de informações do CMS/ESF.

No Gráfico 2, as equipes A, B e C eram responsáveis, até fevereiro de 2019, exclusivamente pelo atendimento à população ‘de comunidade’, enquanto as equipes D, E, F, G e H atendiam população ‘de asfalto’, sendo que a H cobria, também, uma pequena área ‘de comunidade’.

Com a extinção da equipe H, o processo de redivisão das áreas e redistribuição da população levou à renomeação da equipe E em I, que, junto das equipes D, F e G, passou a ser responsável pelo atendimento exclusivo da população ‘de asfalto’. As equipes A, B e C continuaram atendendo a ‘comunidade’, mas também passaram a ser referência para uma parcela da população moradora ‘do asfalto’. Ou seja, com a redivisão das equipes, a população ‘de asfalto’ passou a ser objeto de cuidado em saúde de todas.

Essas informações demonstraram, então, como ponto de partida, que havia, em janeiro de 2018, demanda de puericultura no CMS/ESF pesquisado, e essa demanda se concentrava principalmente entre a população mais pobre e vulnerada (‘de comunidade’). Havia 68% mais bebês cadastrados nas equipes A, B e C do que nas demais.

Na comparação com o mesmo período do ano seguinte (jan/2019), a demanda ampliou, crescendo 53% entre a população ‘de asfalto’ e 41% entre a ‘de comunidade’. Embora ainda significativamente discrepante, quando comparadas as equipes D, E, F, G e H com as A, B e C, o que esse levantamento inicial também sinalizou é que, diante de uma demanda crescente, era importante buscar saber como se davam as estratégias de pré-natal e puericultura em todas as equipes.

Entendeu-se que essas ações de acompanhamento não tinham uma regularidade entre as equipes do CMS/ESF, as quais adotavam táticas diferentes para ultrapassar as barreiras que se impunham, manifestadas especialmente nas faltas às consultas e na ausência de articulação entre a maternidade e a unidade de atenção básica após o parto.

Durante o acompanhamento de algumas consultas de pré-natal, presenciei o momento em que, a partir do sétimo mês de gestação, as grávidas são inseridas na Rede Cegonha do município. Especificamente na cidade do Rio de Janeiro, há um programa da prefeitura chamado “Cegonha Carioca”¹⁸ que prevê, em síntese, a visita prévia à maternidade de referência para o parto, a participação em ações educativas e o oferecimento do “Enxoval Cegonha” (um kit básico com roupas para o bebê e uma bolsa). Depois do parto, a maternidade deve referenciar a família de volta para a unidade básica de saúde. E, embora exista um instrumento para esse referenciamento (Figura 13), todos os relatos foram de que ele não ocorre.

¹⁸ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>

FIGURA 13 – Cartão da rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro para o referenciamento maternidade – atenção básica

ACOLHIMENTO MÃE / PAI / BEBÊ
 REFERÊNCIA GARANTIDA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE APÓS ALTA DA MATERNIDADE.
 ENTREGUE ESTE CARTÃO NA UNIDADE DE SAÚDE.

A Maternidade

Encaminha a Sra./Sr.

e seu bebê DNV

para serem acolhidos na(o)

Endereço

no dia / /
 das às horas

RNR Código

Fonte: Documento fornecido pela SMS-RJ.

Todos – gerência e profissionais – disseram que a maternidade não comunica o nascimento do bebê. Uma ACS conta: “Controlo minhas grávidas pelo WhatsApp. Elas geralmente avisam quando vão ter o bebê, umas mandam foto e eu já convindo pra vir na unidade” [grifo nosso]. Quando não comparecem, a busca ativa, em geral, ultrapassa o período previsto para primeiro acolhimento e consulta na atenção básica.

O relato da ACS, acima destacado, mostra que, ao atender populações moradoras de áreas socioeconômicas distintas, o modo de trabalho na puericultura também é diverso. Para a população ‘de asfalto’, a continuidade do cuidado do bebê, algumas vezes, apareceu como um convite, uma oferta feita à família, pois, em geral, esta população procura a unidade para a aplicação de vacinas, como a BCG, e não para o acompanhamento em puericultura. Embora a vacinação, a rigor, demande cadastro na ESF, pude observar que era possível vacinar indo direto ao setor destinado a este fim, sem qualquer identificação prévia no guichê de acolhimento. Por outro lado, quando a família chegava para o “teste do pezinho”,

necessariamente o cadastro acontecia, sem que isso, porém, significasse o seguimento do acompanhamento na ESF.

Com a população ‘de comunidade’, a estratégia mudava. Além de esta população, em sua maioria, já buscar cadastro e atendimento na ESF, as equipes responsáveis costumam fazer busca ativa quando não há comparecimento em tempo hábil após o parto, visando o melhor cuidado na puericultura. É também esta população a que mais realiza o pré-natal na ESF, o que, de certa maneira, facilita um seguimento no cuidado. Isso apareceu em uma das consultas de pré-natal que pude acompanhar: dada a proximidade do parto, a enfermeira orientou a gestante para comparecer na unidade com o bebê logo após o retorno da maternidade e, trocando telefones pessoais, combinaram uma comunicação caso necessário.

Chamou atenção, durante o trabalho de campo, a diferença de percepção das equipes quanto ao número de bebês cadastrados quanto cotejado com a informação oficial. Os profissionais das equipes responsáveis pela população ‘de asfalto’ afirmavam que a sua área quase não tinha bebê, e quando lhes mostrei o quantitativo de bebês cadastrados em suas equipes, uns questionaram a origem das informações, outros pediram o compartilhamento delas e alguns seguiram dizendo não haver, nas suas áreas, “tantos bebês assim”.

Nas equipes responsáveis pela população ‘de comunidade’, ao contrário, o reconhecimento do quantitativo de bebês era praticamente coincidente com o informado no cadastro do CMS/ESF, chegando, os profissionais, a afirmarem que o número poderia ser ainda maior, se o atravessamento da violência na comunidade e a precarização dos processos de trabalho na unidade de saúde não os impedissem de realizar a contento o acompanhamento em puericultura.

Participando das reuniões de equipes, abordei o assunto sobre o número de bebês cadastrados. Alguns comentários foram:

- “Minha área não tem tudo isso de bebê. Só se aumentou agora porque apareceu muita gestante angolana. As angolanas que vêm e tão tendo bebê aqui.” [equipe ‘de asfalto’]
- “Na área dessa equipe não tem tantas crianças assim, mesmo! O que tem são as empregadas domésticas, a gente faz o pré-natal, mas elas seguem puericultura perto de onde moram e só voltam depois da licença.” [equipe ‘de asfalto’]
- “Na nossa área tem muito bebê mesmo, e tá nascendo mais, mas tá difícil descer por conta da violência. E tá difícil pra gente subir também. E eu sei de ACS que nem quer mais fazer busca ativa.” [equipe ‘de comunidade’]

Diante desse cenário, busquei acompanhar consultas de pré-natal e puericultura a fim de tentar compreender como se dava os acompanhamentos das gestantes e dos bebês no CMS/ESF, já que, à primeira vista, isso apareceu de maneira diversificada nos relatos das equipes e, cada vez que eu conversava com um profissional diferente, ficava mais evidente que não havia um modo único, sistematizado, sobre como fazer esses acompanhamentos.

5.1.2 As consultas de pré-natal e puericultura

Entre 01 de fevereiro de 2019 e 15 de junho de 2019, foi possível combinar a participação em 17 consultas de pré-natal, 14 consultas de puericultura e duas visitas domiciliares para o acolhimento mãe-pai-bebê. Das 17 consultas de pré-natal previstas, participei apenas de três delas. Quanto às demais, em uma a família não concordou com a minha presença, em outra a residente afirmou não saber que eu estaria presente e pediu para que não participasse, e nas restantes as famílias faltaram aos agendamentos.

Das 14 consultas de puericultura combinadas, também participei somente de três, pois, em sua maioria, a família faltou ao agendamento. Em outras três, embora eu estivesse na unidade, a equipe não se organizou para a minha presença.

Sobre as duas visitas domiciliares, uma a enfermeira cancelou na véspera por motivos de saúde e a outra, quando chegamos ao local, soubemos que a família havia se mudado do território sem avisar.

Consultas de pré-natal

As consultas aconteceram em equipes diferentes, duas foram realizadas por enfermeiras e uma por médica de família – em nenhuma houve a presença de outros profissionais. Em todas, um aparelho sonar foi utilizado para escutar os batimentos cardíacos do bebê e, além disso, foram aferidos, altura uterina, peso e pressão arterial das gestantes. Nenhuma das mulheres possuía a Caderneta da Gestante (BRASIL, 2018d), apenas o Cartão da Gestante - versão resumida, distribuído pela SMS-RJ, ao qual consegui ter acesso apenas presencialmente, não encontrando imagens na internet.

