

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE UNISINOS – MÃE DE DEUS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL**

**GREICE COLOMBO**

**UM OLHAR SOB O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO DE  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ROLANTE A PARTIR DO CAPS: PENSANDO  
NOVOS DIRECIONAMENTOS**

**Porto Alegre**

**2014**

**GREICE COLOMBO**

**UM OLHAR SOB O FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO DE  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ROLANTE A PARTIR DO CAPS: PENSANDO  
NOVOS DIRECIONAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, pelo Curso de especialização em Saúde Mental e Redes de Atenção Integral da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientador: Prof. Ms. Fábio Alexandre Moraes

**Porto Alegre**

**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Ms. Fábio Alexandre Moraes, que para além da orientação na construção do trabalho, foi me instigando ao longo destes últimos sete meses a pensar minhas práticas dentro do CAPS.

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo acompanhar as práticas de cuidado para com as crianças e adolescentes no município de Rolante, verificando se essas práticas estão alinhadas ao que preconiza a atual política nacional de saúde mental. Para isso, selecionei a Cartografia, que consiste em um dos métodos de pesquisa-intervenção possíveis, na qual o cartógrafo faz parte da construção do processo. O percurso dessa cartografia se dá a partir do olhar de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Compreendo que Rolante tem investido para ir ao encontro do que preconizam as políticas de atendimento de crianças e adolescentes e, digo isso, com olhos no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que segue constituindo e ampliando seus laços.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Criança. Adolescente.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COMDICAR	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Rolante
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FESTIVALE	Festival de Teatro do Vale do Paranhana
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAAS	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 ENTRANDO NO JOGO (METODOLOGIA).....</b>	<b>9</b>
<b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAUDE MENTAL NO MUNICIPIO .....</b>	<b>11</b>
3.1 HISTÓRIA DO ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ROLANTE ... COMO TUDO COMEÇOU.....	13
<b>4 ATUAL POLITICA DE ATENÇÃO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL .....</b>	<b>17</b>
<b>5 RETOMANDO A EXPERIENCIA: AS BRECHAS PARA OUTRAS POSSIBILIDADES.....</b>	<b>22</b>
5.1 ENCAMINHAMENTOS E ACOLHIMENTOS .....	22
5.2 ATELIÊ DE CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS .....	24
5.3 CASOS QUE CONVOCAM.....	27
5.4 FORMAS DE TECER O CUIDADO: REUNIÃO DE REDE E MATRICIAMENTO ....	30
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>37</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No decorrer da graduação em Psicologia, fui conhecendo as diversas áreas de atuação do profissional psicólogo. Na época, não era possível na minha organização trabalho/faculdade dispor de horários em que pudesse realizar estágios extracurriculares, que viabilizassem a articulação teórico-prática. As escolhas de locais de preparação eram muito sofridas, pois as oportunidades de estar no campo eram poucas.

Nessas possibilidades, destinei-me por estar próxima ao ambiente escolar, por vezes acompanhei as aulas de alunos do ensino fundamental, assim como suas professoras. Já em outro momento, escolhi estar perto de um grupo de adolescentes de 6ª e 7ª série, por meio de um projeto de pesquisa da faculdade, que visava à prevenção e à promoção da saúde. A experiência realizada em um município vizinho foi interessante, e despertou-me o desejo de poder fazer algo semelhante em Rolante. Em parceria com outros colegas, a proposta pode ser concretizada e o trabalho acabou ocorrendo por pouco mais de um ano. Já nos estágios finais, a clínica escola da faculdade foi o local escolhido, pois eu acreditava que era preciso vivenciar essa experiência, e ela, de fato, foi essencial para minha formação que, viria a descobrir depois, estava apenas começando.

Nas aulas que eu mencionei antes, realizadas durante a graduação, pouco me lembro de ter ouvido falar sobre saúde coletiva e saúde pública. Sei que ouvi, tenho registros inclusive, no entanto, naquele momento talvez não me chamasse tanta atenção assim. Depois de concluída a graduação, a única certeza que tinha era de que gostaria de trabalhar no município no qual nasci. O Centro de Atenção Psicossocial I Vida Nova (CAPS), já estava constituído em Rolante enquanto, na graduação, meus estágios aconteciam. Fiz contato com o serviço, como uma possibilidade de experiência, que me interessava conhecer, mas, como disse acima, foi o espaço escolar que me fisionou naquele momento, e acredito que tenha sido pertinente. Já como trabalhadora do CAPS, senti a necessidade de mergulhar na temática, de aprofundar-me em tudo que pertence ao mundo da saúde mental, quase que desconhecido aos meus olhos. O funcionamento do serviço, a troca com a equipe e com os usuários, seminários e a especialização foram delineando o trabalho, e nesse delineamento, o cuidado através do atendimento de crianças e adolescentes fisionou-me novamente.

A portaria nº 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) preconiza a constituição de CAPS I, em cidades com população maior do que 200.000 habitantes, sendo estes serviços destinados exclusivamente às crianças e adolescentes. No caso de cidades com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, são denominados CAPS I esses serviços substitutivos.

Como CAPS I visa o atendimento aos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, numa área territorial definida, sem limitações de faixa etária. O que significa que, todo CAPS I deve ocupar-se do cuidado com crianças e adolescentes, assim como do atendimento dos adultos (BRASIL, 2002a; BRASIL 2004a). Além do trabalho intramuros, oferecendo atividades destinadas ao atendimento direto, é preciso que esse serviço preocupe-se com a política que o rege, pensando o suporte as outras instituições que integram o território (escolas, APAE, atenção básica, Conselho Tutelar), o que vem ao encontro do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011a).

Frente às diversas questões que envolvem o atendimento a infância e adolescência, algo se torna indiscutível: o cuidado destinado às crianças e aos adolescentes precisa continuar ocorrendo. Pensando no município em questão, isso tem sido possível no CAPS I. As formas como se dá esse cuidado foram sendo apresentadas ao longo dos capítulos, sendo elas analisadoras, que nos possibilitam compreender a dinâmica da RAPS. Para dar conta dessa complexidade, a equipe utiliza, por exemplo, a educação permanente como recurso na melhoria dos processos de trabalho diário, além do matriciamento, das reuniões de equipe e das reuniões de rede.

Posto isto, o presente trabalho teve como objetivo acompanhar as práticas de cuidado para com as crianças e adolescentes no município de Rolante, verificando se elas estão alinhadas ao que preconiza a atual política nacional de saúde mental.



## 2 ENTRANDO NO JOGO (METODOLOGIA)

Decidi entrar no jogo, e, a partir dessa decisão, foi preciso definir de que forma o faria. Conhecer as regras era imprescindível, estas poderiam ser estudadas por mim de maneira isolada ou poderia permitir-me aprendê-las com os demais jogadores. Esses últimos são experientes, participantes de longa data, alguns dispostos a reavaliarem as estratégias de jogo sempre que necessário, outros, um pouco mais resistentes, mantendo-se firmes em suas posições. Cada um ao seu jeito, eles me receberam, me aceitaram na roda e pude, então, aproximar-me como aprendiz.

Convoquei-me a jogar/brincar<sup>1</sup> para, a partir daí, poder cartografar esse percurso no atendimento de crianças e adolescentes, na Rede de Saúde Mental do município de Rolante. Cartografar entendendo que este termo, conforme mencionado por Rolnik (2011), é algo que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que se dão os movimentos de transformação da paisagem - quando se pensa na construção de um mapa, por exemplo.

O cartógrafo não revela sentidos, mas os cria, já que não está dissociado ao que a autora chama de seu corpo vibrátil: pelo contrário, é através desse corpo, associado ao uso molar de seus olhos, que procura captar o estado das coisas e seu clima, para eles criarem sentido (ROLNIK, 2011). A Cartografia, como um dos métodos de pesquisa-intervenção possíveis, pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador, que não se faz por regras já prontas nem com objetivos previamente estabelecidos, trata-se de acompanhar um processo, e, dessa forma, o cartógrafo passa a ser protagonista nessa construção (KASTRUP, 2009; PASSOS e BARROS, 2009; PAULON e ROMAGNOLI, 2010).

Os jogos aos quais me refiro, estão por serem construídos ou alterados, o material necessário, por vezes, está pronto, sejam eles cartas, peças, brinquedos, estão ali, o que vai diferenciá-los é o brincar, é a forma como serão conduzidos, e isso não têm como ser estático. Comumente, as cartas estão embaralhadas, as peças estão misturadas, o que pode confundir os participantes. Cada jogo será novo e singular, que será delineado por aqueles que se convocarem a brincar/jogar.

Kastrup (2009) afirma que a atenção do cartógrafo não busca algo definido, mas abre-se ao encontro do inesperado, daquilo que pode vir a ser. Segundo essa autora, trata-se de uma concentração sem focalização, da necessidade de que o cartógrafo coloque em suspensão seus

---

<sup>1</sup> Quando me refiro ao jogo, falo do lúdico, do simbólico, necessário no atendimento de crianças e adolescentes que necessitam de algo para além da palavra, algo que lhes possibilite expressar seus sofrimentos e angústias. Estar tendo a possibilidade de trabalhar na Rede de Atenção Psicossocial e poder compor este espaço significa vibrar a cada objetivo alcançado junto com o usuário ou com a equipe da qual faço parte.

valores e seus pontos de vista pré-estabelecidos, os quais poderiam direcionar a produção dos dados, obstruindo o elemento surpresa, inerente a qualquer pesquisa que se intenta realizar a partir do método cartográfico.

