

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**O COLETIVO: UM DISPOSITIVO DE CUIDADO INOVADOR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?**

Luciana Pelucio Ferreira

Brasília-DF, 2025

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



**O COLETIVO: UM DISPOSITIVO DE CUIDADO INOVADOR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?**

Luciana Pelucio Ferreira

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Linha de pesquisa: Saúde, Cultura e Cidadania.

ORIENTADORA: PROF^a. Dr^a. DAIS GONÇALVES ROCHA

Brasília-DF, 2025

LUCIANA PELUCIO FERREIRA

**O COLETIVO: UM DISPOSITIVO DE CUIDADO INOVADOR NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Linha de pesquisa: Saúde, Cultura e Cidadania.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Dais Gonçalves Rocha - (presidente)

Universidade de Brasília

Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos

Universidade de Brasília

Dr. Marcelo Pedra Martins Machado

Fundação Oswaldo Cruz Brasília

Dr. Rafael Dall Alba

Universidade de Brasília

Brasília-DF, 2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à minha rede de apoio, que me fortaleceu e sustentou ao longo de todo este processo.

Ao meu marido, Leo, companheiro, amigo e até professor, meu profundo reconhecimento e amor. Ele acreditou em mim mesmo nos momentos em que eu própria duvidava, esteve presente em todos os sentidos e me ofereceu apoio constante e incondicional.

Aos meus filhos, Caetano, Rô e Cauã, que, com suas doces ingenuidades, compreenderam a importância deste momento em minha vida, mesmo diante das minhas ausências. O orgulho que demonstram por mim e pelas minhas conquistas é motor para que eu continue acreditando na potência do conhecimento, da dedicação e da possibilidade de colher frutos significativos através deles. Vocês me inspiram a voar alto e ser exemplo.

À minha família, meus irmão, Leo, Lucas e, especialmente, minha mãe e ao meu pai, que sempre me transmitiram o valor do conhecimento, da ética e do cuidado com o próximo. Que meu pai, de alguma forma, esteja feliz por mim, tenho certeza de que, se estivesse entre nós, estaria profundamente orgulhoso. Saudades eternas!

Aos meus avós, Eva e Zé Oscar, minhas maiores referências de ética, implicação e amor. Vidas dedicadas à justiça social e à construção de um mundo melhor, deixam legados importantes para mim e para a história do Brasil através da luta política e da lealdades com os princípios humanos mais valiosos.

À minha orientadora, Dais, que, com sua gentileza, escuta generosa e sabedoria, humanizou essa caminhada, mostrando que é possível fazer pesquisa de forma cuidadosa e comprometida com a vida e projetos pessoais.

Aos companheiros e companheiras de caminhada profissional, que me ensinaram e ensinam tanto, e com quem compartilho a aposta cotidiana na potência do cuidado e na construção de políticas públicas.

Às crianças e adolescentes que, com suas presenças e afetos, foram também grande inspiração. Me ensinaram, no concreto da experiência, o que é estar junto, escutar e cuidar.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo analisar as micropolíticas do trabalho em Coletivo em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) no Distrito Federal, buscando compreender o funcionamento desse dispositivo como prática de cuidado na atenção psicossocial. Procurou-se identificar as interfaces entre a abordagem do Coletivo e os princípios da atenção psicossocial; caracterizar o Coletivo como dispositivo de cuidado; e investigar suas potencialidades, desafios e inovações no campo da saúde mental. O Coletivo, tal como vivenciado na pesquisa, configura-se como um espaço aberto e fluido, constituído enquanto um grupo, atravessado por afetos, encontros e práticas interdisciplinares, onde a clínica se desdobra para além das intervenções convencionais. Nele, prevalecem as tecnologias leves de cuidado, baseadas na escuta, no vínculo e na potência do encontro, articuladas aos saberes técnico-científicos da saúde mental. Sustenta-se como um trabalho vivo em ato, que se atualiza no cotidiano do serviço e opera em uma lógica não prescritiva e inventiva. A fundamentação teórica se organiza em quatro eixos: (1) os caminhos da reforma psiquiátrica brasileira e a consolidação da atenção psicossocial; (2) a atenção psicossocial voltada à infância e adolescência e os desafios da inclusão da saúde mental infantojuvenil nas políticas públicas; (3) o conceito de Coletivo, com base em Jean Oury e nos movimentos institucionalistas; e (4) as micropolíticas do trabalho vivo em ato, com foco na produção do cuidado como processo relacional e situado. A pesquisa adotou o método cartográfico, permitindo uma imersão vivencial no campo por meio da atuação como trabalhadora do serviço durante um ano. Os dados foram produzidos a partir de diários de campo, portfólios reflexivos, entrevistas e observações participantes, analisados com base em conceitos-analisadores construídos no percurso da investigação. Os resultados foram sistematizados em cinco categorias, que envolvem a discussão: (i) da construção coletiva do cuidado no CAPSi; (ii) da micropolítica dos encontros, do movimento e do inesperado no Coletivo; (iii) da transversalidade do cuidado e o trabalho interprofissional; (iv) das crises e tensões internas e externas no Coletivo; (v) da caosmose como potência criadora do dispositivo; e (vi) apresentação de produto técnico. As análises apontam que o Coletivo se constitui como uma ‘máquina abstrata’ de produção de encontros, escuta, corresponsabilização e práticas de cuidado inventivas, resistindo à lógica biomédica e fragmentada. Ao promover a transversalidade entre saberes e fortalecer o protagonismo de crianças e adolescentes, opera como dispositivo contra-hegemônico. Apesar dos desafios, como a rotatividade de profissionais, desmonte da saúde mental e a fragilidade das redes, destaca-se a potência instituinte do Coletivo, sustentada pelo engajamento das residências em saúde e por práticas ético-estético-políticas comprometidas com o cuidado integral, a autonomia e a invenção de modos de vida da maneira compartilhada e em constante devir.

Palavras-chave: Processos Grupais; Saúde Mental; Cuidado da Criança; Saúde do Adolescente; Serviços de Saúde Mental; Serviços Comunitários de Saúde Mental; Intervenção Psicossocial.

ABSTRACT

This dissertation aimed to analyze the micropolitics of working in a "Coletivo" (Collective) within a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPSi) in the Federal District of Brazil, seeking to understand how this device functions as a care practice within psychosocial care. The study intended to identify the interfaces between the Collective approach and the principles of psychosocial care; to characterize the Collective as a care device; and to investigate its potentialities, challenges, and innovations within the field of mental health. The Collective, as experienced in this research, is configured as an open and fluid space, structured as a group permeated by affects, encounters, and interdisciplinary practices, where clinical work unfolds beyond conventional interventions. It prioritizes light care technologies grounded in attentive listening, bonding, and the transformative power of encounters, while integrating technical-scientific knowledge from the field of mental health. It operates as a living labor in act, renewed daily within the service through a non-prescriptive and inventive logic. The theoretical framework was structured around four axes: (1) the trajectory of the Brazilian psychiatric reform and the consolidation of psychosocial care; (2) psychosocial care aimed at children and adolescents and the challenges of incorporating child and youth mental health into public policies; (3) the concept of the Collective, based on Jean Oury and institutionalist movements; and (4) the micropolitics of living labor in act, focusing on care as a relational and situated process. The study adopted the cartographic method, allowing immersive engagement through one year of work within the service. Data were produced through field diaries, reflexive portfolios, interviews, and participant observation, and analyzed using concept-analyzers developed throughout the research process. The findings were organized into five categories: (i) the collective construction of care within the CAPSi; (ii) the micropolitics of encounter, movement, and the unexpected within the Collective; (iii) the transversality of care and interprofessional work; (iv) internal and external crises and tensions; (v) chaosmosis as the creative force of the device; and (vi) technical product presentation. The analyses suggest that the Collective operates as an abstract machine for producing encounters, listening, co-responsibility, and inventive care practices, resisting biomedical and fragmented logics. By promoting transversal knowledge exchanges and reinforcing the protagonism of children and adolescents, it emerges as a counter-hegemonic device. Despite challenges such as staff turnover, the dismantling of mental health policies, and fragile care networks, the Collective demonstrates instituting potential, sustained by the engagement of health residency programs and by ethical-aesthetic-political practices committed to integral care, autonomy, and the collective invention of ways of living in constant becoming.