A primeira consulta de que participei foi numa equipe que atendia população ‘de comunidade’. Antes, a enfermeira quis me dizer da relação da gestante com a equipe, pois ela era “muito querida por todos”. A profissional acompanhou a gestação desde a sua descoberta e o processo de mudança pelo qual a mulher passou com relação ao auto cuidado, pois se tratava de uma paciente com diagnóstico positivo para HIV. Ao longo da consulta, foram abordadas questões relativas a exames de sangue e imagem, visita realizada à maternidade, rede de suporte familiar e comunitário para durante e após o parto. O bebê aparentava estar saudável, com desenvolvimento conforme esperado para a 37^a semana de gestação e o parto estava próximo. Elas combinaram que mãe e bebê compareceriam para o primeiro acolhimento em, no máximo, uma semana após o parto, e trocaram telefones pessoais para eventual necessidade de comunicação.

A segunda consulta foi numa equipe que atendia apenas população ‘de asfalto’. A mulher estava na 27^a semana de gestação, havia sido diagnosticada com sífilis e seguia em tratamento. A enfermeira checkou e preencheu o cartão da gestante, tirou dúvidas do casal sobre parto e outras questões de saúde, explicou e realizou o cadastro na Rede Cegonha, agendando visita à maternidade. A gestação aparentava seguir sem intercorrências e o bebê, bom desenvolvimento.

A terceira consulta ocorreu noutra equipe que atendia ‘comunidade’. A médica já conhecia e acompanhava a gestante, uma mulher jovem (19 anos), grávida pela primeira vez. Era a 18ª semana da gestação e, além da checagem dos exames solicitados, elas conversaram a respeito dos enjoos e da alimentação, que, pelo relato, parecia precária em termos nutricionais. Foi sugerida a participação nos grupos de alimentação saudável e alongamento realizados pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A profissional preencheu o cartão da gestante e agendou retorno.

As faltas aos agendamentos chamaram atenção. Pude falar com alguns profissionais sobre isso, mas o relato mais destacado é o de uma ACS, alertando para o fato de que, por trás dessas ausências, havia diferentes situações e atravessamentos impondo limites e trazendo novos desafios à atuação das equipes.

“... não é que elas acham que não precisa, como na puericultura, mas fica difícil descer a pé de barrigão, sem dinheiro pra pagar a van ou às vezes sem ter com quem deixar os outros filhos ... muitas também estão trabalhando ... e é difícil porque o doutor ou a enfermeira não podem subir, tá tendo tiro toda hora ...”.

Consultas de puericultura

As consultas aconteceram em equipes diferentes, todas foram realizadas por enfermeiras, sendo que em duas havia a presença de estudantes da graduação em enfermagem que realizavam atividades de internato. Nas três, os dados de peso, altura e perímetro cefálico foram aferidos e registrados na CSC. Também foi feita a ausculta de pulmão e coração. Dois bebês tinham a versão resumida da Caderneta, distribuída pela SMS-RJ, e outro estava com uma versão completa impressa, que parecia adquirida por meio de compra pois a capa era personalizada.

A primeira puericultura ocorreu em uma equipe que atendia ‘comunidade’, foi uma consulta de acolhimento mãe-pai-bebê. Era o primeiro contato entre a enfermeira e a família, pois, com a alteração de referência a partir da redivisão das áreas, o pré-natal fora realizado por outra equipe. A principal angústia trazida pelos pais foi quanto ao peso, pois o bebê, com

cinco dias de vida, perdera um pouco de peso após a saída da maternidade. A profissional acolheu a preocupação, ofereceu explicações e orientou quanto à importância da amamentação exclusiva. Nenhum outro assunto foi abordado e, ao final, não foram feitos elogios ou alertas à família.

Após a consulta, conversei com a enfermeira sobre como sua equipe fazia o acolhimento mãe-pai-bebê, e ela me falou sobre como os problemas de reorganização da unidade, somados a uma agenda muito apertada, dificultavam o seu trabalho; disse-me não ter “tempo para ficar preenchendo o cartão”, que precisava ser rápida e focar no preenchimento do que era obrigatório no prontuário eletrônico, que “se a mãe não pergunta ou não traz algum problema, a gente segue e espera que ela volte na próxima”; terminou ratificando a parceria das ações de promoção de saúde realizadas pelo Projeto Colaborativo – “ainda bem que tem vocês agora fazendo os grupos, porque lá vocês têm tempo de conversar com a mãe, brincar com a criança, e aí vocês já trazem aquela que a gente tem que ir atrás”.

Na segunda consulta de puericultura, o bebê estava com nove meses de vida e a mãe já tinha um importante vínculo com a enfermeira. Era em uma equipe de referência apenas para a população ‘de asfalto’ e, antes de pedir para mãe e filho adentrarem o consultório, ela me passou um pouco das histórias de vida e clínica da criança, destacando sua preocupação com o excesso de peso constatado na última consulta e uma demora para engatinhar, o que, para ela, parecia mais uma consequência da insegurança da mãe em deixar o filho ir ao chão do que um atraso no desenvolvimento, pois sua percepção era de que se tratava de um bebê “muito esperto”, “atento”, que sabia que “para ganhar colo bastava ameaçar algum choro”.

Durante esta consulta, a mãe se mostrou muito protetora, teve dificuldades em deixar o filho com a enfermeira ou com a acadêmica de enfermagem, mantendo-se sempre por perto e interrompendo momentaneamente os procedimentos para levá-lo ao colo em qualquer oportunidade. A enfermeira retomou as orientações da última consulta quanto à alimentação e agendou retorno para o mês seguinte. Não foram feitos elogios ou outros alertas à mãe. Ao final, questionei à profissional como ela soubera do atraso para engatinhar se a mãe praticamente não permitia que o bebê ficasse fora do seu colo. Ela me informou que o tinha achado muito “molão” na última consulta, perguntou à mãe se ele brincava no chão e que esta dissera que não porque “chão suja”. Perguntei o que ela fez, então, diante daquela fala. Respondeu-me que orientou a mãe a forrar o chão, colocar o bebê e chamá-lo ou deixar longe alguns brinquedos para ele pegar. Indaguei, ainda, como ela teve essa ideia e o que a levou a

concluir isso, respondeu-me que “tirou por base” como foi com seu próprio filho, que já está com quase dois anos.

A terceira puericultura foi de um bebê com dois meses de idade, de cujo pré-natal participei (primeira consulta de pré-natal acima relatada). Apesar da pressa da enfermeira por conta da agenda atrasada, essa foi a única consulta em que os dados do desenvolvimento foram preenchidos na caderneta versão resumida da SMS-RJ, porém, coletados por duas acadêmicas de enfermagem. O bebê foi deixado com as alunas, enquanto a enfermeira pôde acolher a mãe, que relatava suas dificuldades em cuidar sozinha do filho e trabalhar ao mesmo tempo, além da angústia em não poder amamentar. Não foram feitos elogios, apenas sugestões para a alimentação e outros alertas e recomendações sobre perigos em casa, dada a precariedade da moradia, e no local de trabalho, para onde a mãe levava o filho com frequência.

5.1.3 A experiência das ações de promoção de saúde mental realizadas na unidade de saúde e em duas creches do território

No CMS/ESF, entre os meses de fevereiro de 2018 e novembro de 2019, a equipe do Projeto Colaborativo realizou 24 ‘oficinas de massagem para bebês’ e 16 ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’, das quais participaram, ao todo, 62 bebês e seus cuidadores. Nesse período, a regularidade das ações foi interrompida algumas vezes pelas modificações por que passaram a unidade de saúde e suas equipes (demissões e greves, principalmente), e pelas dificuldades de locomoção da população em razão da violência (tiroteios e operações policiais, por exemplo), ocorrendo a suspensão das oficinas e rodas, no final do ano de 2019, com a demissão da enfermeira que ensinava as técnicas da massagem.

As fotos¹⁹ abaixo permitem ter uma ideia da dinâmica da ‘oficina de massagem para bebês’ (Figuras 14 e 15), que iniciava com um vídeo para apresentação da técnica, seguia com a prática da massagem e se encerrava com uma discussão sobre o vivenciado, e da ‘roda de conversa sobre saúde infantil’ (Figura 16).

¹⁹ Todas as imagens foram autorizadas, mediante assinatura de “Termo de autorização de uso de imagem”, para fins exclusivamente de pesquisa/ acadêmicos.

Figura 14 – Apresentação da técnica de massagem para bebês



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 15 – Prática da técnica de massagem para bebês



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 16 – Roda de conversa sobre saúde infantil



Fonte: Arquivo pessoal.

Considerando que o cuidado da primeira infância é na atenção básica, constitui uma responsabilidade da atenção psicossocial contribuir para a permanente qualificação dos profissionais da ESF em relação aos temas do desenvolvimento e da SMCA, seja por meio de apoio às rotinas de puericultura ou pela realização de ações conjuntas de promoção de saúde mental.