O resultado do jogo é uma surpresa e se define a partir de boas estratégias, assim como de concentração e seriedade, por parte de cada jogador. Minha entrada no jogo se deu de forma bastante pretensiosa, objetivando divertir-me, entusiasmada com cada aposta. Não está nos planos competir, mas sim experimentar algo novo, que possa enriquecer a trajetória e que possa ser passado a diante. Um jogo em que não há certo ou errado e que vitoriosos serão todos os que extraírem algum aprendizado do processo.

Fazem parte desse trabalho, os usuários do serviço e seus familiares, a equipe que atualmente compõe o CAPS e também alguns daqueles que fizeram parte da construção da história de atendimento a infância e adolescência de Rolante. Assim como os profissionais que atuam nos diversos âmbitos da rede como Atenção Básica, Conselho Tutelar, Secretaria de Educação, Assistência Social e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), sempre presentes e implicados nas questões que emergem. As discussões acirradas e cansativas nas reuniões de equipe, as falas ansiosas e alteradas nas reuniões de rede mensais, e o bate papo nos corredores e no almoço, tudo foi instrumento para a construção das informações que sustentam o presente trabalho. Digo que fazem parte porque, a partir das vivências com estes técnicos e seus respectivos serviços, em diversos momentos ao longo desses quase dois anos, foi se constituindo essa Cartografia.

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO

Entendo como fundamental nesse momento, contar um pouco da história do município para que se possa, assim, ir alinhavando algumas possibilidades e seguir pensando sobre o atendimento das crianças e adolescentes do local.

Rolante localiza-se no Vale do Paranhana, região do Rio Grande do Sul. A emancipação do município ocorreu em 1954, tendo hoje aproximadamente 20 mil habitantes (BRASIL, 2010). Sua área é de 296,99 km<sup>2</sup>, sendo 78,2% área urbana e 21,98% área rural. Rolante está localizado às margens de um rio, do qual inclusive provém o nome da cidade. Conforme historiadores e descendentes da região, o nome Rolante surgiu do fato do rio, que serve de divisa, atualmente, entre esse município e o de Santo Antônio da Patrulha, ser impetuoso e violento no período de suas cheias, levando tudo de roldão. Sabe-se ainda que, devido à derrubada de muitas árvores nas águas fortes desse rio, os troncos iam “rolando” no período das cheias, com a finalidade de transportar as toras de madeira para as serrarias de Porto Alegre (ROLANTE, 2014).

A economia atual é basicamente sustentada pelo setor calçadista, porém, madeiras e fábricas de esquadrias, além de indústrias de biscoitos e de investimentos na produção agropecuária, também são geradores importantes de emprego e renda. Destaca-se, no interior do município, o cultivo da uva, utilizada, além do consumo *in natura*, na produção de vinhos, sucos, geleias e outros produtos, que são comercializados pelos produtores e que despertam o interesse dos visitantes, que podem desfrutar dessas delícias percorrendo o “Caminho das Pipas” localizado na comunidade de Boa Esperança.

O turismo tem ganhado espaço, em especial no âmbito rural, Além da possibilidade citada acima, cascatas são pontos de visitação o ano inteiro, mas intensificando-se, no verão, a procura por um bom banho e por belas paisagens. O Voo Livre, localizado no Morro Grande, é um espaço destinado aos amantes de esportes como asa delta e *paragliders*, a vista do local é linda e é uma ótima opção para um chimarrão ao final de tarde. Não posso deixar de destacar, ainda, a produção de cucas (de origem alemã, trata-se de um pão de massa doce assado, que pode conter recheios doces ou salgados e é coberto por uma farofa doce), tão famosas, ao ponto de termos uma festa anual destinada a essa guloseima.

A população local é composta, em sua maioria, por imigrantes de origem alemã e italiana. Suas famílias, na época de constituição do município (que ainda não havia se emancipado de Santo Antonio da Patrulha), desenvolviam-se numerosas, composta por muitos filhos, os quais, desde cedo, precisavam trabalhar na lavoura junto com os pais,

enquanto os demais ficavam responsáveis pelos serviços domésticos e pelo cuidado com os irmãos menores<sup>2</sup>.

Frente a tantas dificuldades, a infância era algo que não tinha nome, que não tinha tempo, que não tinha espaço. Em uma lógica, na qual muitos filhos significavam mão de obra para o trabalho, que era árduo, brincar tornava-se algo restrito. Se divertir com os pais, então, era algo inimaginável para muitos. Mesmo que, para a maioria desses agricultores, o estudo fosse sinônimo de um futuro melhor, muitas vezes, era proporcionado, aos filhos, por curto período de tempo, visto que, para além de séries iniciais, era preciso deslocar-se para longe, o que se tornava um limitador em épocas tão difíceis. Tempos em que as distâncias eram maiores, não apenas geograficamente falando, mas pelo distanciamento cultural entre a cidade, a vila e a colônia.

Assim, constituíram-se as histórias de vida de muitos dos pais das crianças e adolescentes de hoje, que vivenciam outro momento, em que até mesmo a agricultura e a tecnologia se fusionam gerando novas formas de trabalho. Tecnologia esta que proporciona o acesso a recursos infindáveis, no que diz respeito à comunicação (internet, celulares e computadores, para citar apenas os recursos que tem tido maior expansão nos últimos anos), que abre espaço para o conhecimento sem fronteiras, que disponibiliza informações de todos os lados o tempo todo.

Um novo jeito de viver, ao qual já, no nascimento, se é inserido<sup>3</sup>. Os pais da atualidade estão tendo que reformular diariamente seu modo de ser e agir, e, assim, como os pais, os serviços de saúde partilham dessa mesma tarefa. Pensar novos modos de ser e agir no CAPS frente à contemporaneidade lembra-me Merhy (2002), que conceitua as tecnologias de produção do cuidado como leves, leve-duras e duras.

---

<sup>2</sup> Retrato da minha própria história. Minha família é de origem italiana, meus avós paternos decidiram sair da colônia (Morro Grande) para residir no Centro de Rolante, deixando para trás o cultivo da uva. Eles encontraram nessa decisão outra forma de sustento, um local onde os seis filhos pudessem trabalhar nas fábricas de calçados, em expansão na época, e que os menores pudessem ainda seguir seus estudos.

<sup>3</sup> Ora, muitas vezes ouvi da minha mãe e da minha avó que as crianças eram enroladas em faixas até que se “firmassem”, visto serem tão frágeis. Hoje já saem do hospital vestindo uma roupinha da moda, como um mini adulto, que já nos dá “pano pra manga”, como diria minha mãe, ou seja, já nos dá outra temática a ser debatida em momento posterior.

### 3.1 HISTÓRIA DO ATENDIMENTO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE ROLANTE. COMO TUDO COMEÇOU...

Até o ano de 1994, embora houvesse necessidade, não havia profissionais contratados para a realização de atendimentos de Saúde Mental em Rolante. Ocorreu todo um processo de aprovação, por meio do Conselho Municipal de Saúde, para que cargos fossem criados, o que possibilitou a contratação, inicialmente, de dois psicólogos e um psiquiatra, que passaram a realizar atendimentos junto à atenção básica e ao hospital da cidade. As crianças e os adolescentes também eram atendidos, embora com poucos recursos, naquele recorte histórico, ou seja, tinha-se uma escassez de materiais diversos e brinquedos, e a falta de uma estrutura física adequada que proporcionasse uma qualidade maior aos atendimentos.

A partir da luta dos trabalhadores já envolvidos com a Saúde Mental no município, em maio de 2005, o CAPS abriu as suas portas. No começo, contava com apenas três profissionais e a sua estrutura física era bastante restrita. Na época, se iniciaram os trabalhos tendo, como dispositivos clínico-institucionais, a oficina de artesanato e, principalmente, os atendimentos psicológicos individuais. Ambos os recursos eram dedicados aos usuários maiores de 18 anos, devido a uma compreensão parcial da equipe com relação à Portaria nº 336 (BRASIL, 2002a), visto que ela não menciona diretamente as crianças e os adolescentes, em sua descrição característica de CAPS I<sup>4</sup>.

As crianças e os adolescentes do município, por vezes, eram atendidos pela própria Secretaria de Educação e pelo Conselho Tutelar. Importante salientar o lugar fundamental do Conselho Tutelar na instauração da rede de atendimento às crianças e aos adolescentes do município, que, com um olhar sensível de rede, em cada reunião de discussão dos casos difíceis e complexos, se dava conta de que, em nada adiantava um breve acolhimento, sem uma sistemática na atenção, oferecida em um espaço de escuta e produção de vida (VENTRE, 2014). A partir de 2008, com a chegada de uma psicóloga, voltada para o atendimento de crianças e adolescentes<sup>5</sup>, o espaço de escuta e o olhar para com esse público passou a se

---

<sup>4</sup> Esta descrição foi retirada de material escrito, disponível no serviço. Porém, relatos de colegas da época contradizem com essa definição, alegando que o CAPS, desde o início, teve, em sua composição, a equipe mínima completa, ou seja, a forma como o serviço foi iniciado não está clara.

<sup>5</sup> Essa colega, com toda a sua delicadeza, foi quem estimulou a ampliação dos olhares da cidade para o cuidado com as crianças e os adolescentes de Rolante. A atividade realizada de 2008 a 2013 foi singular e reflete a forma como segue a produção de cuidado para com esse público atualmente. Tive a oportunidade de trabalhar com ela por apenas alguns meses, em 2013, mas foi tempo suficiente para aprender a admirar sua atuação e seu profissionalismo, que me inspiram.

fortalecer, visto que as equipes que compunham a rede foram ampliadas e passaram a compartilhar o cuidado.