Keywords: Group Processes; Mental Health Services; Child Care; Adolescent Health; Mental Health Services; Community Mental Health Services Psychosocial Intervention.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1.Uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica e da Atenção	
Psicossocial: avanços e retrocessos	13
2.2.Caminhos para uma Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil.....	19
2.3. O Coletivo e os Movimentos Institucionalistas.....	33
2.4. As Micropolíticas do Trabalho Vivo em Ato.....	41
3. MÉTODO.....	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
6. REFERÊNCIAS.....	93
7. APÊNDICES.....	101
8. ANEXO.....	105

1. APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS

Segundo a OMS, a Saúde Mental é definida como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade” (OPAS 2022, p.1). Importante ressaltar que o conceito de saúde mental não está desassociado a determinantes sociais de saúde, o que faz com que a saúde mental seja elemento crucial no desenvolvimento saudável de indivíduos e sociedades e como um direito fundamental (OPAS, 2022).

Pensar em políticas de saúde em países como o Brasil e da América Latina é necessário considerar aspectos como a pobreza, desigualdades sociais, de gênero e raça, e acesso à direitos básicos como trabalho, moradia, educação, transporte, lazer etc., uma vez que o conceito de saúde mental, ainda que não haja consenso absoluto, engloba um bem estar econômico e social (OPAS, 2022). Dessa forma, a saúde mental é problema de saúde pública com impactos sobre a morbimortalidade da população. Entretanto, as lacunas de acesso e alocação de recursos não têm sido suficientes para responder ao problema de maneira eficaz, bem como a observação do alto investimento em hospitais psiquiátricos e instituições de longa permanência em detrimento dos dispositivos comunitários (OPAS, 2018).

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, a pandemia de COVID 19 trouxe maior evidência ao tema da Saúde Mental, uma vez que suas repercussões tiveram impactos negativos, aumentando a incidência de maneira desproporcional de problemas relacionados à saúde mental na América Latina (OPAS, 2022). Um dado importante é que nas Américas, apenas 3% dos recursos foram alocados para serviços de saúde mental, e desses, 43% direcionados aos hospitais psiquiátricos (OPAS, 2022).

Em estudo sobre o impacto da pandemia de COVID 19 na saúde mental e nos serviços de saúde mental nas Américas, Tausch et al (2021) observaram o aumento significativo de sofrimento mental associado à ansiedade, depressão, uso de álcool e outras drogas e suicídio, principalmente entre aqueles em maior vulnerabilidade social, minorias raciais e étnicas, crianças, adolescentes e pessoas com transtornos mentais pré-existentes. Um agravante neste período foi a interrupção dos serviços de apoio à saúde mental, principalmente aqueles de base comunitária. Ainda que o impacto da pandemia tenha sido extremamente negativo, por outro lado, trouxe evidência para o assunto e demonstrou a histórica e prévia negligência

quanto à priorização das políticas de saúde mental e seu subfinanciamento, gerando lacunas assistenciais significativas nos sistemas de saúde do mundo.

Como alvo desse estudo, a saúde mental infantojuvenil, é interessante se observar a evidenciação do impacto da pandemia de COVID 19 sobre as crianças e os adolescentes, e que questões como o aumento da violência doméstica e intrafamiliar, afastamento escolar, mudança da rotina, aumento do uso de telas e agravamento da pobreza e vulnerabilidade social foram aspectos cruciais no impacto sobre a saúde mental em crianças e adolescentes durante a pandemia e que geraram repercussão no seu desenvolvimento posterior (Fiocruz, 2020).

Como consequência disso, uma série de medidas globais foram tomadas a fim de se criar uma agenda comum de incentivo às políticas de saúde mental ao redor do mundo. A Organização Pan-Americana de Saúde coloca como objetivos para os sistemas de saúde: estabelecer as políticas de desenvolvimento em saúde mental como uma prioridade nacional transversal em todas as políticas públicas e garantir acesso em saúde para essas demandas; realocar mais recursos de maneira mais eficiente e equânime; garantir os direitos humanos de pessoas que vivem com transtornos mentais, estabelecendo legislações que busquem substituir instituições psiquiátricas fechadas por serviços de caráter comunitário; garantir ações de promoção e prevenção ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo a infância e adolescência; implantar e expandir serviços de caráter comunitário, com centralidade na atenção primária e serviços psicossociais centrados no sujeito e na família; fortalecer a prevenção ao suicídio; adotar estratégias que combatam a violência de gênero; compreender o racismo como um determinante social em saúde mental e combater a violência racial e fomentar a pesquisa e os dados em saúde mental (OPAS, 2023).

A organização pontua que serviços de base comunitárias são mais acessíveis e menos associados a preconceitos e estigmas relacionados aos transtornos mentais, enquanto os hospitais psiquiátricos possuem indicação de tratamentos menos eficazes, de permanência por tempo desnecessário e denúncias de violências e maus tratos (OPAS, 2023). Na agenda, busca-se reafirmar o compromisso pactuado na Declaração de Caracas, firmado há mais de 30 anos, em 1990, que se configura como um marco na reforma da atenção à saúde mental na América Latina, dentre os quais o Brasil foi signatário. O compromisso visava superar o modelo manicomial até então hegemônico às pessoas com transtornos mentais e implementar um projeto nos sistemas de saúde de cuidado comunitário, participativo, contínuo, em

liberdade, uma vez que as internações psiquiátricas de longa permanência produzem mais alienação e exclusão social, violação de direitos humanos, exigem mais recursos financeiros e menores retornos em termos de corresponder adequadamente às demandas em saúde mental (OPAS, 1990).

No Brasil, a questão da saúde mental também ganhou evidência após as repercussões da pandemia, mas é um campo político e social que há muitas décadas vem denunciando práticas asilares e manicomiais, assim como lutando por um saber-fazer humanizado e integral. Na década de 70, em concomitância com a Reforma Sanitária, que visava implantar um modelo universal de saúde integral, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pautado a partir da Luta Antimanicomial, foi um importante movimento social e político composto por trabalhadores, familiares, usuários e sociedade civil, que denunciava as práticas bárbaras dos hospitais psiquiátricos e visava pela mudança radical do modo hegemônico de cuidado em saúde mental. O objetivo era transformar a concepção de transtorno mental na sociedade, até então restritos aos cuidados asilares em instituições psiquiátricas violadoras de direitos, e da estigmatização da loucura e das pessoas que vivem com transtornos mentais (Alcantara, Vieira; Alves, 2022).

O movimento, ainda em curso, culminou no desenvolvimento da Atenção Psicossocial no Brasil, com a luta e implementação de um cuidado em liberdade, comunitário, a partir da centralidade do sujeito, da família e da clínica ampliada, hoje materializados em serviços constituintes do Sistema Único de Saúde a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que articula em diferentes níveis de complexidade o cuidado em saúde mental ao longo de todo o ciclo de vida, tendo como centralidade os serviços de caráter abertos e comunitários (Amarante, 2007; Brasil, 2017).

É inegável o significativo avanço em termos de políticas públicas e desenvolvimento de serviços alternativos aos equipamentos asilares desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica, no entanto ainda se observa como um desafio se implementar um cuidado psicossocial de base comunitária e a superação do modelo biomédico-centrado sobre a concepção e o cuidado em saúde mental. Além disso, observa-se o retrocesso em termos de luta política na última década com a massiva expansão e financiamento das Comunidade Terapêuticas enquanto políticas de Estado e o desmonte da RAPS através do sucateamento dos serviços de caráter psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (Cruz, Gonçalves; Delgado, 2020).

Se o paradigma psicossocial é crucial para ressignificar os modelos conceituais, técnicos e assistência ao cuidado em saúde mental, ele não seria possível sem a participação dos próprios usuários e trabalhadores na construção de novas políticas, e nesse sentido, a inserção da discussão e participação do público infantojuvenil foi tardia. O que alguns autores apontam é uma grosseira ausência da discussão acerca do sofrimento da criança e do adolescente nos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Segundo Braga e d'Oliveira (2019), o público infantojuvenil foi incluído na construção de uma Política Nacional de Saúde Mental de maneira marginal, sem grandes implicações às suas especificidades até então. Foi apenas após a implementação da uma Política Nacional de Saúde Mental com a Lei 10.216 (Brasil, 2001), no mesmo ano, que a agenda infantojuvenil foi considerada enquanto pauta com a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esse encontro é considerado um marco pois, pela primeira vez, pautou-se como eixo a priorização do debate acerca dos desenvolvimento das políticas em saúde mental do público infantojuvenil sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que por sua vez, tem como norte fundamental o reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, ativos e protagonistas em seus processos de vida e cuidado, bem como não apenas foco de interesse na construção de uma agenda de política pública, mas também como participantes desse processo.