Desse modo, tanto a observação participante das consultas quanto a experiência com a realização das ações de promoção de saúde mental demonstraram que os profissionais da atenção básica são, em geral, sensíveis às questões do desenvolvimento, mas apenas a rotina em consultório não se configurou como suficiente para a vigilância do desenvolvimento

psíquico. Destaco abaixo a fala de uma médica de família com quem conversei sobre as rotinas de puericultura. Seu depoimento vai ao encontro do que a enfermeira (de outra equipe) relatou ao final da primeira consulta de puericultura que participei. Ambas destacaram a importância da presença da atenção psicossocial junto à atenção básica.

“... a gente faz o que dá tempo, mas quase não dá para conversar sobre outras coisas. Lá no grupo de massagem, pelo que percebi, vocês têm uma, duas horas, com vários bebês ao mesmo tempo ... seria ótimo pra gente conversar sobre amamentação, tirar dúvida sobre cólica, saber se o bebê tá dormindo bem. (...) Então, eu acho muito importante o que vocês fazem aqui na unidade, ajuda bastante e deixa a gente mais seguro de que se tem alguma questão, às vezes a gente nem sabe o que é, mas já fala pra mãe levar no grupo porque sabe que vocês vão ver ...”.

A realização das ‘oficinas de massagem para bebês’ e das ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’ mostraram que um dos efeitos dessa parceria é a possibilidade de se dar lugar para falas e cenas que dificilmente apareceriam nos consultórios, em grande parte pelo tempo restrito dedicado a cada consulta.

A mãe de Isa tem 15 anos e voltou esse mês para a oficina de massagem. No mês passado, ela dissera da dificuldade em fazer sua filha se acalmar, incomodava-lhe bastante o fato de que Isa só parava de chorar no colo da avó; naquela oportunidade, outras mães presentes a acalmaram, incentivaram para que seguisse tentando buscar maior intimidade com Isa e lhe deram dicas. Esse mês, mãe e filha vieram sozinhas à oficina e seu relato é de que já está sendo possível não contar com o colo da avó para que Isa adormeça; a mãe se mostra mais confiante e menos ansiosa.

- Margarida (4 meses): estavam presentes sua mãe (17 anos) e bisavó paterna (53 anos); a mãe conta que não é casada com o pai de Margarida e, por isso, sua família não permitiu o relacionamento – “foi difícil lidar com o preconceito religioso”; para o casal, a solução foi morar na casa da avó do pai de Margarida. Durante nossa conversa, a mãe relata que, antes de ir para a casa da bisavó, ela se sentiu muito sozinha para enfrentar as dores na mama, “chorava escondida no quarto para ninguém ver”; “achei que ia ser difícil trocar fralda, mas é fácil, dar de mamar é que dói mais”; “o que ninguém me explicou é como seria o parto, as opções que a gente tem ... as mães podiam falar com as grávidas e trocar experiências”.
- Henrique (1 mês): sua mãe tem 17 anos, é solteira, descobriu a gravidez no Ceará e veio para o Rio buscar a ajuda da própria mãe (avó materna de Henrique); todos que moram na casa trabalham, então a mãe de Henrique fica sozinha e busca a ajuda da vizinha; para ela, “foi muito difícil aprender a dar o peito, ninguém me explicou”.
- Francisco (1 mês): a mãe de Francisco tem 16 anos e relata que tem medo de dar banho e, por isso, busca o apoio da vizinha, a mãe de Henrique; “é muito difícil dar banho”, “tenho medo dele se afogar”, “uma vez, minha mãe deu banho e ele ficou roxo”.

Terminamos a oficina de massagem e iniciamos uma conversa. Apenas Cecília, uma bebê de 4 meses tinha comparecido com a avó e uma tia maternas. Durante a conversa, a avó, muito impaciente e agitada, relatou que a gravidez fora algo muito desorganizador para sua filha, que teve um surto psicótico ... Segundo a avó, “o pai não quis saber” e ela é quem cuida da neta. Enquanto esse relato era feito, Cecília olhava fixamente para o rosto de sua avó; apontei a cena e falei me dirigindo à bebê “você está bastante interessada na história de seus pais”. Quando a avó parou de falar, Cecília iniciou um choro agudo. A tia tomou a sobrinha e ofereceu uma mamadeira, a qual foi ao chão com um único tapa. Nada acalmava a bebê. Pedi para segurá-la e, olhando em seus olhos, comecei a lhe falar o quanto parecia ter sido difícil escutar aquela história, que ela sentia por não ter seus pais por perto e que nem sua avó e nem sua tia entendiam muito bem o que ela sentia ... Aos poucos ela foi se acalmando, levou a mão até meu crachá e começou a brincar com ele.

Esses trechos do diário de campo mostram que, durante as ações, bebês e cuidadores puderam expressar medos, angústias e aflições, partilhar experiências, trocar dicas e construir, ainda que pontualmente, uma rede de solidariedade e suporte mútuo.

Outra incidência das ações de promoção de saúde mental voltadas à primeira infância foi no espaço educacional. Quando a equipe do Projeto Colaborativo se aproximou de algumas creches do território, havia muita demanda de avaliação e tratamento especializados por parte das equipes pedagógicas, e a sugestão ofertada foi de ver caso a caso, elucidando as percepções dos familiares e das equipes de educação e saúde. Duas creches aceitaram essa proposta, sendo que em uma esse trabalho vem sendo desenvolvido com mais regularidade, como explanado anteriormente.

Nesta unidade escolar, o trabalho partiu de uma lista com 21 bebês que, segundo avaliação da equipe da creche, necessitavam de acompanhamento especializado em saúde e/ou saúde mental em razão de atraso ou problemas de desenvolvimento. Por meio de articulações com as equipes de atenção básica do território, identificadas as particularidades de cada caso, consideradas e discutidas as percepções dos trabalhadores da creche, incluindo tanto as equipes de sala de aula quanto as de limpeza e merenda, fomos encontrando possibilidades de testar adaptações do espaço escolar, criar exceções na disciplina estabelecida, estabelecer combinações com as famílias, suprir lacunas de acompanhamento em saúde etc.

Para cada nome daquela lista foi lançado um olhar próprio, diferente, construído em parceria entre os setores da educação e da saúde, mediados pela atenção psicossocial. Um olhar que considerava as especificidades de cada bebê e buscava fazer valer suas reivindicações diante do que lhes era difícil ou causava algum tipo de sofrimento. Esse processo possibilitou que apenas dois bebês, um com atraso importante na fala e outro com indicações de autismo, fossem encaminhados para tratamento especializado em CAPSi.

Até aqui, busquei apresentar um panorama geral do que foi coletado ao longo do processo de trabalho no campo. No item a seguir, passo à análise desse material, a qual será dividida em três unidades temáticas, conforme as questões destacadas inicialmente.

5.2 Discussão e análise temática

5.2.1 A invisibilidade do desenvolvimento psíquico nas ações regulares de puericultura

A pesquisa demonstrou que a promulgação de nova Constituição (CF/88) no Brasil ofereceu bases jurídicas para que uma terceira geração de direitos humanos (VASAK *apud* NOVELINO, 2009; SILVA, 2005) encontrasse tradução normativa nas garantias de proteção integral e prioridade absoluta dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1988; 1990), estendendo sua incidência aos campos da saúde e saúde mental, ainda que tardiamente (COUTO; DELGADO, 2015).

Para a primeira infância, o direito à saúde, operado por meio da regionalização do SUS e da adoção da saúde da família como estratégia política de organização das ações e dos serviços (BRASIL, 2004b; RODRIGUES; ANDERSON, 2011), constituiu-se numa agenda que destacou o crescimento e desenvolvimento como eixo privilegiado do cuidado (BRASIL, 2004b), sendo, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), o principal instrumento para acompanhamento, promoção e vigilância em saúde infantil (BRASIL, 2012).

Os resultados das observações participantes realizadas apontaram, por um lado, a importância do vínculo longitudinal entre população e equipe de saúde, especialmente para o enfrentamento de situações delicadas, como as dos diagnósticos de HIV, sífilis, deficiência nutricional e possível atraso no desenvolvimento (referindo-me aqui, por exemplo, ao bebê “molão” que não ia ao chão para engatinhar). Por outro lado, estes mesmos resultados ratificaram o que a literatura apontou quanto ao uso parcial da CSC (IFF, 2017): em todas as consultas de puericultura observadas houve aferição e preenchimento dos dados do crescimento; em apenas uma houve a verificação dos marcos do desenvolvimento; e, em nenhuma, os dados, sejam de crescimento ou desenvolvimento, foram discutidos com as famílias (LIMA et al., 2016).

Os aspectos do desenvolvimento psíquico, entendidos como tendo direta articulação com as questões relacionais que envolvem cuidadores e bebês, ficaram praticamente invisibilizados nas rotinas de puericultura, apesar dos profissionais do CMS/ESF relatarem que gostariam de que seus processos de trabalho fossem organizados de modo a lhes permitir

ter um tempo maior para conversar com as famílias e perguntar ou saber do cotidiano delas e dos bebês, sem a rigidez dos protocolos obrigatórios colocados, por exemplo, pelo sistema eletrônico de prontuário.