Com as modificações na composição do conjunto de trabalhadores da saúde mental, incluindo o CAPS, contava-se então, em 2008, com essa psicóloga, mais voltada à infância e à adolescência, um psicólogo para o atendimento do adulto, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois auxiliares administrativos. Assim, o trabalho da psicologia com crianças e adolescentes, nesse período, era compartilhado entre o Conselho Tutelar e o CAPS. Aos *pouquinhos, nas brechinhas da peneira*<sup>6</sup>, foi sendo montada uma sala, para acolhimento das crianças e dos adolescentes na unidade básica do centro, com brinquedos doados.

A partir dessa nova forma de olhar as crianças e os adolescentes no município, a abertura para o acompanhamento terapêutico de casos, que viviam em constantes internações, tornou-se possível, proporcionando intervenções com características menos institucionalizadoras, ou seja, mais condizentes com a política de saúde mental, em implementação no país. Até então, os casos complexos, e que não tinham continência da Rede, eram encaminhados, principalmente, pelo Conselho Tutelar, que acabava tomando decisões isoladas. Isso redundava em internações psiquiátricas e/ou, no caso de usuários de drogas, em longas internações em comunidades terapêuticas e clínicas. Além do alto custo financeiro para o município, esses lugares funcionavam (e funcionam) na lógica da exclusão. A equipe do CAPS passou a propor uma forma de cuidado diferenciada nesses casos, com abertura de novos espaços de atenção e de escuta, o que, de fato, reduziu significativamente o número de internações.

Com todas essas mudanças, em 2009, iniciaram-se os investimentos para melhor adequar a estrutura física, necessária para o atendimento das crianças e dos adolescentes, por parte da gestão municipal (que permaneceu na mesma composição até 2012). Como o investimento público não era suficiente, outras formas encontradas foram rifas e outras atividades promocionais realizadas junto à comunidade. A sala, localizada na unidade básica, precisava ser armada a cada encontro, e depois desmontada, o que dava à equipe a sensação de que, a cada dia, a infância e adolescência se desmanchavam. “Mas tudo que desmancha, mancha”<sup>7</sup> (VENTRE, 2014).

---

<sup>6</sup> Referência ao texto de Manoel de Barros, renomado escritor brasileiro.

<sup>7</sup> Frase retirada de um texto, o qual fui presenteada por uma das psicólogas que menciono nesse trabalho.

Essas “manchas marcas” foram se fazendo não só de respingos, mas de pinturas definidas, com o passar dos meses. Com o ingresso da nova gestão da saúde mental, em 2010, e o intenso desejo de alguns trabalhadores do CAPS, que sustentavam, na informalidade das redes quentes, conversas com a gestão de saúde sobre a instauração do espaço das crianças e dos adolescentes, ousou-se trazer os atendimentos para dentro do CAPS. Ficava a pergunta (que ainda persiste), de como seria possível lidar, no mesmo espaço, com duas dimensões complexas, a crise do usuário adulto e os atendimentos das crianças. De que formas seriam feitos os investimentos em profissionais, em estudo, para acolhimento da demanda crescente que se encontrava as portas do CAPS.

Porém, o desejo de sustentar o lugar para as crianças e os adolescentes e a micropolítica da invenção cotidiana davam forças a equipe. Essa se questionava sobre a institucionalização para o CAPS, quando os atendimentos eram oferecidos no espaço mais poroso da cidade<sup>8</sup>. Entretanto, naquele momento, fortalecer um discurso e uma direção em relação à saúde mental das crianças e dos adolescentes foi necessário, ressaltando-se que a premissa da equipe era seguir no investimento permeável da rede.

Em 2010, uma das trabalhadoras do CAPS se dispôs a adequar uma das salas do serviço para o atendimento de crianças e adolescentes, criando um ambiente colorido e composto por brinquedos diversos, jogos e livros. A sala, que se mantém no mesmo espaço até hoje, é organizada frequentemente pelas profissionais da equipe, objetivando mantê-la apta ao uso. As reuniões de rede, entre a educação, a assistência, a saúde e o Conselho Tutelar, passaram a se tornar constantes e mensais, colocando a palavra e a corresponsabilidade em cena para o trabalho.

Foram se constituindo as primeiras oficinas e grupos do CAPS para as crianças e os adolescentes, além de eventos anuais, como o acampamento voltado aos pré-adolescentes e adolescentes e a festa da criança. Outro marco importante de 2012, que se preserva até hoje, foi a manutenção das Assembleias realizadas no serviço. Momento em que, as crianças e os adolescentes, com seus familiares e amigos, são convidados para discutir sobre o funcionamento do CAPS, dar sugestões, trazer críticas, no sentido de, em conjunto com a equipe, melhorar as condições do trabalho.

Com o passar dos anos, a estrutura física do CAPS foi sendo modificada e ampliada, bem como a sua equipe técnica. Hoje, é coordenada por uma enfermeira e conta com três

---

<sup>8</sup> Refiro-me à unidade básica de saúde. Nesse período, eu ainda não compunha a equipe, da qual vim a fazer parte a partir de fevereiro de 2013. Esse trecho é trazido, em relato, não só pela colega que já não atua mais no serviço, como também pela equipe atual, em que retomamos sempre a essa dúvida.

psicólogos, uma psiquiatra infantil, uma psiquiatra para os adultos, uma assistente social, uma técnica em enfermagem, uma auxiliar de limpeza, uma auxiliar administrativa e um estagiário de educação física. O CAPS atende, atualmente, em torno de 140 pessoas por mês, conforme o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Esse se trata de um sistema recente, instituído pelo Ministério da Saúde, tendo como principal objetivo o monitoramento das ações e dos serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Ainda seguimos com muitos impasses, tais como: as dificuldades inerentes ao trabalho interdisciplinar, o que nem sempre é possível; a fragmentação de horas dos profissionais; uma rede de educação que atenda de forma inclusiva, etc. Mas, apesar dos impasses, o CAPS tem se fortalecido, em conjunto com a rede e seus usuários, espaços de potência preciosos na comunidade. Podemos citar como exemplo disso, a Semana da Luta Antimanicomial, que já se direciona para sua 4ª edição, sendo que, em 2014, o evento foi acrescido ainda pela 1ª Semana da Diversidade, quando, em um Festival de Música<sup>9</sup> intitulado *Loucos Pela Vida*, solicitou-se como temática para os inscritos, composições que falassem das diferenças e singularidades do ser humano.

Rolante, com a proposta de não recuar no pacto de consolidação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para crianças e adolescentes, constitui-se como uma das poucas cidades de 20 mil habitantes do Rio Grande do Sul, de que se tem notícia, que aposta no cuidado territorial a esse público.

---

<sup>9</sup> Integrantes da Oficina de Música do CAPS, acompanhados pela atual coordenadora do serviço, que é apaixonada pela militância, assim como pelo tradicionalismo gaúcho. Todos trabalharam intensamente nos meses que antecederam o festival, sendo ministrados ainda pelo professor de música, que foi contratado até a realização do evento, tempo suficiente para disparar trocas de experiências ricas entre usuários, equipe e a comunidade Rolantense.



#### **4 ATUAL POLITICA DE ATENÇÃO AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

Resultado de um amplo processo de debate por toda a sociedade brasileira, a promulgação da Carta Constitucional de 1988, marco da democracia e dos direitos, teve o mérito de afirmar, sem ressalvas, no artigo 227, a condição cidadã de crianças e adolescentes, assegurando-lhes:

[...] o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Esse mesmo processo de afirmação da condição de sujeitos de responsabilidades e direitos, tributado a crianças e adolescentes, resultou na promulgação da Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Diferente do olhar fragmentado e não integrador, que levava a institucionalização do cuidado dirigido a essa parcela da população, a base normativa e política do atual campo da saúde mental vêm objetivando a construção de um novo patamar de ações para o cuidado de crianças e adolescentes, (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005) a lei n.º 10.216 (BRASIL, 2001). O que vem ao encontro dessa proposta, pois dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, propondo, assim, que o usuário possa ter cuidados adequados e, principalmente, mantendo-o inserido na sociedade.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, assinalou os efeitos perversos da institucionalização de crianças e adolescentes (BRASIL, 1994) e as 3ª e 4ª Conferências Nacionais de Saúde Mental, ocorridas em 2001 e 2010 (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2013) foram incisivas sobre o tema. Determinavam que as ações político-assistenciais, necessárias para que um novo tempo se instaurasse, no que tange ao cuidado e tratamento de crianças e adolescentes, não fossem postergadas, pelo contrário, que essas ações fossem pensadas de imediato. A partir das conferências citadas, foi proposta a montagem de um sistema intersetorial e abrangente, diante da complexidade de demandas que envolvem a saúde mental dessa população, nomeando-o, assim, de Rede Pública Ampliada de Atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2013).

Embora se tenha um caminho percorrido, no Brasil, desde então, conforme descrito acima, pesquisadores questionam o déficit com relação à ausência de políticas públicas destinadas à saúde mental de crianças e adolescentes, principalmente no caso de países em desenvolvimento. O que se identifica comumente é que, as políticas de saúde mental existentes estão relacionadas aos problemas da população adulta prioritariamente. Os fatores de risco e proteção, assim como as intervenções voltadas para as crianças e para os adolescentes, necessitam de cuidados diferenciados. Logo, as políticas, destinadas a esse público, devem ser constituídas levando-se em conta essa singularidade (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008; RIBEIRO, PASSOS, NOVAES e DIAS, 2010).

É recente o entendimento de que a saúde mental de crianças e adolescentes é uma questão de saúde pública e que integra o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. As ações relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes foram, por muito tempo no país, delegadas a instituições filantrópicas, aos setores educacionais e de assistência social, o que originou um adiamento, por parte do poder público em enfrentar os problemas nessa área (BRASIL, 2005, RIBEIRO *et al.*, 2010) .