No entanto, como ainda afirmam Braga e d'Oliveira (2019), a inclusão do público infantojuvenil nas perspectivas da atenção psicossocial enquanto sujeitos de narrativa e participação ainda é discreta e insuficiente. Por outro lado, após a pandemia de COVID 19, uma série de consequências negativas foram observadas a esse público e a maior busca por assistência em saúde.

Se historicamente o cuidado à saúde mental infantojuvenil foi marginalizado, fragmentado e tutelado, hoje, com maior reconhecimento, o desafio se direciona à ampliar dispositivos de cuidado articulados em rede em diferentes níveis de complexidade, de base comunitária, onde além da escola, na saúde, o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) tem potencial de ser um dos principais articuladores. No entanto, considerando o estágio incipiente de implementação deste dispositivo, há a necessidade de forte investimento e capacitação de seus trabalhadores (Gonçalves et al., 2021; Couto; Delgado, 2015).

A atenção psicossocial à saúde mental é um campo de práticas que nasce em momento em contraposição ao modelo biomédico hegemônico de olhar os processos de sofrimento humano e as mudanças dos paradigmas de cuidado, do modo que ele seja orientado pelo caráter da humanização, respeito aos direitos humanos, promoção da autonomia, inclusão e vínculos familiares e territoriais. No campo da saúde pública, essa organização foi estruturada por meio de uma Rede de Atenção Psicossocial, a qual articula um conjunto integrado de serviços e pontos de atenção para acolher pessoas com sofrimento psíquico em suas diferentes complexidades (Brasil, 2017). No entanto, torna-se importante compreender os processos históricos e sociais que constituem os modelos de cuidado em saúde mental, sobretudo aqueles que se dizem psicossociais que tem como princípio ético a valorização do sujeito em sua integralidade e coletividade.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial, embora haja consensos, também possuem divergências, uma vez que, mais do que reformar e reestruturar serviços, é um movimento que buscou repensar os processos sociais e civilizatórios do lugar que o sofrimento psíquico ocupa na sociedade e formas de se promover a saúde mental. Assim, o desenvolvimento do campo da atenção psicossocial e da saúde mental no Brasil foi e é um processo social, marcado por interesses e ideologias, por ora conflitantes e tensionadores, porém muito influenciado por esses movimentos políticos e sociais que hoje constituem um conjunto de políticas públicas, relações e práticas de cuidado no interior desses espaços (Amarante, 2007).

Para além da discussão sobre o desenvolvimento de um paradigma psicossocial e o reflexo disso na estruturação do cuidado em saúde mental, como escopo deste estudo, cabe destacar que o debate sobre a inclusão das crianças e dos adolescentes nas políticas de saúde mental é atravessado por um processo histórico de marginalização e negação das crianças enquanto sujeitos de fala e de autonomia. Aspectos os quais irei me aprofundar mais a frente.

Como forma de contextualizar o leitor sobre o lugar de partida e implicações para a realização deste estudo, irei apresentar uma breve trajetória das experiências, encontros e afetações que me levaram a me aprofundar sobre essa temática, bem como as linhas conceituais que fizeram sentido para refletir sobre esse fenômeno.

O meu encontro com a saúde mental se deu na faculdade. Sou psicóloga de formação e a interface com o campo da saúde mental parece ser natural. No entanto, a psicologia é um campo vasto, com diferentes áreas de atuação e abordagens teóricas e metodológicas,

promovendo diferentes visões do ser humano e sua relação com a sociedade, que podem, inclusive, ser conflitantes. A psicologia é historicamente ainda associada ao campo da clínica privada e assim ela se constituiu enquanto tal no Brasil, uma vez que a maior parcela dos psicólogos atuantes nos tempos atuais está na condição de profissionais liberais autônomos (CFP, 2019).

Na formação hegemônica, pouco se fala da associação do campo da psicologia com outros saberes e campos, e ainda há a ideia de que o cuidado em saúde mental se restringe aos saberes *psis* sob a lógica dos consultórios privados ou biomédicos. Tal compreensão também reflete o comprometimento histórico da psicologia com o sofrimento individual, em especial da classe média alta branca, e a discreta participação no campo das políticas públicas e em práticas que visem a redução de desigualdades sociais e o compromisso com as mudanças estruturais (CFP, 2019). A psicologia no campo da saúde é um desses espaços de inserção do fazer comunitário da profissão com comprometimento social, buscando promover principalmente o acesso integral da população à saúde.

Meu primeiro contato com o campo da saúde pública foi durante um projeto de extensão na faculdade em um CAPS adulto, no qual eu participei como colaboradora em uma oficina de culinária de geração de renda. Durante esse período, pela primeira vez comecei a me questionar sobre o meu papel naquele contexto e o lugar da psicologia no que estava fazendo. O cotidiano do trabalho se baseava em auxiliar na preparação dos quitutes que eram vendidos, na contabilização das finanças e organização de caixa, bem como na construção da marca e sua divulgação. Era um grupo de mulheres, não por restrição aos homens e sim por formação orgânica, que fazia bolos e salgadinhos a serem vendidos.

Durante a oficina, além de trabalhar na cozinha, conversávamos sobre temas diversos, desde o que estávamos fazendo ali e sobre a vida. Nessa primeira experiência, comecei a perceber que não estava aplicando nenhuma técnica específica que aprendi na faculdade e, inclusive, estava atuando em outros domínios de conhecimento que não a psicologia, como gastronomia, economia, marketing, publicidade e contabilidade. Sem dúvidas essa experiência me provocou deslocamentos identitários e incômodos, mas a partir dela que comecei a entender sobre o cuidado ampliado a partir da convivência, e que isso era produção de saúde mental, tal como aponta Amarante (2007) e alguns dos preceitos da atenção psicossocial.

Comecei a perceber que processos de cuidado estavam sendo mobilizados pela convivência, por encontros e afetações entre pessoas (usuários, estudantes e trabalhadores).

Em meus estudos e supervisões, entendi que a convivência é uma das principais estratégias de cuidado no campo da saúde mental, considerando que o sofrimento psíquico produz impactos significativos na identidade de um indivíduo que vive em uma sociedade que estigmatiza e exclui aquele que extrapola a norma ou “normalidade”, e que, em consequência disso, apresenta determinadas dificuldades em desempenhar alguns papéis desejados dentro de um laço social (Resende; Costa, 2018).

O *estar com* da convivência é um dispositivo como o CAPS é algo extremamente potente para aqueles que de alguma forma sofrem da solidão da exclusão de quem não corresponde ao discurso dominante sobre a ‘normalidade’, ou que de alguma forma tem dificuldade de se situar dentro desse laço em função do sofrimento vivenciado (Resende; Costa, 2018). Ali aprendi que os grupos e os espaços de trocas possuem esse potencial, seja pela convivência entre os trabalhadores e usuários, seja no encontro com outros usuários, em um espaço de troca, afetos, disponibilidade e identificação entre os pares.

Posteriormente, já formada, ingressei em um programa multiprofissional de residência em saúde da família e comunidade. Ali foi determinante para que minha identidade profissional fosse construída a partir do campo da saúde pública e coletiva. Primeiramente atuando na atenção primária à saúde, em equipes multidisciplinares e em rede, precisei ressignificar o papel do psicólogo que havia aprendido na faculdade. Se enquanto a prática psicológica no imaginário coletivo está associada ao modelo ambulatorial e aos atendimentos clínicos em consultório, a prática da psicologia na saúde pública me exigiu compreender a clínica de maneira ampliada, interdisciplinar e territorial, com a priorização de intervenções coletivas (CFP, 2019).

Na mesma medida em que meu campo experiencial se expandiu, foi a partir dele também que pude observar as contradições e conflitos de se trabalhar em equipe e de lutar contra um fazer biomédico ainda hegemônico e todos os desafios que envolvem implantar um cuidado ampliado e integral. Mas felizmente, no campo da Saúde Coletiva, me identifiquei profissionalmente e me familiarizei com conceitos que vinham ao encontro daquilo que já me mobilizava afetivamente e não sabia nomear ou legitimar enquanto um saber-fazer potente em minha prática profissional, que são as relações humanas e a produção de vida a partir delas.