Os dados também permitiram constatar que, se aparece algum problema relacionado ao desenvolvimento psíquico, não há uma linha guia específica para orientação e sistematização desse acompanhamento, ficando a cargo de cada trabalhador criar as próprias estratégias e buscar soluções, às vezes baseados apenas na própria experiência de maternidade/paternidade. Ou seja, aspectos pessoais, ao lado de outros advindos da formação profissional, têm sido utilizados para orientar o trabalho na puericultura.

O emprego da experiência pessoal como recurso de trabalho pode ser positivo e contribuir para um olhar mais perspicaz do profissional sobre o bebê, todavia, quando a experiência pessoal constitui a principal via de manejo é possível inferir a ausência de um guia qualificado de orientação para subsidiar as ações de cuidado. Estratégias de educação permanente, por parte dos gestores das políticas voltadas à primeira infância, poderiam contribuir para um trabalho mais sistematizado e, por consequência, qualificado, não tão dependente do que o profissional tenha como bagagem pessoal.

Neste CMS/ESF, durante a fase de campo, a gerência organizou uma capacitação em saúde da criança para as equipes de enfermagem e de agentes comunitários de saúde. A análise dos dois materiais de mídia (*PowerPoint*) apresentados permite afirmar que o foco dado pela gestão da unidade, naquele momento, estava todo no acompanhamento do crescimento e nas intervenções agudas de doença. Em ambos os materiais (*PowerPoint*) havia uma única menção ao tema do desenvolvimento, feita em formato de tópico, sem detalhamentos e, menos ainda, referência à temática do desenvolvimento psíquico.

Percebe-se que mesmo com a construção de novos modos de cuidar em saúde mental no Brasil a partir do início do século XXI, o tema do desenvolvimento psíquico, além de controverso, ainda se mantém na invisibilidade quando se trata da primeira infância. Apesar da atenção psicossocial preconizar a importância do cuidado integral em saúde, os resultados apontam que ela se mantém à distância da puericultura e de outras ações da atenção básica, sem conseguir enfrentar a fragmentação do cuidado e a desarticulação da rede, encontrando e reproduzindo processos de trabalho que reforçam a descontinuidade da assistência e a invisibilidade da saúde mental da criança.

5.2.2 O distanciamento dos temas da primeira infância e da promoção de saúde mental na atenção psicossocial de crianças e adolescentes

Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002a), a atenção psicossocial foi tomada como síntese da política pública brasileira de saúde mental, ocorrendo a inclusão do segmento infantojuvenil. Sob o fundamento da intersetorialidade (BRASIL, 2010a), ela é responsável pelo atendimento das demandas territoriais de maior gravidade, mas também, pelo agenciamento e organização da rede de cuidados de forma a potencializar a articulação e a colaboração entres os diferentes setores públicos voltados ao cuidado em saúde mental da infância e adolescência (COUTO; DELGADO, 2016).

O estudo de Teixeira, Couto e Delgado (2017) revelou, contudo, que ainda há, no campo da atenção psicossocial, um distanciamento entre proposição e execução, com barreiras que dizem respeito ao desconhecimento da atenção básica sobre o modo de cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, à desarticulação da rede, à falta de fluxos efetivos e ao baixo acesso ao serviço especializado de saúde mental dos casos mais graves e complexos.

A experiência em campo ratifica esses achados. Os profissionais, muitas vezes bastante angustiados, demonstraram suas dificuldades em incluir a saúde mental nas rotinas de puericultura, afirmando sentirem-se aliviados e apoiados a partir da minha presença regular na unidade como pesquisador e trabalhador da atenção psicossocial, na expectativa de que pudesse ajudá-los com um olhar diferenciado (especializado, talvez) sobre bebês e cuidadores. O mesmo apareceu na creche, quando, recentemente, para avaliação das ações realizadas ao longo do ano de 2019, a equipe afirmou que a presença da equipe do Projeto Colaborativo contribuiu para diminuição da angústia das professoras e dos familiares, e levou à inclusão do tema da saúde mental no cotidiano, o que foi traduzido na fala da diretora como uma “mudança em toda comunidade escolar”.

Isso revela, porém, o quanto a atenção psicossocial tem se apresentado distante dos temas da primeira infância e seus profissionais, ainda que não tenham sido entrevistados diretamente neste estudo, parecem não estar sensíveis a essas questões.

Como afirmado inicialmente, o cuidado em saúde na primeira infância é na atenção básica, e a atenção psicossocial, retomando seu mandato, pode (e deve) colaborar para o acompanhamento longitudinal dos bebês, realizando no ambiente da atenção básica ou na comunidade, por exemplo, ações conjuntas de promoção de saúde mental, apoiando consultas

de puericultura ou contribuindo para a permanente qualificação dos profissionais de outros campos e setores sobre o tema da saúde mental de crianças e adolescentes.

5.2.3 O potencial efeito de qualificação produzido pelo trabalho regular e colaborativo da atenção psicossocial

A presença regular de um profissional da saúde mental junto às equipes dos diferentes dispositivos de acompanhamento da primeira infância sugere efeitos de qualificação do trabalho quanto aos aspectos do desenvolvimento psíquico.

No âmbito da atenção básica, os desafios colocados pelos processos de trabalho para a primeira infância apareceram, mais de uma vez, como obstáculo para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico. Embora existam diretrizes adequadas, a observação no campo apontou que as equipes parecem estar, com frequência, perdidas com relação a isso. De uma perspectiva, afirmam não ter condições práticas para detectar esse tipo de problema durante as puericulturas, de outra, quando detectam, não sabem o que fazer, como intervir e buscam o encaminhamento para o CAPSi.

O apoio às rotinas de puericultura, em especial por meio das ‘oficinas de massagem para bebês’ e das ‘rodas de conversa sobre saúde infantil’, mostrou que ações conjuntas podem ser uma maneira de a atenção psicossocial, ao mesmo tempo, contribuir para o acompanhamento longitudinal e qualificar o trabalho dos profissionais, superando a manutenção de uma lógica assistencialista e medicalizada (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

Muitas das queixas que sustentam a proposta de detecção precoce, como a da Lei 13.438/17, que propõe rastreamento universal em descon sideração às peculiaridades de vida de cada bebê, advêm da expectativa de que um teste não deixaria escapar aquilo que parece não conseguir adentrar a rotina da puericultura nos consultórios das equipes da ESF – o que, de um lado, os profissionais manifestaram não ter tempo para fazer, e os familiares, de outro, solicitaram, tais como, oportunidade para falar da rotina em casa, tirar dúvidas que podem parecer banais, dizer dos medos, angústias e dores sentidas.

No âmbito da educação, a presença regular da atenção psicossocial se mostrou capaz de fazer uma espécie de costura do cuidado, mediando a comunicação com as equipes de saúde, ajudando a construir um olhar longitudinal sobre os bebês no espaço em que eles

passam a maior parte do tempo, propiciando que o acompanhamento do desenvolvimento psíquico se dê de maneira mais articulada e contínua, com detecção a tempo das dificuldades, dispensando a necessidade de encaminhamentos desarrazoados e prescindindo da aplicação de protocolos de rastreamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa Dissertação, partindo da premissa de que a articulação entre a atenção básica e a atenção psicossocial pode produzir condições efetivas de acompanhamento do desenvolvimento integral dos bebês e propiciar ações de cuidado, buscou analisar os impasses e as possibilidades de uma experiência de contribuição da atenção psicossocial para a qualificação do cuidado longitudinal da primeira infância, especificamente no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico, sob a égide da promoção de saúde mental.

As expectativas iniciais eram de que se pudesse: a) colaborar para a ampliação da base de conhecimento dos profissionais que cuidam de bebês quanto aos aspectos do desenvolvimento psíquico e ao conteúdo e o uso da CSC; b) sensibilizar e qualificar o cuidado continuado na atenção básica em parceria com a atenção psicossocial; c) ampliar e fortalecer as estratégias intersetoriais de assistência e cuidado para a primeira infância; e, d) se possível, descobrir e compartilhar novas possibilidades de ações de promoção de saúde mental para este fim específico.

Parte dos resultados esperados foi alcançada. Contudo, como restou demonstrado no Capítulo IV, uma outra parte ficou prejudicada em decorrência dos atravessamentos ocorridos em razão do desmonte da saúde pública operado a partir do final do ano de 2018. As sucessivas demissões e ameaças a que os trabalhadores estiveram submetidos gerou um clima de preocupação e, por consequência, uma desmotivação que impossibilitou a realização dos grupos focais e da oficina de intervenção.