O principal marcador de mudança dessa situação se deu a partir da Lei nº 10216 (2001), que instituiu a reforma psiquiátrica no país, garantindo os direitos e a proteção de todas as pessoas em sofrimento, acometidas por um transtorno mental. Existem, hoje, ações em direção à implantação de uma política de saúde mental para crianças e adolescentes com um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do SUS. A principal finalidade dessa política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder, com efetividade, as necessidades de crianças e adolescentes. (COUTO, DUARTE e DELGADO, 2008; RIBEIRO *et al.* 2010).

Se o serviço inclui, no desígnio de suas competências e obrigações, o trabalho com os demais serviços e equipamentos do território, então, se entende que ele está permanentemente construindo a rede (BRASIL, 2005). Bezerra e Dimenstein (2008) relembram que, a articulação da rede deve incluir, ainda, os recursos da comunidade, para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados as pessoas com transtornos mentais.

A rede a qual me refiro neste trabalho é a RAPS, estabelecida por meio da Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011a). Entre as diretrizes de funcionamento da RAPS está a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e a organização dos serviços em rede de atenção à saúde

regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais, para garantir a integralidade do cuidado.

Em estudo realizado com coordenadores de 21 CAPS, da região metropolitana de Porto Alegre, no quesito rede de serviços e intersetorialidade, os entrevistados afirmaram que, quase sempre, ocorrem discussões de casos com os profissionais de outros serviços de saúde. A maioria dos entrevistados afirmou, ainda, realizar discussões de casos com profissionais de serviços intersetoriais frequentemente, porém 32% apontaram que nunca ou raramente as fazem (LEAL e DE ANTONI, 2013).

Investigou-se também, na pesquisa, se os CAPS em questão possuíam parcerias com serviços de saúde e intersetoriais, sendo essas compreendidas como contatos com outras instituições para a realização de atividades em conjunto com o CAPS. Enquanto 76% dos entrevistados alegaram ter parcerias com outras instituições de saúde e 81% dos CAPS afirmaram possuir parcerias intersetoriais, principalmente com instituições das áreas de Assistência Social (88%), da Educação (53%) e do Judiciário (41%) (LEAL e DE ANTONI, 2013).

Rolante também tem caminhado na direção da intersetorialidade, acreditando na potência em que, uma rede porosa pode se constituir e a partir disso fortalecer o trabalho no município. Um dos eixos essenciais na continuidade de construção da rede é o chamado encaminhamento implicado. Esse se trata de um processo de desconstrução da lógica de passar o caso adiante, e propõe que aquele serviço que está encaminhado inclua-se no encaminhamento, o que significa envolver-se em todo o processo, mantendo-se em discussão com o serviço destinatário do caso ou situação (BRASIL, 2005).

As crianças e os adolescentes encaminhados ao CAPS de Rolante chegam, em sua maioria, portando documentos de referência provenientes da atenção básica ou laudos escolares, que descrevem questões comportamentais e de conduta, consideradas inadequadas, descontroladas, impulsivas e agressivas. Geralmente, essas manifestações são identificadas em sala de aula, por um pedido de ajuda, da própria família, feito diretamente ao CAPS ou ao Conselho Tutelar, que aciona o serviço, ou pela pediatra ou psicólogo da atenção básica. O que vem ao encontro do que foi mencionado por Campos (2012) em *E agora, quem os educa? Holding, handing e continuidade: funções claudicantes na política pública de saúde mental para crianças e adolescentes*.

Destaca-se, no Caderno de Saúde Mental da Atenção Básica nº 34 (BRASIL, 2013), o quanto essas buscas são comuns. Famílias queixosas de crianças, que segundo seus relatos, mantém um comportamento considerado inadequado, pois não param quietas, ou não

obedecem na escola/casa, ou seja, o comportamento, do ponto de vista dos cuidadores/responsáveis, é indicado como algo a ser tratado pela equipe. Essa busca é apontada no caderno mencionado acima, como sendo derivada da própria família ou da escola, com pedidos de laudo, para que o aluno siga em sala de aula, por exemplo. Em muitos desses casos, as crianças são encaminhadas a exames clínicos e neurológicos, a fim de descartar algo que possa estar interferindo no comportamento da mesma e, raras são as vezes que apresentam alterações em seus resultados (BRASIL, 2013).

Quadros psicopatológicos mais graves, como psicoses, autismo ou depressões severas, são atribuições do CAPS e, embora estejam presentes, são menos frequentes e talvez digam algo sobre o serviço (BRASIL, 2004a). Será que não existem ou não chegam, por que não estamos no território por tempo suficiente para uma aproximação? Ou ainda mais: talvez digam algo da cultura do município. Levanto essa hipótese porque, assim como as situações mencionadas acima, chegam também, em proporções irrisórias no serviço, os casos de uso e abuso de substâncias químicas lícitas e ilícitas entre crianças e adolescentes, que se entendem não serem condizentes com a real situação do local.

Atualmente, o acesso da criança e do adolescente no CAPS de Rolante se dá por meio das unidades básicas, do hospital, do Conselho Tutelar, do CRAS e da escola. Em dois bairros da cidade, a unidade básica conta com um psicólogo, que realiza atendimento ambulatorial. Esse atendimento é realizado a partir da procura espontânea ou de encaminhamentos solicitados pelos médicos dessas unidades.

Esses dois locais não contam, hoje, com uma sala equipada para atendimento de crianças e adolescentes. O psicólogo, esse que atua nas unidades, participa de reuniões mensais com a equipe do CAPS e, segundo relato, direciona o trabalho principalmente para a família, entendendo que o mesmo deve ser iniciado com os responsáveis. Caso identifique necessidade de um atendimento mais intensivo ou contínuo, o profissional encaminha ao CAPS. Nos casos de atendimento a situações de crise, no plantão hospitalar, a equipe do local faz a continência inicial, por meio do uso de medicação. Em seguida, o CAPS é contatado, para que algum profissional do serviço desloque-se até o hospital antes que o paciente seja liberado, a fim de verificar a situação e iniciar o vínculo, quando necessário.

Com relação à educação, a secretaria tem contratado novos profissionais com vistas a constituição de uma equipe que trabalhe a inclusão. No momento, os casos de crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento, identificados em sala de aula, têm sido avaliados por essas profissionais e encaminhados ao CAPS, ao CRAS ou à Associação Pró Pessoa Portadora de Deficiência. Essa última, com a qual a Secretaria de Educação

recentemente estabeleceu uma parceria, é composta por uma equipe interdisciplinar, que se mantém por doações e promoções realizadas na comunidade, visto cobrança de valores irrisórios dos pacientes atendidos.

Outro serviço, ao qual a Secretaria de Educação tem parceria, é uma escola privada de educação especial, localizada na cidade vizinha – Taquara. Essa escola dispõe de ótima qualidade, atendendo principalmente aos casos de Síndrome de *Down*, paralisia cerebral e outros comprometimentos psicomotores significativos.

Visando à saúde e o bem estar das crianças e dos adolescentes de Rolante, o município dispõe de projetos esportivos, como futsal, futebol de campo, handebol, voleibol, atletismo, xadrez, tênis de mesa e *taekwondo*. Esses são realizados nas escolas, em turno oposto as aulas, ou estão envolvidos em competições dentro e fora de Rolante. Além disso, o acesso à cultura se dá, por exemplo, por meio do teatro, que ganha espaço nas escolas a partir de professores engajados e de alunos que se identificam com a proposta. Rolante sedia, anualmente, o Festival de Teatro do Vale do Paranhana (FESTIVALE), que esse ano, de 26 de maio a 01 de Junho, realizou sua XXIª edição. O evento tem duração de duas semanas, sendo que, na primeira, o espaço é destinado a peças teatrais convidadas ou inscritas na competição. Na segunda semana, são os alunos das escolas municipais e estaduais que realizam suas apresentações teatrais e competem entre si.

## 5 RETOMANDO A EXPERIÊNCIA: AS BRECHAS PARA OUTRAS POSSIBILIDADES

A seguir, descrevo algumas das intervenções realizadas na RAPS, das quais participo juntamente com colegas da equipe. Nos quatro momentos, o objetivo foi discutir o funcionamento atual da RAPS, compreender a sua dinâmica e seguir pensando a sua constituição, a partir do que preconiza a vigente política nacional de saúde mental.

A primeira parte trata-se de encaminhamentos e acolhimentos, realizados no serviço, e a possibilidade de educação permanente, como um recurso fundamental para que a equipe possa dar conta da diversidade de situações com as quais nos deparamos diariamente. A experiência de um Ateliê de Contação de Histórias, promovido semanalmente no CAPS desde 2013, compõe o segundo momento. Já a terceira parte, intitulada *Casos que convocam*, relato o percurso de um menino de 9 anos pela rede. Por fim, apresento as reuniões de rede e a proposta de matriciamento que tem se desenvolvido no município.

### 5.1 ENCAMINHAMENTOS E ACOLHIMENTOS

Os acolhimentos de crianças encaminhadas ao CAPS são realizados, atualmente, com data previamente agendada (exceto em casos de crise). Trata-se de um primeiro momento em que a criança, acompanhada por algum de seus responsáveis (geralmente a mãe), chega ao serviço. Ambos são recebidos para uma conversa/escuta e, em muitos casos, a ansiedade é intensa, visto que, talvez, esse chamado tenha vindo após algum tempo de espera por ajuda. No encaminhamento recebido, as queixas escolares, conforme já mencionado anteriormente, são relacionadas a comportamentos inadequados que, segundo relato escrito enviado pela escola, atrapalham a aula, os coleguinhas e incomodam os pais e a professora.