No cenário da Saúde Coletiva, encontrei em Merhy (2014), grande inspiração para compreender teoricamente e filosoficamente aquilo que experimentava no campo da saúde pública. Entender a relação entre o ser humano e o trabalho em saúde se torna um ponto

crucial neste sentido. A partir dessas leituras, passo a refletir sobre as condições para a produção de cuidados em saúde. Através da discussão de tecnologias de cuidado, com destaque para a utilização das tecnologias leves em saúde, que se referem às relações, me convenci que a revolução poderia ser micropolítica, no que diz respeito sobre o cotidiano das relações e dos encontros entre trabalhadores, usuários, ferramentas e campo.

Pensar o trabalho em sua dinamicidade a partir da potência de atualização e/ou estagnação produzem análises férteis e necessárias no trabalho em saúde. Acredito que uma das grandes contribuições acerca das micropolíticas dos processos de trabalho vivo em ato é poder pensar que as mudanças se fazem no cotidiano, nas relações, na busca por horizontalização dos saberes e na valorização dos conhecimentos individuais e populares (Merhy; Franco, 2013).

Mais tarde, em 2022, ingressei em uma segunda residência, em Saúde Mental Infantojuvenil. Ali passei por cenários de diferentes níveis de atenção ao público infantojuvenil, desde atenção primária à ambulatorios e serviços de caráter aberto e comunitário, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Foi em um CAPSi no Distrito Federal, atuando como psicóloga, que tive o contato com o Coletivo.

O Coletivo no CAPSi em questão é uma modalidade terapêutica de grupo que ocorre em todos os períodos da semana, manhã e tarde, e são divididos por faixa etária, e não por diagnóstico. A divisão por faixa etária e não por diagnóstico é proposital, uma vez que o cuidado não se baseia no diagnóstico, mas na potencialidade do encontro com a alteridade, uma vez que o centro do cuidado, a partir da lógica psicossocial, não está na “doença”, e sim no sujeito na relação com o seu contexto (Amarante, 2007).

A dimensão terapêutica do Coletivo proposta neste serviço tem como base conceitual o Coletivo de Oury (2009). Para Oury (2009), o Coletivo não é uma coisa em si, é um efeito, produzido a partir do encontro entre pessoas, entre suas diferenças, em organizações de naturezas diversas (hospitais, escolas, fábricas), em ambientes horizontais que produzem certos “espaços de dizer”. O Coletivo que tive a oportunidade de conhecer não se propõe a ser uma intervenção terapêutica em si, se torna um espaço de cuidado na medida em que possibilita encontros. Não há propostas pré-estabelecidas e as atividades são traçadas em conjunto com os usuários, a partir de seus desejos e necessidades. A equipe é composta por trabalhadoras e trabalhadores de diferentes categorias: psicólogo, pediatra, psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, fonoaudiólogo, assistente social, técnico de enfermagem

etc. Todos são técnicos de referência durante os encontros do Coletivo, buscando, assim, diluir hierarquias entre saberes.

Em contato com essa realidade passei a me afetar profundamente e me questionar: qual era a diferença entre o Coletivo e outros grupos comuns em serviços comunitários? O que havia de inovador nesta proposta? O que há no Coletivo que contribui para o campo da saúde mental? Esses questionamentos surgiram a partir de algumas constatações durante meu envolvimento naquele contexto, como o engajamento dos profissionais, a diversificação das atividades, protagonismo dos usuários, extrapolação do território e, principalmente, da relação horizontal entre as categorias, inclusive a médica. Além disso, há um grande entusiasmo por parte da equipe na produção do Coletivo e pela busca de orientações teóricas e metodológicas que possam estruturar e servir como modelo para outros estabelecimentos que trabalham com saúde.

Tal como exposto, a clínica da atenção psicossocial, nasce em contraposição à hegemonia do saber psiquiátrico e hospitalar do cuidado à saúde mental, que prioriza o tratamento sob a perspectiva médica, farmacológica, em ambiente restrito, seja de maneira asilar ou até mesmo que se restringe aos espaços de saúde (hospitais, ambulatorios, UBS), de maneira desarticulada com a comunidade e demais dispositivos dentro e fora do setor saúde. Sendo assim, o cuidado em saúde mental é um processo social, em movimento, situado culturalmente e historicamente. Esse movimento é complexo, permeado de barreiras e conflitos, que não deve ser romantizado, mas me faz pensar sobre as potencialidades que o funcionamento interdisciplinar e não restrito aos espaços físicos dos serviços em saúde do Coletivo produz, os quais diziam respeito a esses preceitos tão valiosos no campo da saúde mental sob uma perspectiva psicossocial (Amarante, 2007; Costa-Rosa, 2000).

Para Merhy (2013), o ato de cuidar é um acontecimento, relacionando o cuidado enquanto um brincar, uma dança. Existem diferentes elementos envolvidos nesse acontecimento, que são marcados por forças do momento, tempo e da história e que se fabrica, se repete, mas não da mesma forma. É um acontecimento que irá articular diferentes forças, apenas possível a partir de um encontro entre no mínimo dois. O autor visa com essa perspectiva superar a ideia de que o ato de cuidar é um momento uniforme e hierarquizado, ele primeiramente é demarcado pelo fator da diferença. Além disso, visa superar também a ideia de que um fazer em saúde se restringe à polos distintos entre aquele que tem uma necessidade de saúde e aquele que detém o saber técnico. Estabelecendo relações hierárquicas

bem definidas entre atividade e passividade e a construção de uma promessa de que um irá prover a “cura” ao outro.

Ainda nessa lógica, o cuidado em ato será sempre promotor de encontros, e entre esse encontro, superando a ideia de separação, há uma interseção. Nesta perspectiva, há o trabalhador em saúde, com seu conjunto de saberes, técnicas e equipamentos, e há também o usuário, que é objeto de cuidado, mas também um agente que em ato traz suas demandas, necessidades, conhecimentos e representações. O cuidado, enquanto vivo ou morto se dá nessa interseção, provocado pelo encontro do cuidado.

Nos Coletivos que conheci, o que se prioriza são os encontros e produção de ações compartilhadas. É um ato brincante em seu conceito e em si mesmo. De maneira geral, não se define atividades a priori, e preferimos momentos que sejam atravessados por afetos positivos, que promovam potência de vida. Além disso, os Coletivos são compostos por equipes multidisciplinares, normalmente compõem mais de quatro categorias profissionais. Esse dispositivo produz um encontro também entre tipos de tecnologia, mas priorizando a produção de tecnologias leves, que se baseiam na produção do cuidado a partir da relação.

Esse trabalho se propôs a refletir sobre esse Coletivo e sua possibilidade de produzir cuidado, a qual pode refletir na subversão das capturas dos cuidados, pautado na divisão dos saberes, pela priorização das tecnologias duras e da perspectiva biomédica, configurando o que Merhy (2013) refere sobre as micropolíticas dos encontros, revelando uma cartografia dos processos relacionais. Nesse contexto, a micropolítica dos encontros é marcada por tensões e desafios, por sujeitos e territórios subjetivos. A produção do cuidado como um trabalho vivo não visa eliminar essas contradições, mas possibilitar a circulação de sentidos compartilhados pautados na produção de vida, superando os modelos autocentrados e hierarquizados, delimitando o cuidado como um acontecimento brincante.

Minha compreensão de partida é que o Coletivo do CAPSi toma forma enquanto um efeito desse encontro, formalizado em um grupo semanal, que considero, por sua vez, um dispositivo de cuidado potencialmente inovador. Irei utilizar os conceitos de compreensão de Coletivo de Oury (2009), e compreender como ele irá se articular com outros processos importantes da Atenção Psicossocial, a fim de compreendê-lo enquanto um Trabalho Vivo em Ato (Merhy; Franco, 2013). Buscando, assim, explorar e descrever práticas inovadoras, criando algo próprio, a meu ver, a ser defendida dentro da atenção psicossocial à saúde mental infantojuvenil.

Dessa forma, considerando as principais ideias da reforma psiquiátrica brasileira e a defesa da atenção psicossocial, e compreendendo os desafios de se concretizar um trabalho em saúde mental de base comunitária e territorial, conforme preconizado pela atenção psicossocial, que se embasa em processos criativos e atualizantes, um trabalho vivo em ato, como refere Merhy (2002), este trabalho se torna relevante na medida em que visou cartografar relações que possam ser possivelmente inovadoras e passíveis de serem analisadas no campo do cuidado da saúde mental do público infantojuvenil nos dispositivos de saúde públicos.