Ainda assim, o trabalho no campo pôde acontecer por meio da observação participante e os resultados, embora limitados a um território específico e a experiência ali desenvolvida, apontaram que a “presença viva” (COUTO; DELGADO, 2016) da atenção psicossocial junto aos dispositivos territoriais de acompanhamento dos bebês é capaz de fortalecer o cuidado em rede e colaborar para que questões do desenvolvimento psíquico tenham maior visibilidade nas rotinas de puericultura.

Dentre outros, um resultado que se destacou foi a inclusão do tema da saúde mental de crianças e adolescentes no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica e, em especial, da creche, o que favoreceu a acuidade desses trabalhadores para certas dificuldades no desenvolvimento das pequenas crianças e os encorajou a enfrentar as questões e desdobrar

os problemas a partir das singularidades de cada caso. Esse movimento de ir e vir, traduzido como uma costura do cuidado que media a comunicação entre as equipes da saúde e da educação, permitiu que a inclusão da atenção especializada, quando necessário, significasse a corresponsabilização do cuidado.

Essa maneira “costurada” de construção longitudinal do cuidado reafirma a territorialidade e a intersetorialidade como fundamentos das políticas de saúde infantil – PNAISC e MLPI (BRASIL, 2015; 2016a) – e saúde mental (BRASIL, 2010a).

A colaboração se mostrou, portanto, uma “via de avanço real” (TEIXEIRA, COUTO & DELGADO, 2017, p. 1934) para o campo da atenção psicossocial no cuidado da primeira infância, indicando a premência de que os CAPSi reflitam sobre a importância do tema, implementem estratégias de formação permanente e estabeleçam processos de trabalho que os permitam se fazer ‘presenças vivas’ nos cotidianos dos territórios e favoreçam a lida com questões do desenvolvimento psíquico.

Essa parece ser uma importante proposta deixada por este estudo para seguir na defesa da longitudinalidade do cuidado propiciada pela Estratégia Saúde da Família e da Caderneta de Saúde da Criança como principal instrumento de vigilância em saúde, ratificando, assim, a crítica a qualquer defesa de aplicação de protocolo de rastreamento de *risco para o desenvolvimento psíquico*.

Em momentos de esgarçamento do tecido social, encolhimento da democracia e avanço do projeto neoliberal, faz-se premente a luta contra qualquer tentativa de esvaziar o SUS e reduzir o sistema de proteção social do Estado brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. C. **Caderneta de Saúde da Criança: estudo de utilização e de fatores associados à leitura pela mãe**. 168 f. Tese (Doutorado em Ciências). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2016.

ALMEIDA, A. C. et. al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. **Rev Paul Pediatría**, São Paulo, 34(1), 122-131, 2016.

ALVES, C. R. L. et. al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(3), 583-595, 2009.

AMARAL, L. Planalto anuncia nomeação de Imbassahy e novo Ministério dos Direitos Humanos. **G1**, 2017. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/planalto-anuncia-nomeacao-de-imbassahy-e-novo-ministerio-dos-direitos-humanos.ghtml>. Acesso em: 18 nov. 2019.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11(3), p. 491-494, 1995.

ANDRADA, B. F. C. C. **Sentidos e desafios do autismo para o território: um estudo etnográfico**. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Washington, 8(1/2), p. 85-91, 2000.

ANSERMET, F. Sobre uma doídice deletéria em torno do autismo. Tradução de Cristina Drummond, publicado no blog **Autismo hoje e psicanálise lacaniana**, em 08 set. 2017. Disponível em: <http://autismoepsicanalise.blogspot.com/2017/09/sobre-uma-doidice-deleteria-em-torno-do.html>. Acesso em: 19 jan. 2020.

ANTUNES, A. Política Nacional de Atenção Básica: retrocessos a caminho? **EPSJV/Fiocruz**. Reportagem online, publicada em 04 ago. 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-nacional-de-atencao-basica-retrocessos-a-caminho>. Acesso em: 27 maio 2018.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, 67(6), p. 1000-1007, 2014.

ARRUDA, A. A. **ABC dos sinais de sofrimento psíquico na criança pequena de 0 a 3 anos – Cartilha para a Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Campina Grande: EDUFPG, 2012.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, 81(1), p. 7-13, 2005.

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**, 24(2), 401-410, 2019.

BRASIL. Decreto nº 8.659, de 05 de abril de 1911. Aprova a lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental na República. Rio de Janeiro: DOU, 1911.

_____. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estrada de ferro no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Rio de Janeiro: DOU, 1923.

_____. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro: DOU, 1937.

_____. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília: DOU, 1970.

_____. Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. In: **CLBR**, Rio de Janeiro, 12 out. 1979.

_____. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Brasília: DOU, 1979.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DOU, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 189/SAS, de 11 de dezembro de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. Brasília: DOU, 1991a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de assistência à saúde perinatal – PROASP: bases programáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991b.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/SAS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: DOU, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1994a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 692/GM, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). Brasília: DOU, 1994b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: DOU, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 01 junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabelece princípios e diretrizes. Brasília: DOU, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 693/GM, de 05 julho de 2000. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília: DOU, 2000b.

_____. Lei nº 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. Brasília: DOU, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: DOU, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução-módulo 1**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 964/GM, de 23 de junho de 2005. Aprova a Resolução MERCOSUL/GMC Nº 04/05 e seu anexo intitulado “Informação Básica Comum para a Caderneta de Saúde da Criança”. Brasília: DOU, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: DOU, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395/GM, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico- Consultivo para a sua implementação. Brasília: DOU, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: DOU, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011e.

_____. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 451, de 2011. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília: DSF, 2011f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Posição do Ministério em relação ao PLS 451, datado de 17 out. 2011g. Documento obtido via Lei de Acesso à Informação.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica, nº 33**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Fórum nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Câmara dos Deputados. Comissão de Seguridade Social e Família. Projeto de Lei nº 6.687, de 2009 (Apenso: PL nº 5.501, de 2013; e PL nº 6.183, de 2013). Relator Deputado Dr. Rosinha. Brasília: Sala da Comissão, 2014c. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1290823&filename=Tramitacao-PL+6687/2009. Acesso em: 18 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130/GM, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2015.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: DOU, 2016a.

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: DOU, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 3/GM, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: DOU, 2017a.

_____. Câmara dos Deputados. Discussão, em turno único, do Projeto de Lei nº 6.687, de 2009, sobre a obrigatoriedade, na assistência à saúde da criança e do adolescente, das intervenções necessárias à promoção, proteção e recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento. Brasília: DCD, 2017b, p. 167-198.

_____. Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília: DOU, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 8-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS.** Orientação acerca da Lei nº 13.438/2017. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/SEI-25000.472346_2017_93.pdf. Acesso em: 26 ago. 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2017e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Formulário de Posicionamento sobre Proposição Legislativa, datado de 10 abr. 2017f. Mimeo. Documento obtido via Lei de Acesso à Informação.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria da República no Distrito Federal - 1º Ofício de Seguridade e Educação. Procedimento nº 1.00.000.017073/2017-31. **Recomendação GAB-LLO/ PRDF nº 01/2018.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/02/recomendação.pdf>. Acesso em 26 ago. 2018. Brasília: Ministério Público Federal, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. SVS/CGIAE. **Mortalidade infantil e na infância.** Evolução da mortalidade na infância nos últimos 10 anos (2007 a 2016). Brasília, 2018b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>. Acesso em 23 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. 12 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 51-67.

_____. Prefácio. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.) **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006, p. 11-12.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS ... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde soc.**, São Paulo, 2(1), 9-24, 1993.

CAVALCANTI, P. C. S. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23(4), 1297-1316, 2013.

CECCON, R. F. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22(2), 177-183, 2014.

CEGV - Centro de Estudos Galba Velloso. **Relatório Final do III Congresso Mineiro de Psiquiatria**. Belo Horizonte, 1979. Disponível em: <http://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/25>. Acesso em 16 jun. 2018.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. A Lei 13.438 precisa ser anulada. **CFP**, 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/lei-13-438-precisa-ser-anulada/>. Acesso em: 26 out. 2017.

CHAUI, M. A nova classe trabalhadora brasileira e a ascensão do conservadorismo. In: JINKINGS, I; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 15-22.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Ascom - Cofen. **Brasil registra alta na mortalidade infantil pela 1ª vez desde 1990**. COFEN, 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-registra-alta-na-mortalidade-infantil-pela-1a-vez-desde-1990_64307.html. Acesso em 23 fev. 2020.

CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Nota técnica**. Posicionamento do CONANDA sobre a Lei 13.438/2017. Disponível em: <http://www.direitos>

dacrianca.gov.br/documentos/notas-publicas-dos-conanda/nota-publica-de-posicionamento-do-conanda-sobre-a-lei-no-13-438-2017/view. Acesso em: 15 nov. 2017. Brasília: CONANDA, 2017.

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

_____. À guisa de apresentação: a Saúde Mental sob o marco da Saúde Pública. In: COUTO, M.C.V.; MARTINEZ, R. G. (Orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: NUPPSAM / IPUB / UFRJ, 2007, p. 9-12.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, 27(1), 17-40, 2015.