Em situações que demonstram agressividade, além do encaminhamento escrito, uma ligação pode ser recebida, pelo psicólogo, para que se acelere o processo. Afinal, o caso não pode esperar e deve ser tratado já. Acontecem ainda, incrivelmente, casos relatados de comportamentos prestativos demais. Isso mesmo, o aluno que tenta ajudar muito acaba atrapalhando e é encaminhado ao CAPS, afinal, uma medicação para acalmá-lo deve resolver isso.

Essa questão, indicada acima, ilustra como ocorrem à maioria dos encaminhamentos da infância vindos da rede para o CAPS. Conforme estudo realizado por Beltrame e Boarini (2013), em um CAPSi, encaminhamentos escolares ao serviço em questão comumente são

relacionados a problemas de aprendizagem e de conduta, o que, na maioria das vezes, não caracteriza algum transtorno mental. Essa questão é abordada ainda na publicação *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (BRASIL, 2005).

O texto, produzido a partir do Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil, aborda a possibilidade de desconstrução da demanda como proposta de tratamento. Nessa lógica, o próprio CAPS realizaria o trabalho de desconstrução, que, muitas vezes, implica em uma intervenção junto à escola. Por exemplo, quando encaminha situações de indisciplina ou os “problemas de aprendizagem” como se fossem questões de saúde mental, que necessitassem de tratamento. Nesse caso, estão implicados, no trabalho, os princípios de intersectorialidade e da construção de rede já mencionados neste trabalho anteriormente.

Os vários motivos que conduzem a esses encaminhamentos podem ser entendidos como: falta de informação clara e consistente, rede fragilizada, deslocamento do problema, alívio de desconforto, insegurança, sobrecarga nas escolas, crenças errôneas com relação ao “poder” da equipe de saúde mental, assim como associação direta de tratamento com medicamento. Frente à essas questões que desassossegam a rede, percebe-se como possibilidade o seguimento produtivo do trabalho a partir da Educação Permanente em Saúde, que é um dos objetivos estabelecidos para a RAPS (BRASIL, 2011a)

De acordo com Ceccim (2005), o conceito de Educação Permanente em Saúde objetiva ilustrar a ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação nessa área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões promovidas pela educação na saúde. Tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, a partir da construção da política nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004b), significou o alcance de uma importante meta formulada pela saúde coletiva no Brasil (CECCIM, 2005).

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS foi decorrente de um desafio, para que o setor da saúde passasse a corresponder às necessidades da população. Além de conquistar a adesão dos trabalhadores, constituiu-se, também, processos vivos de gestão participativa e transformadora, atraindo, assim, professores, alunos e pesquisadores a implementação do SUS de forma vigorosa (CECCIM, 2005).

Nesse viés, a equipe de trabalhadores do CAPS de Rolante, preza por espaços que sustentem a Educação Permanente. Esses se dão, atualmente, no serviço, em encontros mensais com Escola de Saúde Pública (ESP), na participação mensal em Fórum Macrometropolitano de Saúde Mental da Criança e Adolescente, promovido pela 1ª

Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), assim como em demais eventos para os quais a equipe é convidada a participar.

## 5.2 ATELIÊ DE CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

Como espaço coletivo dedicado a infância, o CAPS contava, no início de 2013<sup>10</sup>, apenas com um grupo semanal, que era composto por três crianças entre 7 e 11 anos. O dispositivo era caracterizado, na época, por um espaço de convivência, em que a interação com os demais era o principal objetivo. Algumas atividades como pinturas, desenhos, dobraduras, eram propostas a cada semana, no entanto, as mediadoras expressavam um descontentamento com o trabalho.

Tamanha frustração devia-se ao fato de que, ao final de cada encontro, o sentimento das técnicas era de vazio e impotência, como se as tentativas não fizessem sentido. O tempo do grupo era ocupado por gritos, correria, choro e, até mesmo, momentos de agressão física. As crianças, sempre muito agitadas, tinham dificuldades em aceitar um ao outro e não suportavam permanecer no grupo, o que provocava saídas da sala por diversas vezes, ao longo da atividade. Frente a esse incômodo, as mediadoras levantaram a possibilidade de trabalhar com o grupo por meio de contação de histórias<sup>11</sup>. Os livros, que variavam entre histórias clássicas e contemporâneas, eram um recurso já disponível no serviço, porém eram pouco explorados.

As histórias podem ser compreendidas como mediadores culturais, assim como os mitos, o teatro e as artes no geral. Essas vêm sendo utilizadas em todos os tempos, como formas de expressão das vivências emocionais mais intensas, primitivas e não verbais (CASTRO, 2009). A opção pelos contos infantis como mediadores simbólicos, entre as conflitivas da criança e a possibilidade de elaboração por meio da projeção, são fatores considerados fundamentais para que esses sejam utilizados como instrumento terapêutico

---

<sup>10</sup> Período em que passei a compor a equipe. Nesse primeiro momento, a atual coordenadora sugeriu que eu pudesse conhecer o serviço, fazer uma itinerância pelos espaços de grupos e oficinas já existentes, para então compor alguns deles ou iniciar com alguma nova proposta. O grupo das crianças, como era chamado, era realizado por uma assistente social e uma psicóloga, mas devido à reorganização de horários, ainda no período de férias da psicóloga, participei de alguns encontros do grupo com a assistente social e gostei bastante. Em reunião de equipe, refazendo calendário de grupos e oficinas para o ano de 2013, surgiu a possibilidade de seguir acompanhando o grupo em questão, visto que a psicóloga seguiria em outros espaços. Aceitei a proposta e segui com a outra colega até metade deste ano.

<sup>11</sup> Minha colega e eu entendemos que seria uma possibilidade trabalhar a partir das histórias e tentar dar um novo rumo ao grupo. Em função da diminuição de horas trabalhadas no serviço, a assistente social teve que deixar de participar do espaço, e definiu-se, em equipe, que uma nova psicóloga chegada em Abril de 2013, e iria ingressar no grupo.



(CADORE, LUDTKE, CASSEL, COSTA, RAMOS e DIAS, 2010). Por intermédio da história, a criança é auxiliada a reconhecer o material psíquico como pertencente a si mesma, através de mecanismos de identificação projetiva e introjetiva (CASTRO, 2009).

Referir as profissionais, assim como as histórias, como mediadoras, pode nos fazer pensar no conceito de intercessão. Esse é descrito por Mehry, como um encontro intersubjetivo ou intercessor, ao pensar na clínica como um debruçar sobre. Clínica que além de um saber tecnológico, é um agir em ato que favorece a porosidade, para a intercessão entre profissional e o usuário, no caso, as crianças participantes do Ateliê (MERHY, 2007). Não me parece possível pensar o trabalho com o grupo em questão sem pensar nessa intercessão.

Criou-se, juntamente com os participantes, uma espécie de ritual, que era conduzido da seguinte forma: iniciava-se o encontro com uma música, selecionada pelas crianças - uma canção de ninar. Enquanto a melodia tocava, todos se acomodavam em almofadas coloridas já dispostas em círculo. Propunha-se que esse fosse o momento para “relaxar” e “respirar”. Após, eram disponibilizados chapéus, óculos e plumas, para que, com adereços, a história se tornasse ainda mais atrativa. As próprias crianças definiram que os óculos e o maior número de adereços deveriam ser colocados no contador do dia, e assim ocorria. A partir disso, uma das mediadoras assumia a função de contar a história previamente definida.

As primeiras tentativas não obtiveram sucesso imediato, era difícil para todos manterem-se atentos. A sala, um espaço com muitos estímulos, não parecia ser o ambiente adequado à proposta. No entanto, com o passar de alguns encontros e seguindo a mesma combinação, as crianças já permaneciam ouvindo por um período maior e lhes chamava atenção poder acompanhar as gravuras, além de manusear o livro.

Eram muito comuns os dias em que o grupo chegava bastante agitado, tão comum quanto escutar “não quero ouvir história hoje, vou brincar sozinho” (sic). Porém, a combinação do dia era mantida e no decorrer da história, embora algumas das crianças seguissem distraídas com brinquedos e objetos da sala, quando as mediadoras percebiam, os olhinhos apareciam próximos ao livro e atentos às surpresas propostas a cada página virada. Pela identificação com os personagens, a criança enxerga, perante novos formatos, problemas antigos e situações da própria vida. A distância temporal e espacial do “era uma vez em um país distante...”, proporcionam que a criança veja com afastamento, o conflito do personagem, que também poderia ser o dela (CASTRO, 2009; GUTFREIND, 2010).

Após a história, geralmente, são propostas dramatizações, desenhos ou outras atividades em que os participantes possam recontar a história da sua maneira<sup>12</sup>. Muitas vezes, nesse momento, se observa conflitos, até que se defina em conjunto como será a brincadeira. Lobos assustadores circularam, por muito tempo, pelo grupo, a partir de histórias como *Os Três Porquinhos*, *Chapeuzinho Vermelho*, *Cuidado com o Menino*. Atualmente, têm sido reproduzidas com frequência histórias que remetem a família nas suas diversas construções e possibilidades.

O formato mencionado acima se mantém praticamente o mesmo até agora, o grupo completa pouco mais de um ano de trabalho. Momento em que as crianças participantes, por intermédio das histórias, têm condições de explorar e melhor lidar com experiências, afetos e pensamentos difíceis de serem expressos por meio da linguagem verbal. Contar histórias não é somente uma forma de propiciar um momento prazeroso para as crianças, é um modo de ampará-las em suas angústias, ajudando-as a nomear o que não pode ser dito, ampliando assim o espaço da fantasia e do pensamento (CADORE *et al.*, 2010).