Esse estudo pode contribuir para a possibilidade de discussão de práticas inovadoras em saúde mental, principalmente considerado o histórico descaso e atraso da inclusão da saúde mental infantojuvenil enquanto pauta prioritária dentro das políticas públicas e da atual escassez de produção acadêmica acerca do trabalho nos dispositivos psicossociais como os CAPSi.

Para a realização de tal tarefa, utilizei o método cartográfico como meio metodológico de inserção no campo e obtenção das informações, buscando, a partir dessa inserção mapear elementos que configuram as micropolíticas dos processos de trabalho que configuram o Coletivo, buscando analisá-lo.

Dessa forma, tive como **objetivo geral deste trabalho**: Analisar as micropolíticas do trabalho em Coletivo em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, a partir das perspectivas da atenção psicossocial. E como **objetivos específicos**: a) Identificar as interfaces e singularidades entre a “abordagem do Coletivo” e atenção psicossocial infantojuvenil; b) Caracterizar o processo de trabalho, no Coletivo, enquanto um dispositivo de cuidado; c) Investigar as potencialidades, desafios e inovações do trabalho em Coletivo para o campo do cuidado da saúde mental.

Para desenvolver a construção teórica, metodológica, vivencial e discursiva deste trabalho, irei apresentar primeiramente a fundamentação teórica. A fundamentação teórica foi dividida em quatro eixos.

No primeiro eixo, “**Uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial: avanços e retrocessos**”, irei apresentar um breve percurso histórico da reforma psiquiátrica no Brasil e da luta antimanicomial como um caminho necessário para o desenvolvimento de uma perspectiva política-ideológica e técnico-científica acerca do

sofrimento humano e do cuidado sob uma perspectiva psicossocial. Apresentarei o desenvolvimento da atenção psicossocial e a Política Nacional de Saúde Mental, seus principais princípios, suas normativas e a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, bem como seus limites e contradições.

No segundo eixo **“Caminhos para uma Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil”**, apresento os principais marcos teóricos e normativos para o desenvolvimento de uma perspectiva de cuidado pautado na atenção psicossocial direcionada ao público infantojuvenil, o qual foi inserido tardiamente na agenda da saúde mental. Aponto também para os princípios do cuidado ao público infantojuvenil e uma perspectiva crítica ao modelo de atenção e seus desafios para a produção de um cuidado integral pautado na produção de autonomia e valorização de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de fala e de direito.

No terceiro eixo, **“O Coletivo e os Movimentos Institucionalistas”**, apresento os principais conceitos dos modelos teóricos aqui adotados, referente ao Coletivo teorizado por Jean Oury, representante da Psicoterapia Institucional, foi uma das primeiras experiências da reforma psiquiátrica francesa, bem como outras vertentes do Movimento Institucionalista como a Análise Institucional. Esse eixo reflete o referencial aqui adotado para compreender alguns fenômenos, porém sob uma perspectiva crítica e articulada com princípios e paradigmas da atenção psicossocial e da saúde coletiva.

O quarto e último eixo, **“As Micropolíticas do Trabalho Vivo em Ato”**, trato como autores sanitaristas brasileiros, embasados no referencial teórico dos Movimentos Institucionalistas, pensam aspectos relacionados ao trabalho e ao cuidado em saúde. Reflito como o trabalho em saúde se constitui micropoliticamente a partir da articulação entre diferentes tecnologias, e de que forma a produção do cuidado pode ir em direção a uma atividade que se atualiza ou se enrijece.

Em seguida, apresento meu caminho metodológico e a descrição do meu cenário de pesquisa. Tal como apontado, adoto a perspectiva da cartografia para vivenciar e analisar meu campo. Utilizo a compreensão dos analisadores para me auxiliar na compreensão das informações levantadas a partir da minha vivência enquanto trabalhadora do coletivo, das minhas observações participantes, das entrevistas com as trabalhadoras e dos meus escritos em diários de campo e portfólio reflexivos produzidos durante meu período enquanto residente no serviço. Os analisadores serão catalisadores das informações que receberam

destaque, os quais dizem sobre a instituição e os processos de trabalho no interior da organização CAPSi.

Os resultados e discussões serão apresentados em cinco eixos da análise: *Implementação do Capsi: uma construção coletiva; A Micropolítica do Encontro, do Movimento e do Inesperado no Coletivo; A Transversalidade do Cuidado no Trabalho Interprofissional; O Coletivo está em crise?; Caosmose: a inovação no caos.*

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Uma breve contextualização da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial: avanços e retrocessos

A Reforma Psiquiátrica é um importante movimento político e sanitário que ocorreu ao redor do mundo como forma de mudar a ética do cuidado em saúde mental nos dispositivos de saúde. As reformas se deram de maneiras diferentes em vários países para chegarmos à discussão da reforma brasileira. No entanto, ainda que tenham se desenrolado de maneiras distintas nos diversos países, elas tiveram algo em comum: repensar o modelo asilar/manicomial, até então hegemônicos. Para pensar nessa mudança e chegar a problematizações atuais, especialmente sobre a infância e adolescência, será preciso antes de tudo realizar uma breve contextualização de como a concepção de saúde/doença mental foram concebidas e cuidadas ao longo dos séculos.

Foucault (1980) foi um dos principais autores a discutir sobre o nascimento da clínica e do conhecimento científico como forma de controle dos corpos. Com o nascimento da clínica, surge um tipo de conhecimento, o científico, que ganha estatuto regulador, a partir da construção de uma racionalidade sobre o funcionamento e gestão dos corpos, um saber-poder. É sob a concepção higienista, sob controle do Estado e respaldo da ciência moderna, que nascem as concepções do que é “normal” e “anormal”, cabendo ao Estado e à medicina intervir sobre a correção desse indivíduo, em nome do funcionamento ordenado da sociedade. As instituições surgem como formas de regulação e normalização dos corpos de acordo com a racionalidade burguesa em um sistema capitalista de produção econômica e subjetiva.

Ainda segundo Foucault (1980), o chamado biopoder reflete esse dispositivo disciplinar, que tem a ciência e o ato médico como o seu soberano executor. Através da clínica, da nosologia e da criação das instituições psiquiátricas, as pessoas “desviantes” iriam receber o tratamento mais “adequado” para a sua “normalização”, a partir do afastamento da

sociedade como seu principal meio “reparativo”. E assim, as instituições e tratamentos psiquiátricos se desenvolveram ao longo dos séculos. A “loucura”, sob essa perspectiva, é denominada como qualquer aspecto desviante desse projeto, no qual o Estado assume o poder moral de restituir esse sujeito. No entanto o que realmente se reflete é que o “louco” é um corpo descartável e tratado como objeto, o que possivelmente viabilizou a existência das instituições psiquiátricas e invisibilizou as violações bárbaras ocorridas nelas (Matos-de-souza; Medrado, 2021)

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento político e social ainda em curso, que teve como inspiração a reforma italiana, promovida principalmente por Franco Basaglia, que tem como princípios fundamentais a desospitalização e a substituição dos serviços ambulatoriais e hospitalares por unidades de base comunitária de tratamento (Hirdes, 2009). A Reforma Psiquiátrica Italiana é considerada um modelo especialmente pelo esforço de implementar um cuidado que promovesse a inserção social e não a alienação, como observado nas instituições psiquiátricas.

Basaglia (1985) critica o modelo psiquiátrico e cita a célebre fala de que devemos colocar doença entre parêntesis, e não o sujeito. Ao afirmar isso, expressa uma crítica à psiquiatria clássica que tem como foco a doença e passa a colocar em evidência no cuidado os processos identitários dos sujeitos para além dos rótulos que carregam, visando eliminar o estigma negativo dos transtornos mentais produzidos socialmente a partir de uma racionalidade médico-científica.