_____. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & LYKOUROPOULOS, C. B. (Orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 161-192.

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, 30(4), 390-398, 2008.

CRESPIN, G.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto PREAUT. In: JERUSALINSKY, A. (Org.). **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015. p. 436-455.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3ª ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.43-58.

DELFINI, P. S. S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2), 357-366, 2012.

DELGADO, P. G. G. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(3), 452-453, 2001.

_____. Por uma Clínica da Reforma. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Caderno Saúde Mental - ESP MG**, 1, 59-66, 2007.

_____. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, 63(2), 1-121, 2011.

_____. Reforma Psiquiátrica. In: GRIGOLO, T. M.; MORETTI-PIRES, R. O. (Orgs.). **Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos** [Recurso Eletrônico]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014, p. 11-28.

DELGADO, P.G.G.; WEBER, R. A Redução de leitos não significou redução de financiamento para a saúde mental o Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 29(2), 194-195, 2007.

DELGADO, P. G. G. et al. (Orgs.). **Fiocruz/Gulbenkian - Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Fiocruz/ Fundação Calouste Gulbenkian/ Organização Mundial de Saúde/ Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 2015. 90 p.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FERNANDES, C. M. **Psicanálise para aqueles que não falam? A imagem e a letra na clínica do bebê**. Salvador: Instituto Viva Infância, 2011.

_____. **O sofrimento na pequena infância: uma introdução à psicopatologia do bebê**. 2 ed. Campina Grande: EDUFCEG, 2012.

FERNANDES, C. M.; TRAD, L. A. B. As armadilhas da prevenção e o cuidado socialmente contextualizado da primeira infância. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019, p. 50-60. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=423. Acesso em 12 jan. 2020.

GALLO, S. Biopolítica e subjetividade: resistência? **Educar em Revista**, Curitiba, 66, 77-94, 2017.

GOMES, L. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

GONÇALVES, R.W.; VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 46(1), 51-58, 2012.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10), 3255-3262, 2015.

GROULX, L. Contribuição da pesquisa qualitativa à pesquisa social. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 95-124.

HERKENHOFF, J. B. **Direito e cidadania**. São Paulo: Uniletras, 2004.

HOOGSTRATEN, A. M. R. J.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. A complementaridade entre sinais PREAUT e IRDI na análise de risco psíquico aos nove meses e sua relação com idade gestacional. **CoDAS**, São Paulo, 30(5), 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/codas/v30n5/2317-1782-codas-30-5-e20170096.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 25 jul. 2019.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

_____. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2017**. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2017/tabua_de_mortalidade_2017_analise.pdf. Acesso em 23 fev. 2020.

IFF - Instituto Fernandes Figueira. Fiocruz. Relatório integrado das pesquisas: Utilização da caderneta de saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância & Compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na estratégia de saúde da família. PEIXOTO, M. V. M. (Coord). 2017. 26 p.

INFANTE, D. P. Alguns aspectos históricos metodológicos relevantes dos IRDI. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019, p. 41-49. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=423. Acesso em 12 jan. 2020.

JERUSALINKSY, J. Detecção precoce de sofrimento psíquico *versus* patologização da primeira infância: face à Lei nº 13.438/17, referente ao Estatuto da Criança e do Adolescente. **Estilos clin.**, São Paulo, 23(1), 83-99, 2018.

KASSAR, S. B. et al. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, 89(3), 269-277, 2013.

KUPFER, M. C. M.; BERNADINO, L. M. F. IRDI: um instrumento que leva a psicanálise à pólis. **Estilos clin.**, São Paulo, 23(1), 62-82, 2018.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, 13(1), 31-52, 2010.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEITE, L. C. **Meninos de rua: a infância excluída no Brasil.** São Paulo: Atual, 2009.

LIMA, D. M. C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade.** 157 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2014.

LIMA, E. F. A. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 65(4), 578-585, 2012.

LIMA, L. G. et al. A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. **R bras ci Saúde**, João Pessoa, 20(2), 167-174, 2016.

LOSAPIO, M. F.; PONDÉ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, 30(3), 221-229, 2008.

LÖWY, M. Da tragédia à farsa: o golpe de 2016 no Brasil. In: JINKINGS, I; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016, p. 61-67.

LUGARINHO, L. P. Implantando a EBBS: uma narrativa. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Orgs.) **Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: a contribuição da estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013, p. 51-69.

LUGON, R. A.; ANDRADA, B. C. Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019, p. 98-114. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=423. Acesso em 12 jan. 2020.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. O que é um CAPSi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & LYKOUROPOULOS, C. B. (Orgs.). **O CAPSi e o desafio da gestão em rede**. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 87-99.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, L. V. Autismo, psicanálise e prevenção: do que se trata? **Estilos clin.**, São Paulo, 23(1), 114-129, 2018.

MARIOTTO, R. M. M.; PESARO, M. E. O roteiro IRDI: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. **Estilos clin.**, São Paulo, 23(1), 99-113, 2018.

MASCARENHAS, C. et al. Sobre a Lei 13.438, de 26/4/17: riscos e desafios. Nota pública, 2017. Disponível em: <http://psicanalisedemocracia.com.br/2017/08/sobre-a-lei-13-438-de-26417-riscos-e-desafios/>. Acesso em: 15 ago. 2017.

MÉNDEZ, E. G. **Infância e cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MIGUEL, L. F. A democracia na encruzilhada. In: JINKINGS, I; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2016, p. 31-37.

MINAYO, M. C .S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Sobre diferenças, desigualdades, direitos: raízes da patologização da vida. In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. (Orgs.). **Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp/ Abrasme, 2019, p. 14-30. Disponível em: https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=423. Acesso em 12 jan. 2020.

NASCIMENTO, M. L. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, 24(0), 39-44, 2012.

_____. **Pacificando a vida de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro: Nova Aliança, 2016.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3), 559-572, 2012.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9), 2012-2020, 2009.

NOVELINO, M. **Direito Constitucional**. 3 ed. São Paulo: Editora Método, 2009.

NUPPSAM – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental. IPUB/UFRJ. Rede, território e atenção psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial (Projeto Cuidado Colaborativo). Relatório das atividades realizadas no ano de 2016. COUTO, M. C. V.; TEIXEIRA, M. R. (Coords.). 2017. 13 p.

_____. Rede, território e atenção psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial (Projeto Cuidado Colaborativo). Relatório das atividades desenvolvidas em 2017. COUTO, M. C. V.; TEIXEIRA, M. R. (Coords.). 2018. 24 p.

OLIVEIRA, R.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Os primeiros passos na intervenção com bebês em risco de sofrimento psíquico. **Desidades**, Rio de Janeiro, 16, 45-56, 2017.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2005 – Panorama Geral: para que todas as mães e crianças contem**. Genebra: OMS, 2005.

_____. Folha informativa – Transtorno do espectro autista. Folha informativa atualizada em abril de 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5651:folha-informativa-transtornos-do-espectro-autista&Itemid=1098. Acesso em: 27 abr. 2018.

ONOCKO CAMPOS, R. A promoção à saúde e a clínica: o dilema "promocionista". In: CASTRO, A.; MALO, M. (Orgs.) **SUS: resignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas, 2006, p. 62-74.

ONU - Organização das Nações Unidas. Resolução 217 A(III) – **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948.

_____. Resolução L. 44 (XLIV) – **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Nova Iorque, 1989.

_____. **Declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington DC: OPAS, 2005.

_____. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: OPAS, 2013.

PACHECO, L. F. **A Saúde Mental infantojuvenil, o Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente e os avanços ainda necessários: estudo a partir de um CAPSi**. 76 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Curso de Especialização em Atenção Psicossocial na Infância e Adolescência, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Publicado online em 09 de maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. Acesso em 18 jul. 2017.

PENELLO, L. M. et al. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. **Trivium**, Rio de Janeiro, 3(2), p. 106-113, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912011000200011. Acesso em 22 fev. 2020.

PENELLO, L. M. Introdução. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Orgs.). **Estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção da uma política de atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013, p. 15-24.

PENELLO, L. M.; ROSARIO, S. E. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política**

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, 53, p. 39-56, 2016.

PEREIRA, A. R. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, 19(38), p. 165-198, 1999.

PITOMBO, L. B.; MAIA, M. S.; ROSARIO, S. E. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): formando e transformando no campo da saúde pública. **Trivium**, Rio de Janeiro, 6(2), p. 109-116, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-48912014000200011. Acesso em 22 fev. 2020.