Contar histórias para as crianças significa, para mim, enquanto trabalhadora da saúde, possibilitar um espaço em que, como sugere Merhy (2007), elas possam encontrar novas possibilidades de ser e agir, produzindo novos sentidos, se percebendo a partir de outro lugar, não aquele ao qual estão e que por vezes é tão difícil. Falo desse espaço comum as crianças participantes do Ateliê como um lugar difícil, por ser um estado de abandono, negligência e falta de afeto, que vão mostrando a essas crianças uma forma de viver, que até ali pode ter sido a única vivenciada. A partir dessa experiência, é que entendo que não só as crianças produzem novos sentidos, como nós, enquanto profissionais, vivenciamos essa intercessão e somos contemplados com um aprendizado ímpar.

As crianças que compõem o Ateliê de Contação de Histórias são as que estão em pauta nas reuniões de rede, nos contatos telefônicos das escolas e do Conselho Tutelar, pois são consideradas, por eles, como hiperativas, desobedientes e agressivas. Vale ressaltar aqui que, todas as crianças no grupo fazem uso de medicação – me questiono o quanto ela de fato é necessária, visto que a avaliação do contexto em que vivem parece justificar suas questões atuais. Assim, que outros meios podemos pensar que não a medicação? O grupo seria um desses meios?

Procuo responder a essa indagação de forma positiva, porque penso nas potencialidades, tanto do grupo quanto da rede. Juntamente com a equipe de Estratégia de

---

<sup>12</sup> A nova colega, com sua caminhada pelo Psicodrama, propõe que utilizemos além das histórias, a dramatização dessas construídas pelas crianças.

Saúde da Família (ESF) e as escolas, as quais cada uma das crianças participantes frequenta, pode-se ampliar o espaço do brincar dentro das casas, intercedendo junto aos pais, para que esses possam, ainda, sentirem-se a vontade e permitirem-se contar histórias aos seus filhos. E mais, que no território se possa ter acesso a livros de qualidade, destinados às crianças e aos adolescentes<sup>13</sup>. A partir do Ateliê de Contação de Histórias, a equipe do CAPS identificou, em conversas com as mães<sup>14</sup> das crianças participantes, a necessidade de abertura de um espaço para elas. Enquanto os filhos estiverem reunidos na sala de grupo, essas mães estarão reunidas junto a um técnico do serviço, tendo como objetivo pensar a forma como tem se dado as relações nessas famílias<sup>15</sup>.

### 5.3 CASOS QUE CONVOCAM

*Naquela manhã, Lino acordou triste. Lua havia desaparecido da loja de brinquedos (trecho do livro de André Neves<sup>16</sup>).*

Rafael (9 anos)<sup>17</sup> chegou ao CAPS em setembro de 2012, encaminhado pela escola. Essa informava sobre “agitação intensa, agressividade com professores e colegas, dificuldade de manter-se em sala de aula”. Na época, Rafael, que cursava o 2º ano em uma escola próxima a sua casa, estava “aterrorizando” a todos, inclusive aos moradores do bairro. Essa comunidade está localizada no interior do município e tem fama de resolver tudo a base de brigas.

Rafael é filho de Vani e de Carlos, que, popularmente, era conhecido como “*Bicho Ruim*”. O pai do menino era usuário de drogas, frequentemente envolvia-se em confusões e

---

<sup>13</sup> Por meio do COMDICAR – Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes de Rolante, o projeto foi contemplado no edital de 2014 e, dessa forma, foi possível aprimorar o trabalho a partir das tecnologias duras necessárias (MERHY, 2002). Os livros foram selecionados com todo cuidado, assim como os materiais diversos, que facilitam na dramatização da história contada ou até mesmo permitem à explanação através de pinturas, desenhos e colagens.

<sup>14</sup> Digo as mães, pois são elas que fazem o movimento de vinda para atendimento no CAPS. Duas das crianças residem com os pais e irmãos, a terceira criança reside com a mãe, os irmãos e o padrasto, tendo ocorrido a morte do pai em 11/2012, e a quarta criança reside apenas com a mãe e os irmãos, devido separação conjugal.

<sup>15</sup> Este grupo já está se estruturando, a partir de entrevistas individuais, desde o mês de Setembro do ano corrente.

<sup>16</sup> Autor pernambucano que se dedica à literatura infantil na arte de escrever e ilustrar.

<sup>17</sup> Todos os nomes utilizados na descrição do caso são fictícios, com vistas a manter o sigilo e cuidado ético.

foi morto a facadas em 2012, (conforme Rafael “por traição” (sic)), o que veio a agravar e muito o quadro da criança.

Rafael chegou a morar, por um período apenas, com o pai, quando esse já estava separado de Vani. Ao mesmo tempo em que fazia uso de drogas em frente ao filho, Carlos era um pai que protegia e que era amado pelo menino. Vani teve 4 filhos mais velhos que Rafael: Alice (20), Bernardo (17), Ricardo (15) e Isadora (13). Todos eram filhos de pais diferentes e com histórico de retirada (via Conselho Tutelar) ou saída espontânea de casa, por motivos relacionados à negligência ou suspeita de violação de direitos. Como no caso de Isadora, que foi morar com a irmã Alice, em uma cidade da Serra Gaúcha, no início de 2014, após ter revelado abuso sexual por parte do padrasto.

Conheci Rafael logo que cheguei ao CAPS. No meu primeiro contato com o grupo de crianças, lá estava ele. Rafael estava sem um técnico de referência para seguir seu acompanhamento. Recordo-me que uma das colegas da equipe me pediu que ficasse com ele, enquanto sua mãe estava em uma conversa com outra técnica do serviço. Após esse momento, senti-me convocada a seguir auxiliando em seu cuidado e me candidatei para tal desafio, tendo o consentimento da equipe.

Passei a acompanhá-lo desde então semanalmente, em atendimento individual e em grupo. Lembro que qualquer material ou objeto virava arma na mão de Rafael, quando explicitava, dessa forma, o desejo de vingança àqueles que tiraram a vida de seu pai. No CAPS, foi sendo possível trabalhar essa perda que é lembrada com saudade, frequentemente. No entanto, hoje, as armas já não fazem parte das brincadeiras e sim é reproduzido, por ele, o desejo de cuidado e carinho como qualquer outra criança. Rafael demonstra essa vontade quando, nas brincadeiras, escolhe ser o pai e pega o boneco, que representa ser seu filho, com muito cuidado lhe acaricia e brinca com ele, ou ainda, quando protege o filho no momento em que esse está doente.

A mãe de Rafael relata que ele ouvia dos colegas falas do tipo “teu pai era bandido, os bichos estão comendo teu pai embaixo da terra”. Nessas situações, a defesa de Rafael era a agressão intensa, que levava todos ao seu redor a crer que esse era mesmo filho de quem era e, assim, cada vez mais, todos queriam o distanciamento do menino, em especial a escola. Tanto foi que, já após ter ingressado no 3º ano, decidiu-se, numa discussão de Rede, o afastamento temporário de Rafael da sala de aula. O temporário virou definitivo e o menino, que tinha perdido o pai, perdia agora, também, o direito de aprender. De lá para cá, o Plano Terapêutico Singular (PTS) de Rafael já foi modificado inúmeras vezes, sempre com vistas a trabalhar o reingresso à escola.

Rafael foi levado para atendimento psiquiátrico (infantil) e neurológico em Porto Alegre, pois não havia atendimento no município. A médica lhe prescreveu Risperidona e Ácido Valpróico. Todas as expectativas da Rede estavam sendo depositadas no uso da medicação. Entretanto, Vani precisa comprar uma delas, o que tem dificultado, considerando que ela acha caro, mas sabemos que a renda familiar, derivada das pensões que recebe, é suficiente. Fica a pergunta se isso seria uma dificuldade de investimento no filho. Mais do que a consequência da medicação em si, o efeito simbólico da família de se responsabilizar por esse cuidado, haja vista todo o esforço da Rede, em criar as condições de atendimento e acompanhamento.

Já na escola, incluíam-se momentos com a psicopedagoga, a fim de seguir o processo de alfabetização, mas essa também desistiu de Rafael. A instituição de ensino demonstrava a desistência para com ele, a mãe, que tanto brigou quando ele foi afastado, também passou a não querer mais saber de quando ele voltaria para a rotina das aulas. Em peregrinação pelas escolas de fora do bairro de moradia, o filho do “*Bicho Ruim*” já estava conhecido e isso era o bastante para não quererem o menino por perto, pois ele era sinal de incomodação, e ninguém queria desacomodar-se.

Foi então solicitada, pela Secretaria de Educação, uma avaliação em escola especial, em uma cidade vizinha. Afinal, algo de muito errado havia de ter. Após indicação para frequência no local, a Secretária de Educação autorizou a ida de dois dias na semana. A equipe do CAPS foi explicar para Vani. Porém, a mãe achou ruim ter que ir junto com o filho até que ele se adaptasse. Muitas combinações foram sendo feitas, mas ela achava desculpas e acabava não levando. Passados dois meses, a Secretaria de Educação achou por bem que ele fosse diariamente, arcando com os custos, mas a mãe ainda assim resistiu e não o levou. Foi autorizada, então, pela escola e pela Secretaria de Educação que Rafael fosse sozinho no ônibus.

À vista disso, decidiu-se, em equipe, que eu fosse acompanhá-lo na primeira entrada no transporte rumo à escola. E assim foi feito, lá estava ele com a mochila na mão, ansioso, “será que agora ele vem?” (sic). O ônibus veio e Rafael foi à escola. Mas, logo em seguida, veio a dificuldade com o transporte. Isso porque, após levá-lo por um ou dois dias desacompanhado, o motorista decidiu que não o levaria mais, pois Rafael passava o trajeto perturbando as crianças especiais, que também seguiam para a mesma escola e as mães se incomodavam com seu comportamento. De lá para cá, inúmeras faltas, resistências por todos os lados, mas o menino já retoma o desejo pelas letras, já escreve de novo seu nome e o nome dos pais.