No Brasil, sua discussão se inicia a partir do importante movimento sanitarista da década de 70 que passa a repensar os modelos de cuidado e gestão em saúde, sob um modelo universal, equânime, integral e democrático, em que houvesse participação ativa de todos os agentes sociais, criando diálogos possíveis para a criação do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica, enquanto movimento político e social, foi fundamental na reorientação do cuidado e tratamento das pessoas com transtornos mentais. No Brasil, foram necessárias algumas décadas e alguns marcos até a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental. Um marco dessa luta foi a promulgação da Lei No 10.216 em 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, tendo como objetivo estabelecer uma

política de fortalecimento dos serviços de saúde mental de base comunitária e diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos, visando sua extinção no âmbito do SUS (Brasil, 2001).

A partir das críticas e denúncias à atenção hospitalocêntrica, marcada pela violação de direitos humanos e mercantilização do sofrimento psíquico, foi possível uma importante mudança na organização dos serviços de saúde na produção de uma ética do cuidado pautado na Atenção Psicossocial, que prioriza a produção de um saber-fazer que substitua a internação e a hegemonia do saber médico pelo resgate a cidadania das pessoas, através do cuidado em liberdade que promova a autonomia e inserção social, bem como a participação da família e do sujeito em seu processo de cuidado (Amarante, 2007; Brasil, 2005).

Um outro marco normativo importante é a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), publicada em 2011 e revisada em 2017. A RAPS estabelece uma rede organizada e articulada entre diferentes pontos de atenção, primário, secundário e terciário, que prevê o cuidado integral direcionado a pessoas com sofrimento psíquico e uso prejudicial de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em toda a sua complexidade.

São componentes desta rede: I. Atenção Primária à Saúde; II. Atenção Especializada; III. Atenção às Urgências e Emergências; IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório; V. Atenção Hospitalar; VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação. A RAPS tem como diretrizes a integralidade e humanização do cuidado, pautada na defesa dos direitos humanos e comprometida com a promoção da autonomia e a liberdade dos usuários e famílias de pessoas com transtornos mentais ou qualquer tipo de sofrimento psíquico (Brasil, 2017).

Neste sentido, a luta produzida pela Reforma Psiquiátrica representou um marco na desconstrução do modelo manicomial, promovendo a luta pela transição para uma abordagem comunitária pautada nos princípios da desinstitucionalização e na criação de dispositivos de cuidado, como a Estratégia Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de convivência, o que culminou na organização da Rede de Atenção Psicossocial.

Em termos normativos, a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental pautada nos princípios e diretrizes da Atenção Psicossocial se desenvolve diretamente influenciada e em concomitância com outras políticas de saúde que atravessem aspectos importantes sobre o campo do cuidado ético, humanizado e integral. Dentre elas, destaca-se a articulação entre a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional da Humanização

(PNH), que traz conceitos importantes como a transversalidade¹, a clínica ampliada² e a co-gestão³, promovendo a participação e responsabilização de sujeitos e coletivos. A PNH serve de fundamento para guiar as orientações clínicas, éticas e políticas da atenção e da gestão na saúde mental quando se apresenta a ser uma política que ressalta colaboração coletiva e compartilhada, que privilegia a integração dos saberes, a comunicação, a escuta e a valorização do sujeito em sua integralidade (Brasil, 2004; Brasil, 2013).

A RAPS teve como objetivo institucionalizar uma proposta de arranjo organizativo que promovesse a universalização do acesso aos serviços de saúde mental, pautado no modelo de caráter comunitário. No entanto, existem muitas incoerências dentro do que ela se propõe e os serviços previstos na política. Principalmente nos últimos dez anos uma série de transformações históricas, políticas e econômicas resultaram em significativos retrocessos nesse processo, enfraquecendo os avanços conquistados na consolidação de um modelo de cuidado não asilar. Uma representação dessa contradição é que apesar do movimento pela extinção dos hospitais psiquiátricos e da eliminação de modelos asilares, eles ainda são previstos na RAPS, e as Comunidades Terapêuticas, instituições amplamente reconhecidas pelas violações de direitos humanos, também são citadas na política como dispositivos de cuidado às pessoas em uso de álcool e outras drogas.

Conforme analisam Parente e Costa (2022), a chamada “Contrarreforma Psiquiátrica” representa um conjunto de mudanças normativas, legais, políticas e sociais que alteraram significativamente as diretrizes da saúde mental no Brasil. Essas mudanças não se restringiram ao setor da saúde, mas também foram influenciadas por interesses privados e corporativos. Segundo os autores, o movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe avanços fundamentais no debate político e na formulação de políticas públicas em saúde mental, promovendo um modelo comunitário e substitutivo ao modelo asilar, especialmente entre os anos 1980 e o início dos anos 2000. No entanto, a partir de 2016, documentos analisados pelos pesquisadores indicam um retrocesso nesse projeto, impulsionado pela articulação entre sucessivos governos, empresas, representantes da categoria médica e atores estatais. Esse

¹ A transversalidade visa integrar diferentes áreas do conhecimento e das especialidades em saúde, promover interdisciplinaridade, a maior comunicação e colaboração no trabalho.

² Compreende a noção integral e ampliada dos processos de saúde e doença, visando integrar as diferentes formas e saberes na produção do cuidado

³ Modelo de gestão coletiva, pautado no trabalho colaborativo e de corresponsabilização das ações e decisões

movimento favoreceu a mercantilização e a moralização da saúde mental, resultando no progressivo desmonte da política de atenção psicossocial.

Esse retrocesso se manifesta no desinvestimento massivo em dispositivos de base territorial, como os CAPS, e na revalorização de modelos asilares financiados com recursos públicos, como a ampliação de hospitais psiquiátricos e o fortalecimento das comunidades terapêuticas. Os impactos desse processo são visíveis na consolidação de uma lógica centrada no absolutismo médico-psiquiátrico (inclusive nos dispositivos comunitários), na criminalização e moralização do uso de substâncias psicoativas e na crescente privatização dos serviços de saúde mental. Como consequência, comprometem-se os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica e na Atenção Psicossocial, enfraquecendo a promoção de um cuidado humanizado e emancipatório (Parente; Costa, 2022).

Ao pensar sobre a transição do modelo asilar para o psicossocial, seus dispositivos e suas diferenças, Costa-Rosa (2000) aponta para duas esferas inter-relacionadas: a político-ideológica e a teórico-técnica. Embora distintas, essas dimensões se complementam e estruturam o novo paradigma de cuidado em saúde mental.

A dimensão político-ideológica da lógica psicossocial fundamenta-se no resgate da cidadania e na garantia de direitos, especialmente para aqueles que, historicamente, estiveram segregados em instituições fechadas, como os hospitais psiquiátricos. Esse princípio ético e social, por sua vez, orienta a esfera teórico-técnica, influenciando a formulação das tecnologias de cuidado e a configuração dos modelos assistenciais, seja o psicossocial ou o asilar.

Segundo o autor, a construção desse paradigma se dá a partir de quatro elementos centrais: (1) a forma como o objeto de trabalho é percebido e o olhar direcionado aos fenômenos e seus instrumentos; (2) a estruturação da instituição; (3) a relação estabelecida com a população atendida; e (4) as implicações e efeitos das práticas tanto na dimensão político-ideológica quanto na técnico-prática.

Utilizando o escopo de análise a partir desses elementos levantados por Costa-Rosa (2000), no modelo asilar a concepção do objeto e dos meios de trabalho irá direcionar o problema com ênfase na esfera orgânica e o tratamento pela via farmacológica. O indivíduo é tido como doente e o sofrimento alienado do campo familiar e social. O trabalho, ainda que possa ser composto por uma equipe multiprofissional, tem uma lógica fragmentada por

especialidades e ainda com ênfase na intervenção biomédica. As relações são verticais tanto do ponto de vista dos profissionais quanto da população

Já os parâmetros que deveriam pautar o paradigma do modo psicossocial é a tentativa de superar a soberania da psiquiatria e das especialidades, e dar visibilidade à esfera subjetiva e social do sofrimento humano. O engajamento não é pelo viés da cura e a responsabilização não é individual. O tratamento é pela via do reposicionamento do sujeito através da experimentação de novos modos de ser que escapam às intervenções serializadas. As relações verticais, a retirada da instituição saúde da posição de suposto-saber e a busca pela participação e protagonismo do usuário, visa ir em direção à ética da singularização, da horizontalização e interlocução do cuidado.