REIS, V. A crise que esmaga a saúde do Rio de Janeiro. **Abrasco**, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/crivella-e-crise-que-esmaga-saude-do-rio-de-janeiro/38022/>. Acesso em 14 jul. 2019.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção em Saúde. **Orientações para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro**. Documento [online], 2010a. Disponível em: http://subpav.org/download/biblio/SUBPAV_Manual_de_Orientacoes_para_Expansao_das_Clinicas_da_Familia.pdf. Acesso em 16 fev. 2020.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Instituto Pereira Passos. Sistema Municipal de Informações Urbanas – SIURB. Índice de Desenvolvimento Social (IDS) por Áreas de Planejamento (AP), Regiões de Planejamento (RP), Regiões Administrativas (RA), Bairros e Favelas do Município do Rio de Janeiro - 2010. Documento [online], 2010b. Disponível em: <https://www.arcgis.com/sharing/rest/content/items/fa85ddc76a524380ad7fc60e3006ee97/data>. Acesso em 01 mar. 2020.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Casa Civil. Projeto de Lei nº 999/2018, de 01 de outubro de 2018. Estima a receita e fixa a despesa do Município do Rio de Janeiro para o exercício financeiro de 2019. Rio de Janeiro: Diário da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, 2018a.

_____. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Casa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde – SUBPAV. **Reorganização dos serviços de atenção primária à saúde: estudo para otimização de recursos**. Documento [online], 2018b. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZACAO-DOS-SERVICOS-DE-ATENCAO-PRIMARIA-A-SAUDE-ESTUDO-PARA-OTIMIZACAO-DE-RECURSOS.pdf>. Acesso em 14 jul. 2019.

RIZZINI, I. Crianças e menores – do Pátrio Poder ao Pátrio Dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. In: RIZZINI, I; PILOTTI, F. (Orgs.). **A arte de governar crianças:**

a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 97-149.

RIZZINI, I; PILOTTI, F. A infância sem disfarces: uma leitura histórica [Introdução]. In: RIZZINI, I; PILOTTI, F. (Orgs.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil.** 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 15-30.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2004.

ROCHA, J. M. O ensino da pediatria e da puericultura. In: AGUIAR, A.; MARTINS, R. M. (Orgs.). **História da pediatria brasileira – coletânea de textos e documentos.** Rio de Janeiro: Nestlé, 1996, p. 203-206.

RODRIGUES, R. D.; ANDERSON, M. I. P. Saúde da família: uma estratégia necessária. **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis, 6(18), 21-24, 2011.

ROSA, T. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica? Novo texto traz mudanças importantes, mas mantém a Estratégia Saúde da Família como prioridade. **Consensus,** Brasília, 7(24), 16-21, 2017.

SANT'ANNA, C. C. O ensino da puericultura e da pediatria no Rio de Janeiro: a propósito do bicentenário da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Revista de Pediatria SOPERJ,** Rio de Janeiro, 10 (1), p16-20, 2009.

SANTOS, E. P.S. Desconstruindo a menoridade: a psicologia e a produção da categoria menor. In: GONÇALVES, H. S.; BRANDÃO, E. P. **Psicologia jurídica no Brasil.** Rio de Janeiro: NAU, 2011, p. 43-72.

SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development,** São Paulo, 22(2), p. 160-165, 2012.

SCHLICH, T. Objectifying Uncertainty: History of Risk Concepts in Medicine. **Topoi** 23(2), p. 211-219, 2004.

SEMER, M. Ruptura institucional e desconstrução do modelo democrático: o papel do judiciário. In: JINKINGS, I; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe? : para entender o impeachment e a crise política no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2016, p. 107-113.

SILVA, V. A. A evolução dos direitos fundamentais. **Revista Latino-Americana de Estudos Constitucionais**, São Paulo, 6, 541-558, 2005.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**, 26(1), 32-43, 2014.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2), 477-486, 2009.

TEIXEIRA, E. B. A análise de dados na pesquisa científica. **Desenvolvimento em Questão**, 01(2), 177-201, 2003.

TEIXEIRA, M. R.; COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Repercussões do processo de reestruturação dos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes na cidade de Campinas, São Paulo (2006-2011). **Estudos de Psicologia**, Campinas, 32(4), 695-703, 2015.

_____. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6), 1933-1942, 2017.

TENDLARZ, S. E. Lacan e o autismo em nossa época. **Opção Lacaniana online nova série**, 8(23), jul. 2017.

TELLES, W. Um século de pediatria. In: AGUIAR, A.; MARTINS, R. M. (Orgs.). **História da pediatria brasileira – coletânea de textos e documentos**. Rio de Janeiro: Nestlé, 1996, p. 147-152.

THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987, p 82-103.

_____. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

UNICEF/WHO – United Nations Children’s Fund, World Health Organization. **Innocenti Declaration**. Florença: UNICEF/WHO, 1990.

VIEIRA, M. C. S. **Reflexos possíveis: o olhar de Winnicott e Lacan para a constituição subjetiva**. 134 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

WILES, J. M. et al. A Pesquisa IRDI e seus desdobramentos: uma revisão da literatura. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, 17(3), 1140-1161, 2017.

WINNICOTT, D. W. Ansiedade associada à insegurança (1952). In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988, p. 205-210.

_____. O primeiro ano de vida: concepções modernas do desenvolvimento individual (1958). In: WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2018, p. 3-20.

_____. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

ZANOLLI, M. L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4), 977-987, 2001.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO I

PARECER 3.076.539 - CEP IPUB/UFRJ, em 12/12/2018



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico.

Pesquisador: LEANDRO FRANCA PACHECO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01906118.6.0000.5263

Instituição Proponente: Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ IPUB/

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.076.539

Apresentação do Projeto:

Estudo de natureza qualitativa que visa compreender e analisar como tem se dado o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês (0 a 36 meses) na atenção básica, quando articulada com à atenção psicossocial. A pesquisa será desenvolvida por meio das técnicas de observação participantes, dois grupos focais e oficina de intervenção. O material coletado será analisado por meio de análise temática. Somado a bibliografia consultada para elaboração do texto final

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Compreender e analisar como tem se dado, em um contexto específico, o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês na atenção básica, quando articulada à atenção psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: se referem às questões de sigilo das informações fornecidas. Por este motivo, serão observados todos os critérios de confidencialidade nas etapas da pesquisa, os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não o de construção do conhecimento e todas as precauções serão tomadas para que não haja a identificação dos envolvidos na pesquisa.

Benefícios:a) no aprofundamento do tema sobre o cuidado da primeira infância na atenção psicossocial; b) na compreensão de como se dá esse cuidado; c) na descoberta de diferentes

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.076.539

possibilidades de promoção de saúde e saúde mental; d) na promoção de integração e articulação entre os diferentes setores responsáveis direta e indiretamente pelos cuidados da primeira infância; e) na compreensão do que orienta o trabalho dos profissionais com os bebês no campo pesquisado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante uma vez que tem um olhar sobre a articulação entre a atenção básica e a atenção psicossocial quanto ao cuidado longitudinal da primeira infância.

A investigação se dará em duas equipes, escolhidas por conveniência e contemplados os critérios de inclusão e exclusão definidos, que consideram, em síntese, o maior número de bebês em acompanhamento. Para tal, será realizado um levantamento prévio de informações sobre demanda e ações de puericultura nessa unidade de saúde, através de consulta aos dados consolidados anualmente pelo CMS, com ênfase na informação sobre a quantidade de bebês cadastrados em cada equipe nos últimos dois anos.

Os dados serão coletados por meio das técnicas de observação participante, grupo focal e oficina de intervenção.

O material coletado será gravado e transcrito, além da produção de diários de campo a partir da observação participante durante a coleta dos dados.

A hipótese levantada no tocante à atenção básica, é pela falta de entendimento de que a CSC é um instrumento de vigilância do pleno desenvolvimento infantil e de que o fortalecimento de estratégias intersetoriais é importante para se evitar os riscos de medicalização e patologização da infância; E no que diz respeito à atenção psicossocial, seus atores parecem não estar sensibilizados para o fato de que o exercício de um duplo mandato (cuidado e gestão) constitui uma estratégia potente para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico dos bebês, possibilitando detectar, a tempo, as necessidades que porventura surgirem, e construir ações de cuidado consonantes com elas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de anuência apresentada

Orçamento: Próprio e compatível

Cronograma: 2 anos, compatível

TCLE: Redação em forma de perguntas e respostas, demasiadamente longo e não apresenta o conteúdo dos riscos e benefícios que apresenta no projeto

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



Continuação do Parecer: 3.076.539

Recomendações:

No parecer versão de análise 1, nº 3.051.690, solicitamos inserir no TCLE, os riscos e benefícios, e de forma mais concisa, clara e objetiva, refazê-lo como um todo.

Isto foi prontamente acatado pelo pesquisador, conforme nova versão de TCLE, em anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

não há

Considerações Finais a critério do CEP:

DE ACORDO COM AS NORMATIVAS CONEP, É DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR, A EMISSÃO DE RELATÓRIOS PARCIAL E FINAL DE PESQUISA.

OS RELATÓRIOS SÃO ENVIADOS, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, CONSISTINDO EM BOA PRÁTICA DE PESQUISA.