Vani não trabalha fora, alegando o fato de ter que cuidar de Rafael. Embora tenha sérios comprometimentos de saúde mental, Vani verbaliza ir ao CAPS exclusivamente em função do filho. A mesma faz uso de medicação, pois tem crises convulsivas desde muito cedo, segundo seu relato. Entretanto, as convulsões têm sido cada vez mais frequentes e já foram realizados encaminhamentos para a neurologia, visando à reavaliação. Vani não consegue impor limites ao filho, a não ser por meio de gritos e de agressão física, agindo de forma infantilizada quando se sente pressionada.

Ao mesmo tempo, observo a potência desse menino. Rafael é uma das crianças que participa do Ateliê de Contação de Histórias, referido anteriormente. Esse grupo compõe seu PTS, que inclui, ainda, como informado acima, atendimento psicológico semanal. Entende-se que, nas histórias, Rafael tem se agarrado, tem usado do mundo mágico, da fantasia, para encontrar sossego, para suportar, de uma forma mais leve, a vida, que em sua concretude tanto já lhe exigiu. *Lino* (NEVES, 2011)<sup>18</sup> talvez seja para Rafael, o personagem mais marcante, por meio do qual foi, minimamente, possível entender a partida do pai, naquele primeiro momento.

O relato descrito acima segue tendo ainda muitos capítulos. Avaliando o percurso desde que conheci Rafael, penso que esse teve muitos progressos. A rede psicossocial teve, e segue tendo, papel fundamental nesse caso e, é preciso destacar isso, sem dúvida. As articulações propostas e as muitas horas dedicadas a pensar sobre Rafael foram traçando um caminho. Porém, penso que, agora, a rede pode estar precisando rever alguns aspectos do trabalho e, digo isso frente à dificuldade com a qual nos deparamos ao seguirmos desenrolando esse emaranhado, que é o incluir. Rafael precisa ser incluído e esse nó me perturba! Pergunto-me o que nós, enquanto integrantes dessa rede, devemos fazer? Por onde devemos seguir para solucionar essa questão? O caso é de uma complexidade imensa e Rafael tem muito a nos ensinar, no que concerne a necessidade de movimentos de inclusão. Acredito que a rede precisa respirar e seguir ampliando seus olhares.

#### 5.4 FORMAS DE TECER O CUIDADO: REUNIÃO DE REDE E MATRICIAMENTO

Uma forma de ampliar os olhares são as reuniões de rede, que ocorrem mensalmente. Essas, geralmente, são compostas por representantes do CAPS, ESF, Secretaria de Saúde,

---

<sup>18</sup> História utilizada pelas profissionais que acompanhavam Rafael no momento em que o pai do menino morreu, auxiliando-o, assim, à elaboração do luto. Rafael, por vezes, retoma a busca pelo livro nas prateleiras da sala das crianças e dos adolescentes do CAPS.

Conselho Tutelar, CRAS, Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação e diretoras das escolas municipais. Conforme calendário previamente estabelecido, a reunião tem local (que é alternado a cada mês) e data já definidos, a cada início de ano.

Em um livro de atas, são registrados todos os assuntos debatidos no encontro. Esses, geralmente, são compostos de situações que circulam por entre os serviços e que parece não ter uma resolutividade, o que causa, aos trabalhadores, desânimo, isso se observa na desistência de participação. Ressalta-se que, a reunião de rede é sinônimo de crianças e adolescentes. São raros os casos discutidos que se voltem para o público adulto. O que parece ser um ponto positivo, pensando-se no espaço que tem se derivado a esse público, no entanto, é importante questionar-se o porquê que isso ocorre. Pode-se entender que o desgaste maior da rede, assim como suas maiores dificuldades, envolvem as crianças, em função de diversas situações, como dificuldades escolares, contexto familiar, questões relacionadas à negligência e a direitos violados, entre outros.

Uma problemática que tem se discutido nas reuniões de rede e também no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Rolante (COMDICAR) (BRASIL, 1990), do qual faço parte como conselheira, se refere ao número de abrigamentos. Esses, o município mantém financeiramente em instituição, que é localizada em uma cidade vizinha. Além do alto custo, a preocupação maior se dá devido ao fato de que muitas dessas crianças estão no abrigo há muitos anos, sem que tenham sido feitas intervenções junto às famílias de origem, visando o retorno para casa, resquícios de um período em que o olhar para esse público era precário.

Atualmente, a rede tem sido mais criteriosa quando em dúvida com relação a encaminhamento para o abrigamento. O trabalho tem se fortalecido, visando evitar que novos casos ocorram e, principalmente, tem se apontado a importância de criação de novos dispositivos, no município, que promovam o fortalecimento dos vínculos entre as famílias.

Outra possibilidade de trabalho, que propicia o fortalecimento da rede, é o matriciamento ou apoio matricial. Esse foi criado por Gastão Campos (1999) e consiste em um arranjo institucional recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011b). O matriciamento configura-se como um suporte técnico especializado que é ofertado para as equipes de atenção primária em saúde, objetivando ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas (MINOZZO e COSTA, 2013). Entende-se, ainda, como uma ferramenta de gestão, que surge com o objetivo de aumentar o grau de resolutividade das ações em saúde (CAMPOS, 1999).

Evidentemente, a complexidade dos problemas de saúde mental exige a articulação entre os serviços, os quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida. No campo de saúde mental, o território constitui o lugar onde as situações, as pessoas ou as relações mais complexas, que envolvem o seu (des) equilíbrio, estão presentes (PINTO *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2011). Ou seja, tanto nos momentos em que a criança e o adolescente, assim como sua família, estão fortalecidos, conseguindo manter-se em sua rotina diária, como nos momentos em que a família dessa criança ou adolescente se desestabiliza ou se desorganiza, é no território que essa situação vai aparecer e ser identificada.

No caso de Rolante, embora fosse planejado e discutido há muito tempo, iniciamos com a proposta de matriciamento em 2013, primeiramente, junto à equipe de Estratégia de Saúde da Família - ESF do bairro Rio Branco. Duas trabalhadoras do CAPS deslocam-se, quinzenalmente, até a unidade básica do local, onde são realizados os encontros, com a participação dos médicos e das enfermeiras que compõem a equipe. O resultado dessa proposta tem sido percebido a cada semana por ambas as equipes (matriciadores e apoiados). Muitos casos são direcionados a partir do matriciamento, melhorando, prioritariamente, o atendimento do usuário, assim como a organização da rede, que trabalha na lógica da corresponsabilização.

O trabalho tem sido tão significativo que, há cerca de dois meses, expandimos para uma nova equipe de Estratégia de Saúde da Família, localizada no bairro Alto Rolantinho. Componho, junto com outro colega do CAPS, a dupla de trabalho que participa dos encontros. Esses também são realizados quinzenalmente, na unidade básica do bairro, com a participação do médico, da enfermeira e dos quatro agentes comunitários de saúde (ACS) do território. A decisão de quem participaria das reuniões partiu da própria equipe de ESF, e a experiência tem sido positiva em todos os aspectos, mas, em especial, pela presença dos ACS, o que consideramos um avanço na forma de conduzir o trabalho, visto que esse trabalhador é um ator central, quando se pensa na atenção básica a partir da ESF (PICCININI e NEVES, 2013).

Quando os casos de crianças e adolescentes são discutidos no encontro, se ampliam os olhares da equipe para a família. Observa-se se há vinculação das pessoas presentes no contexto da criança e do adolescente com a ESF, caso não exista, a equipe de ESF mobiliza-se em aproximar-se dessa família. Ou ainda, já ocorreram situações em que a ESF acompanhava algum familiar da criança, mas não tinha informações de que a mesma estava sendo acompanhada no CAPS, por exemplo. Em ambas as situações, o matriciamento torna-se um facilitador do trabalho, além de ser um meio de qualificação desse.



Nossa proposta enquanto CAPS é seguirmos, aos poucos, ampliando o matriciamento dentro de cada território. Os saberes da comunidade precisam ser valorizados. Almeja-se que, a comunidade possa ser protagonista de seus próprios interesses, que possa enunciar, compreender e saber acerca de sua própria vida (BAREMBLITT, 2002). Para isso, as equipes de saúde precisam estar atentas, monitorando-se, para não realizarem a tutela da vida dos usuários. Rosane Onocko - Campos questiona, em um de seus trabalhos recentes, o porquê de a política pública fazer de conta que a pessoa não é responsável pelo seu papel na vida. (EMERICH, ONOCKO-CAMPOS e PASSOS, 2014).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta monografia se propôs a pensar de que forma o cuidado para com as crianças e os adolescentes de Rolante tem caminhado em direção às políticas de atendimento voltadas a esse público. A escrita desta possibilitou-me responder a esse questionamento (pelo menos em parte, pois acabam surgindo novas interrogações, que possibilitariam próximos trabalhos). Compreendo que Rolante tem investido em ir ao encontro do que preconizam as políticas de atendimento de crianças e adolescentes.

Digo isso, com olhos no fortalecimento da RAPS, que segue se constituindo e ampliando seus laços. A interação entre as equipes dos serviços, que compõe a RAPS, tem sido eficaz e, sem dúvidas, torna-se um facilitador frente às situações diversas do dia a dia. A gestão tem nos ouvido, enquanto trabalhadores de saúde mental, o que amplia a possibilidade de apresentação de propostas com vistas à melhoria na qualidade do trabalho realizado. Uma dessas propostas foi a de firmarmos um espaço de educação permanente dentro do serviço, que tem se mantido e tem sido uma ferramenta de trabalho valiosa, que nos põe a problematizar enquanto equipe e enquanto parte da rede.