Nesse sentido, Costa-Rosa (2000) propõe uma reflexão fundamental sobre a constituição dos modelos de cuidado na saúde coletiva. Segundo o autor, a mera existência de um serviço, como o CAPS, não define, por si só, o modelo de cuidado adotado. Para compreendê-lo, é necessário investigar o conjunto de práticas e saberes que estruturam o funcionamento da instituição. Dessa forma, um CAPS pode operar sob uma lógica asilar, em contradição com as diretrizes formais das políticas públicas que preveem um modelo alternativo e psicossocial.

Ainda, as instituições não são isoladas a um contexto social mais amplo, pois demanda, ressoa e gera tensionamentos. As instituições tampouco são meras reproduções do social, mas um palco de lutas. Aqui o autor ressalta sobre o papel das fissuras internas e do poder dos agentes em produzir movimentos instituintes, de mudanças. Assim, torna-se importante trazer para o debate também as relações que configuram o trabalho e suas tecnologias, e de que modo elas estão associadas a fatores políticos-ideológicos.

Dessa forma, é importante não confundir a produção de uma assistência ou a existência de um serviço ou um arranjo organizativo em rede necessariamente como produção de saúde, pois o paradigma do modelo psicossocial está diretamente aliado à forma como as práticas são estruturadas, à relação estabelecida com os usuários, famílias e comunidade, bem como à construção de um cuidado que prioriza a autonomia, o vínculo e a inserção social. A simples existência de um serviço não garante, por si só, a efetivação desse modelo, sendo fundamental considerar a intencionalidade das ações, os dispositivos utilizados e os princípios ético-políticos que orientam o cuidado. Para isso, é essencial que o modelo psicossocial esteja

integrado e articulado com diferentes políticas públicas, não apenas da saúde, fundamentado na ética da autonomia e no direito à dignidade.

2.2. Caminhos para uma Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil

No campo da saúde mental, a inclusão das crianças e adolescentes nas discussões reformistas foi tardia. Segundo Ribeiro (2006), historicamente, o estudo sobre sofrimento mental em crianças, diferentemente dos adultos, mas com suas particularidades, desenvolve-se na descrição das deficiências intelectuais e dos desvios morais. A infância como fase do desenvolvimento específica e a ser protegida é um fato relativamente recente e tem como coexistência o advento dos ideais burgueses e da família nuclear, que tem como os filhos o protetor e perpetuador das posses e propriedades privadas. A escola, junto à família, se torna a principal instituição de modelação moral das crianças e adolescentes a fim de garantir a correspondência desses futuros adultos aos ideais morais e produtivos da época.

Ainda conforme Ribeiro (2006), quando a família se torna “incapaz” de ofertar essas bases para criança, cabe ao estado tutelar esta pessoa e família. Essa contextualização se torna muito importante, pois nos possibilita refletir sobre interseccionalidades, tais como classe, como um fator que diferencia a ação e a vigilância do Estado sobre essas crianças e famílias, uma vez que pessoas com condições socioeconômicas vulneráveis terão mais dificuldades de cumprir com os ideais burgueses impostos como superiores e “saudáveis”.

A concepção da infância e adolescência ao longo da história mudou significativamente de acordo com os princípios culturais e políticos dos períodos históricos. Segundo Ariès (1978) a infância é uma construção sociocultural da modernidade. Ainda segundo o autor, até o século XIX as crianças eram tratadas como adultos em miniatura, desconsiderando aspectos específicos de seu desenvolvimento e maturação. É a partir desse período que as crianças passam a ocupar lugar central no seio familiar, como um momento do ciclo de vida a ser protegido a fim de garantir o crescimento físico e moral necessários para o desenvolvimento de adultos produtivos. A infância passa a ter estatuto e torna-se foco de investigação teórica e metodológica, mas é só no século XX que passam a ser legitimados enquanto sujeitos de direitos.

Segundo Couto e Delgado (2015), a assistência à criança e ao adolescente, até o final do século XX tinha um caráter disciplinar e tutelar pelo viés do poder público, principalmente da educação e assistência social, de crianças que sofriam de questões como pobreza e

abandono, que então eram tidas como incapacitantes. As intervenções, neste sentido, vinham com o propósito de modelar sujeitos em desenvolvimento com potencial civilizador e produtivo, ou seja, sem o compromisso com o cuidado específicos de saúde das crianças e adolescentes.

A convergência do discurso médico e jurídico foi determinante para a institucionalização das crianças pobres no século XX. O Código de Menores, de 1927, foi um marco legal que deu amparo jurídico ao Estado para institucionalizar os *menores* em instituições fechadas e corretivas, muitos retirados da tutela familiar sob a justificativa de garantir melhores condições morais, intelectuais e físicas de desenvolvimento. A correlação entre o “louco” e o “menor” operava sob a mesma lógica, de exclusão e alienação. Ao passo que os Hospitais Psiquiátricos não eram os espaços direcionados a esse público, outras instituições fechadas como os educandários, abrigos e reformatórios eram os locais pelos quais as crianças, principalmente pobres e ameaçadoras da ordem moral e social, eram direcionadas (Couto; Delgado, 2015).

Dentro das políticas públicas de saúde, a inserção da infância e adolescência nas políticas de saúde mental foi tardia. Até então, o projeto político tinha como foco intervenções disciplinares e assistencialistas, com pouca consideração acerca do sofrimento desse público. Foi apenas no final do século XX, nos anos 80, que marcos importantes ocorreram para que mudanças efetivas no âmbito dos direitos e políticas ocorressem. Dentre eles a Constituição Federal de 1988, a Convenção dos Direitos da Criança na ONU de 1989, na qual o Brasil foi signatário e, por sua vez, determinante para a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (ECA) (Brasil, 2013).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) marca a transição do modelo tutelar e disciplinar para o modelo de proteção, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e se orienta pelo paradigma da proteção integral. Esse paradigma busca garantir o desenvolvimento físico, moral, espiritual, mental e social, sempre preservando a liberdade e a dignidade (Brasil, 1990).

De acordo com o ECA, crianças e adolescentes são seres em desenvolvimento e devem ter suas especificidades consideradas. É essencial que sejam reconhecidos como cidadãos plenos de direitos, com acesso garantido à prevenção, promoção e reabilitação da saúde, à educação formal, à construção de seus projetos de vida e ao pleno exercício de seus direitos fundamentais, sempre respeitando os determinantes sociais e culturais.

Além disso, o ECA reafirma a importância da autonomia desses sujeitos em seus processos de vida e saúde. No entanto, essa autonomia não deve ser confundida com independência, uma vez que crianças e adolescentes devem ser considerados conforme sua fase de desenvolvimento e suas necessidades específicas. Garantir a autonomia significa permitir sua participação na tomada de decisões e na vida social, sem desconsiderar sua condição de dependência em relação a adultos. Por isso, é fundamental que tanto os responsáveis quanto o Estado promovam um ambiente seguro e favorável para seu desenvolvimento integral (Brasil, 2013).

O ECA outorga ao SUS a responsabilidade de promover o direito à vida e à saúde por meio de construção de políticas pública universais e equânimes que promovam um cuidado centrado em uma rede de atenção, articulada entre todas as esferas de gestão do SUS e da rede intersetorial, visando responder da melhor maneira as necessidades de maneira regionalizada (Brasil, 2013).

Mesmo com o ECA enquanto dispositivo de proteção, em relação à saúde mental, segundo Braga e d'Oliveira (2019), a pauta das necessidades do público infantojuvenil dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica foi praticamente inexistente na construção de uma Política Nacional de Saúde Mental. Foi apenas após a publicação da Lei No 10.216 de 2001, mais conhecida pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que no mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, um marco na construção de políticas públicas em saúde mental infantojuvenil. Foi apenas então que os direitos das crianças e adolescentes quanto ao sofrimento psíquico e dispositivos específicos tiveram destaque e começaram a ser debatidos seguindo os preceitos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

Essa conferência teve um importante papel para a implementação dos serviços de base comunitárias, pois a partir das mobilizações e decisões tomadas neste espaço, poucos meses após a conferência, foi lançada a Portaria 336/2002 (Brasil, 2002), que dispõe sobre a organização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contemplando um serviço específico para o público infantojuvenil com a previsão dos CAPSi. No CAPSi, busca-se ofertar, dentro das especificidades do público infantojuvenil, a mesma lógica de cuidado comunitário e em liberdade, prezando pelo vínculo territorial e familiar.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental foi deliberada a construção de uma Política Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes, que contemple as especificidades desse público dentro de uma rede territorializada, que considere os direitos de

maneira integral e articule ações de cuidado intersetorialmente, buscando combater a medicalização e institucionalização da infância e adolescência.