ANÃO EXECUÇÃO DESTA ETAPA IMPLICA EM SANÇÕES PREVISTAS EM NORMATIVAS.

TODA E QUALQUER ALTERAÇÃO DE PESQUISA, EVENTO ADVERSO, COMUNICAR IMEDIATAMENTE, AO CEP, ATRAVÉS DA PLATAFORMA BRASIL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1212188.pdf	05/12/2018 06:30:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2_Leandro_Pacheco.pdf	05/12/2018 06:29:25	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_IPUB.pdf	27/10/2018 15:30:03	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Orçamento	orcamento_Leandro_Pacheco.pdf	26/10/2018 19:07:12	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Cronograma	cronograma_Leandro_Pacheco.pdf	26/10/2018 19:05:52	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Outros	carta_anuencia_SMS.pdf	26/10/2018 19:02:57	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Leandro_Pacheco.pdf	26/10/2018 18:58:11	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br



UFRJ - INSTITUTO DE
PSIQUIATRIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 3.076.539

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Rosa Gomes dos Santos Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71, 2º andar - FDS

Bairro: Botafogo

CEP: 22.290-140

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-5510

Fax: (21)2543-3101

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

ANEXO II

PARECER 3.116.947 - CEP SMS-RJ, em 21/01/2019

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico.

Pesquisador: LEANDRO FRANCA PACHECO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01906118.6.3001.5279

Instituição Proponente: Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.116.947

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado “Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico” pretende compreender e analisar como tem se dado o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês (0 a 36 meses) na atenção básica, quando articulada à atenção psicossocial. O campo da pesquisa consistirá na inserção do pesquisador em um Centro Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, onde funcionam oito equipes da Estratégia Saúde da Família, e seu desenvolvimento fará uso das técnicas de observação participante, grupo focal e oficina de intervenção. Ao todo, serão quatro etapas: 1) observação participante, com o propósito de acompanhar as consultas de puericultura e coordenar, em parceria com as equipes da ESF, oficinas de promoção de saúde e saúde mental; 2) primeiro grupo focal, com o objetivo de: a) compreender como os profissionais da atenção básica realizam o cuidado longitudinal e o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês; b) conhecer as estratégias que eles utilizam para detectar alguma dificuldade no desenvolvimento psíquico; e, c) conhecer o que fazem quando dificuldades no processo de desenvolvimento são detectadas; 3) oficina de intervenção, construída a partir dos dados iniciais recolhidos nas etapas 1 e 2, e realizada com os mesmos profissionais que participaram do primeiro grupo focal, será coordenada pelo pesquisador e visará: sensibilizar e qualificar o cuidado continuado na atenção básica em relação aos

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Continuação do Parecer: 3.116.947

aspectos do desenvolvimento psíquico, superar os impasses encontrados, construir e compartilhar novas possibilidades de promoção de saúde mental com bebês e seus cuidadores; 4) segundo grupo focal, realizado a fim de: a) recolher efeitos e possíveis mudanças no acompanhamento dos bebês que a oficina pôde proporcionar; e, b) analisar a contribuição da atenção psicossocial para qualificar o cuidado longitudinal da primeira infância, especificamente no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico sob a égide da promoção de saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender e analisar como tem se dado, em um contexto específico, o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês na atenção básica, quando articulada à atenção psicossocial.

Objetivo Secundário:

Compreender como os profissionais da atenção básica realizam o cuidado longitudinal e o acompanhamento do desenvolvimento psíquico dos bebês de zero a 36 meses; conhecer as estratégias que eles utilizam para detectar alguma dificuldade no desenvolvimento psíquico; conhecer o que fazem quando dificuldades no processo de desenvolvimento são detectadas; e, analisar a contribuição da atenção psicossocial para qualificar o cuidado longitudinal da primeira infância, especificamente no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento psíquico sob a égide da promoção de saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de questões relacionadas ao cuidado ampliado em saúde mental de bebês, cujo debate envolverá as relações entre os profissionais e entre estes e a população sob seus cuidados, o possível risco se refere às questões de sigilo das informações fornecidas. Por este motivo, serão observados todos os critérios de confidencialidade nas etapas da pesquisa, os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não o de construção do conhecimento e todas as precauções serão tomadas para que não haja a identificação dos envolvidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão satisfatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.116.947

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2_Leandro_Pacheco.pdf	05/12/2018 06:29:25	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Outros	carta_anuencia_SMS.pdf	26/10/2018 19:02:57	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Leandro_Pacheco.pdf	26/10/2018 18:58:11	LEANDRO FRANCA PACHECO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico.

Nome do Pesquisador: Leandro França Pacheco

Nome da Orientadora: Prof. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ e intitulada **Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico.**

O convite se deve ao fato de que você é profissional da atenção básica e participa diretamente do cuidado de bebês. Sua participação é voluntária e não representa ou se condiciona a algum tipo de despesa ou fonte de pagamento.

Antes de decidir se participará, é importante que entenda as propostas da pesquisa para verificar se concorda com elas. Reserve um tempo para ler cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações.

Você é quem decide se gostaria de participar ou não desta pesquisa. Se decidir participar, você receberá esta folha de informações para guardar, deverá assinar um termo de consentimento e poderá participar e propor questões ao longo de toda a atividade de pesquisa. Mesmo se decidir participar, você ainda tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento e sem dar justificativas. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades.

1. Objetivo da pesquisa:

A pesquisa tem por objetivo compreender e analisar como tem se dado o acompanhamento do desenvolvimento psíquico de bebês (0 a 36 meses) na atenção básica quando articulada à atenção psicossocial. Por isso, ela busca descrever e analisar como os profissionais da atenção básica realizam o cuidado longitudinal e o acompanhamento do desenvolvimento psíquico dos bebês,

conhecer as estratégias que eles utilizam para detectar alguma necessidade quanto ao desenvolvimento psíquico, conhecer o que esses profissionais fazem quando detectam alguma necessidade e analisar a contribuição da atenção psicossocial para o cuidado longitudinal da primeira infância

2. Etapas da pesquisa:

Você participará de três etapas:

- i. um grupo focal, que consiste em uma técnica de grupo parecida com uma entrevista, coordenado pelo pesquisador, em que serão feitas perguntas abertas, ou seja, que você poderá responder do modo que achar melhor, com o objetivo de estimular o debate sobre o tema do cuidado de bebês;
- ii. uma oficina, que será construída a partir das questões que surgirem no primeiro grupo focal e consistirá em uma atividade de formação realizada com os mesmos participantes do grupo focal;
- iii. outro grupo focal, também com perguntas abertas, que você poderá responder do modo que achar melhor, porém, desta vez, as perguntas terão o objetivo de estimular o debate sobre o que a oficina contribuiu para o cuidado de bebês.

Importante mencionar que todas as etapas são de caráter sigiloso. Seu nome não será revelado e as gravações realizadas serão, posteriormente, transcritas e armazenadas pelo pesquisador em meio digital por cinco anos, estando à sua disposição a qualquer momento.

3. Riscos:

Por se tratar de questões relacionadas ao cuidado ampliado em saúde mental de bebês, cujo debate envolverá as relações entre os profissionais e entre estes e a população sob seus cuidados, o possível risco se refere às questões de sigilo das informações fornecidas. Por este motivo, serão observados todos os critérios de confidencialidade nas etapas da pesquisa, os dados obtidos não serão utilizados para outros fins que não o de construção do conhecimento e todas as precauções serão tomadas para que não haja a identificação dos envolvidos na pesquisa.

4. Benefícios:

Os benefícios da pesquisa consistem: a) no aprofundamento do tema sobre o cuidado da primeira infância na atenção psicossocial; b) na compreensão de como se dá esse cuidado; c) na descoberta de diferentes possibilidades de promoção de saúde e saúde mental; d) na promoção de integração e articulação entre os diferentes setores responsáveis direta e indiretamente pelos cuidados da primeira infância; e) na compreensão do que orienta o trabalho dos profissionais com os bebês no campo pesquisado.

5. Contato para informações adicionais:

Pesquisador: Leandro França Pacheco

E-mail: leandropacheco@yahoo.com.br

Telefone: (21) 98398-5503 ou 3938-5516

Endereço: Av. Venceslau Brás, nº 71 - fundos, Botafogo. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), no IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto

E-mail: cris.ventura13@yahoo.com.br

Telefone: (21) 3938-5516

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71 – Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), no IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ)

E-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br

Telefone: (21) 3938-5510

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71 – Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto:

Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico.

Nome do pesquisador: Leandro França Pacheco

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____/____/____

1 – Confirmo que li e entendi a folha de informações para o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

2 – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar dar explicações, e sem que meus direitos legais sejam afetados.

3 – Concordo em participar da pesquisa acima.

Nome da pessoa participante: _____

Assinatura da pessoa participante: _____

Data: ____/____/____