Com relação aos aspectos que necessitam de aprimoramentos para seguirmos na ampliação e fortalecimento da RAPS, parece emergir a necessidade de constituição de uma política inclusiva real, que é urgente. Aponto isso, pensando nas muitas crianças e adolescentes como Rafael que, ou estão em sala de aula, sem estarem de fato incluídos ou estão em algum outro local, por vezes sem ter acesso ao cuidado. Crianças e adolescentes que sofrem por uma questão de saúde mental, pelo contexto disfuncional no qual estão inseridos, ou por alguma questão orgânica, enfim, são muitos os possíveis motivos que geram a exclusão.

Incluo-me, enquanto trabalhadora do CAPS, nessa rede, que precisa mover-se com relação à criação da política inclusiva. Pois, hoje compreendo que, a forma como conduzimos nossas atividades no serviço não nos tem permitido voltar-se ao trabalho direto dentro das escolas, por exemplo, podendo estar junto às crianças e aos adolescentes, não para “tratar suas doenças”, mas para promover a qualidade de vida por meio de propostas que lhes chamem atenção. E mais, precisamos estar próximos aos professores e ao corpo diretivo das escolas, profissionais que estão adoecendo em decorrência de seu trabalho e que, em nossos contatos, explicitam pedidos de ajuda, pois, se sentem sem saber como conduzir as problemáticas com as quais vão se deparando. Para Barembliitt (2002), não existem demandas espontâneas, ela é

sempre produzida, ou seja, para que se torne possível conduzir o trabalho dessa outra forma, é preciso desconstruir o pedido que nos chama as nossas funções instituídas.

A Atenção Básica tem uma importante função na ampliação do acesso e na redução de estigmas e preconceitos, podendo ser efetiva no manejo de muitas situações, mesmo naquelas que exigem parceria com serviços da atenção especializada (BRASIL, 2013). É natural que as equipes encontrem dificuldades com relação às questões voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes. Essas dificuldades estão relacionadas, em grande medida, ao caráter recente do reconhecimento de que, para crianças e adolescentes há possibilidade de emergência de sofrimento psíquico, que requererá acolhimento e cuidado (BRASIL, 2013). Frente a isso, reforça-se a importância do seguimento do trabalho de matriciamento, que já vêm ocorrendo no município, assim como a necessidade de ampliação desse.

O matriciamento, que já vem sendo realizado junto à duas das equipes de ESF do município, talvez seja o meio de campo para esse trabalho seguinte. Pretende-se, para além das reuniões quinzenais na UBS, utilizar-se dos momentos de encontro para mapear cada território, e, assim, conhecer suas potencialidades a serem exploradas. A aproximação com as escolas de cada bairro, com as igrejas, com as pessoas que são consideradas, pela comunidade, referência no local, com as empresas ali presentes, com os ginásios e as sociedades, ou seja, com todo e qualquer dispositivo possível. Acredito que essa aproximação do território, se feita com respeito, nos propiciará o elemento chave para realizarmos o cuidado com as crianças e os adolescentes e com suas famílias: o vínculo. Somente por meio do vínculo me parece possível ampliar o cuidado e promover a qualidade de vida.

Com relação à trajetória de construção da Cartografia, com a qual me comprometi no início do percurso, compreendo que não foi possível dar conta do que propus metodologicamente, e acredito que isso se deve ao momento que estou percorrendo. Venho de uma formação clínica para dentro do CAPS, e o objetivo da especialização foi justamente encontrar elementos aos quais eu não conhecia, e que suprissem essa lacuna com relação à saúde pública. Penso que este objetivo foi alcançado, pois, embora ainda esteja me apropriando do novo, almejo que minhas práticas tornem-se mais instituintes.

Quanto à condução do trabalho no CAPS, penso que, destes quase dois anos de experiência, muitas mudanças ocorreram. O serviço segue em evolução diariamente e eu sigo aprendendo a cada dia, com meus colegas do serviço e da rede, com os usuários e seus familiares. Acredito que, esse olhar deve seguir visando que, cada usuário, junto com suas famílias, aproprie-se de seu território, e que sua circulação não tenha limites, no que diz

respeito aos espaços potentes da cidade, que a criança e o adolescente possam vivenciar, e que sua vida não se limite a um diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5º ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guatarri, 2002.

BARROS, M. Exercício de ser criança. Ed. Salamandra, 1999.

BELTRAME, M. M. e BOARINI, M. L. Saúde Mental e Infância: Reflexões Sobre a Demanda Escolar de um Capsi. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 33. n. 2. 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000200007&script=sci_arttext). Acesso em 12 jan 2014.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 28. n. 3. 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 03 ago 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm). Acesso em 09 jul 2014.

BRASIL. **Lei nº 8069, de 13 de Julho de 1990**. Brasília: 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em 01 set 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 1994. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf). Acesso em 21 jul 2014.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Brasília: 2001. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em 01 jul 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM nº 336/2002, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília: 2002a. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf). Acesso em 10 jun 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2002b. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf). Acesso em 21 jul 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: 2003. Disponível em [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/diretrizes\\_saude\\_mental\\_atencao\\_basica.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/diretrizes_saude_mental_atencao_basica.pdf). Acesso em 18 out 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: 2004a. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>. Acesso em 17 set 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria GM/MS nº 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: 2004b. Disponível em <https://www.saude.gov.br/sgtes>. Acesso em 16 jan 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: 2005. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos\\_politica\\_saude\\_mental\\_infanto\\_juvenil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_politica_saude_mental_infanto_juvenil.pdf). Acesso em 18 abr 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**. Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431600&search=rio-grande-do-sul|rolante|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em 18 ago 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Brasília: 2011a. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 31 ago 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: 2011b. Disponível em <http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/controle/ShowFile.php?id=101002>. Acesso em 20 set 2014.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria nº 276, de 30 de Março de 2012. Brasília: 2012. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276\\_30\\_03\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0276_30_03_2012.html). Acesso em 27 set 2014.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica nº 34. Brasília: 2013. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf). Acesso em 06 jul 2014.

CADORE, C.; LÜDTKE, M. F.; CASSEL, P. A.; COSTA, A. M.; RAMOS, M. S. e DIAS, H. Z. J. 3º Jornada Interdisciplinar em Saúde. **Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão**. De conto em conto: a construção de histórias singulares. Santa Maria, 2010. Disponível em <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/127.pdf>. Acesso em 28 abr 2014.

CASTRO, M. G. K. Psicoterapia de grupo com crianças mediada por contos. *In*: CASTRO, M. G. K.; STÜRMER, A. e cols. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.4.n.2. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em 27 ago 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10 n.4. 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext). Acesso em 02 jan 2014.

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**. v. 30. n. 4. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4>. Acesso em 09 jun 2014.

EMERICH, B. F. ONOCKO-CAMPOS, R. e PASSOS, E. Direitos na loucura: o que dizem os usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2014. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014005031007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014005031007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 12 out 2014.

GUTFREIND, C. **O terapeuta e o lobo**: a utilização do conto na psicoterapia da criança. Rio de Janeiro: Artes e Ofícios, 2010.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *In*: PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas Do Método Da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

LEAL, B. M.; DE ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**. n 40. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>. Acesso em 01 ago 2014.

MERHY, E. E. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. III Sobre a clínica – ideias. Fórum de linguagem: clínicas da linguagem. Fórum de Ciência e Cultura. Curso de Fonoaudiologia da UFRJ, 2007. Disponível em <http://forumdelinguagem.com.br/textos/Texto%20Emerson%20Merhy.pdf>. Acesso em 05 set 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. Integrando CAPS e Saúde da Família: Apoio matricial em saúde mental. *In*: PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde Mental na Atenção Básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

NEVES, A. **Lino**. São Paulo: Callis, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. E agora, quem nos educa?  *Holding, handing* e continuidade: funções claudicantes na política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. *In*: ONOCKO-CAMPOS, R. **Psicanálise e Saúde Coletiva: interfaces**. São Paulo: Hucitec editora, 2012.

PASSOS; BARROS. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas Do Método Da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.



PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa-intervenção e Cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e pesquisas em Psicologia UERJ**. v.10. n.1. 2010. Disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>. Acesso em 28 jul 2014.

PICCININI, C. A.; NEVES, R. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. *In*: PAULON, S.; NEVES, R. (orgs.) **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; SAMPAIO, J. J. C.; LIMA, G. P.; BASTOS, V. C.; SAMPAIO, H. A. C. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17. n. 3. 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300011). Acesso em 22 ago 2014.

RIBEIRO, C. S.; PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G.; DIAS, F. W. A Produção Bibliográfica Brasileira Recente sobre a Assistência em Saúde Mental Infanto-juvenil: Levantamento Exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 5 n. 1. 2010. Disponível em [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5\\_n1/ribeiro\\_et\\_al.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n1/ribeiro_et_al.pdf). Acesso em 06 jul 2014.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do Desejo**. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS, 2011.

ROLANTE. Prefeitura Municipal. **História do município**. Rolante: 2014. Disponível em <http://www.prefrolante.com.br/?q=node/2>. Acesso em 01 set 2014.

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; BARROS, M. M. M.; QUINDERÉ, P. H. D.; GONDIM, L. G. F. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 21. n. 4. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000400021&script=sci_arttext). Acesso em 23 ago 2014.

VENTRE, A. L. **Tudo “que não invento é falso”**: memórias, marcas e experimentações na constituição de uma rede de atenção infanto-juvenil em um CAPS I. Artigo não publicado. Porto Alegre: 2014.

VINOCUR, E. e PEREIRA, E. V. F. S. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**. V.10. supl. 2. 2011. Disponível em [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=103](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=103). Acesso em 03 ago 2014.