Em 2004 é publicada a Portaria nº 1.608, que institui o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que tem como propósito criar espaços de articulação intersetorial para o desenvolvimento de políticas que envolvam o campo de atenção do público infantojuvenil e produzir conhecimento que subsidiem a construção dessas políticas.

Durante os anos 2005 e 2012, houveram nove reuniões do Fórum, sendo a última em 2012. O espaço prevê a participação de atores de vários setores, incluindo os próprios jovens como sujeitos ativos na tomada de decisões. Na última reunião foram propostas a ampliação de acesso aos serviços de saúde do público infantojuvenil, fortalecendo a intersetorialidade das ações e protagonismo dos usuários. Foram debatidas questões como a medicalização da infância e a institucionalização de adolescentes em uso de álcool e outras drogas, visando propor ações que superem essas questões (Brasil, 2012). O intuito era que nos anos seguintes o Fórum fosse descentralizado entre os municípios, porém a última reunião do Fórum Nacional ocorreu em 2012, o que demonstra uma grande lacuna até hoje desses debates e operações.

Em 2005 é publicado pelo Ministério da Saúde o documento *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. A importância deste documento se traduz na histórica negligência por parte do setor público para pensar políticas de cuidado das crianças e adolescentes, e representa a continuidade do projeto debatido e deliberado a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental e das discussões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, buscando construir caminhos que considerem as especificidades do público e seguir os preceitos do SUS, necessitando, assim, a elaboração de diretrizes mais concretas para a construção de uma política mais representativa e na construção de uma rede fortalecida (Brasil, 2005).

Neste documento são traçados seis princípios para uma Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. O primeiro princípio se refere à compreensão da criança e do adolescente como sujeitos. Isto implica considerar que crianças e adolescentes não são apenas sujeitos de direitos, mas também são responsáveis por seus sintomas, por seu sofrimento e sua demanda. É necessário respeitar a subjetividade de cada um e permitir que ela possa emergir. Tal posicionamento ético implica em reconhecer “a voz” desses sujeitos e não apenas daqueles que muitas vezes são os porta-vozes de suas demandas (família, escola, saúde).

Coloca como necessário, por sua vez, legitimar o sofrimento mental que aparece, de maneira única e singular, trazendo a centralidade da criança e do adolescente em seu cuidado a fim de superar modelos que irão nomear e atuar por elas, inviabilizando seu potencial e a produção de autonomia. Tem-se como outros princípios o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente de rede, a territorialização e a intersetorialidade do cuidado. De maneira geral, coloca-se como tarefa a construção de dispositivos compostos por sujeitos que se responsabilizem pela produção de cuidado, extrapolando perspectivas curativistas ou tecnocratas, produzindo, por sua vez, acolhimento, escuta e produção de cuidados emancipatórios, que respeite a singularidade dos sujeitos, que inclua a comunidade e os territórios de existência nos processos de compreensão e intervenção junto à essas crianças, adolescentes, famílias e comunidades (Brasil, 2005).

Na lógica psicossocial, o CAPS, sendo o principal dispositivo especializado, não se reduz à estabelecimento de cuidado à saúde mental onde se oferta um tratamento, mas representa uma concepção de cuidado em saúde mental e modos de intervenção que subvertem um determinado tipo de cuidado, substituindo o modelo manicomial pelo de base comunitária. Ele representa a possibilidade de organização das demandas psicossociais dentro de um território, junto a outros atores da rede intra e intersetorial e que se organizam a partir da lógica de cuidado do território. O território, nestes termos, engloba mais do que o delineamento geográfico, e diz respeito a processos de constituição psicossocial dos sujeitos e seus atravessamentos entre diferentes instituições, pessoas e estabelecimentos (Brasil, 2005).

Neste sentido, segundo Couto e Delgado (2015), a implementação do CAPSi representa a primeira resposta de reordenamento ético sobre às demandas de cuidado de saúde mental infantojuvenil e a efetiva ampliação da atenção psicossocial à saúde mental das crianças e adolescentes, pois são os primeiros dispositivos com base no cuidado em liberdade e sob o direcionamento intersetorial. Ainda que sejam serviços que priorizam demandas de caráter mais intensivos e graves, por ser porta aberta e, muitas das vezes, porta de entrada, operam também como ordenadores das demandas de saúde mental do território e por isso são estratégicos na articulação do cuidado. No entanto, os autores ressaltam que a implementação do CAPSi deve ser acompanhada de uma expansão e maior investimento dos dispositivos comunitários, como a Atenção Básica e a rede intersetorial. Entre os desafios apontados, destacam a atenção primária pouco receptiva a essa demanda, insuficiência de CAPSi em todo o território brasileiro, a falta de compreensão da rede sobre as atribuições do serviço e a falta de formação adequada para os trabalhadores que atuam nesses serviços.

Macedo, Fontenele e Dimenstein (2018) realizaram um estudo para mapear os principais serviços de rede de assistência à saúde mental infantojuvenil da RAPS em território nacional, dentre eles a atenção primária, atenção especializada (CAPSi), Unidades de Acolhimento e atenção hospitalar. Em relação aos leitos psicossociais em hospitais, observaram cobertura de apenas 3,5% dos municípios do país. Apenas 34 municípios, menos de 1% do país, havia pelo menos três dispositivos (atenção primária, CAPSi e leitos hospitalares) e somente 3 municípios apresentavam os quatro pontos de atenção. Em relação ao contingente da atenção especializada, verificaram que haviam 210 CAPSi em funcionamento no território nacional em 172 municípios, cobrindo apenas 40,7% do território com critério mínimo de implementação. Em relação ao déficit de implantação por região, os municípios da região Norte representam a maior porcentagem (84,2%), seguido do Centro-Oeste (67,9%), Nordeste (66%), Sudeste (64,9%) e Sul (52,2%). Observaram que a discrepância, mesmo dentro dos Estados, é maior ainda entre os municípios, observando menor carência de investimento entre os de médio e grande porte em relação aos de pequeno porte. Nos 275 municípios em que não há a oferta de CAPSi, mas cumprem critério populacional de implantação, os usuários buscam os CAPS I, II, III e AD, que não são especializados ao público infantojuvenil, para atendimento especializado. Desses, 24 municípios não possuem nenhum tipo de CAPS.

O estudo apresentado acima, demonstra ser o mais recente acerca da análise de regionalização dos CAPSi em nível nacional. Apesar da lacuna de tempo e possíveis desatualizações, é possível identificar a expressiva lacuna assistencial dos dispositivos de saúde mental infantojuvenil em seus diferentes níveis de atenção. Os autores discorrem que a falta de serviços especializados ao público infantojuvenil sinaliza um vazio assistencial, tanto porque os dispositivos encontram dificuldade de suprir a demanda, quanto pela falta de qualificação profissional para atender as especificidades do público. A abrangência em relação à atenção primária é capilarizada, mas ainda se mostra um desafio ampliar o acompanhamento de crianças e adolescentes com sofrimento mental na APS (Macedo, Fontenele, Dimenstein, 2018).

Outros estudos mais recentes sobre regionalização da RAPS, a nível Estadual realizados em Minas Gerais (Coelho et al., 2022) e na Bahia (Alves Costa et al., 2021) trazem dados mais atualizados. Em Minas Gerais, Coelho et al (2022) observaram que em todas as Regiões de Saúde contam com dois pontos da RAPS (APS e CAPS) e 61% possuem três pontos (APS, CAPS e Leitos Hospitalares). A pesquisa demonstrou uma melhor

regionalização e interiorização dos dispositivos da RAPS no estado quando comparado ao cenário nacional. No entanto, em relação ao CAPS infantojuvenil, 55,9% das regiões com mais de 70.000 habitantes não possuem CAPSi, evidenciando a dificuldade de acesso de crianças e adolescentes aos serviços especializados, e necessitando recorrer para atendimento no CAPS geral, apesar de haver uma rede mais robusta quando comparada com o cenário nacional. Já na Bahia, Alves Costa et al. (2021) observaram também uma boa regionalização dos serviços de base comunitária, com maior oferta nas grandes metrópoles. Na Bahia, observou-se um dado interessante, um índice de 0,81 CAPSi por cidade habilitada, evidenciando, segundo os autores, a melhor distribuição deste serviço por habitante do país, superando, inclusive, São Paulo.

Um dos indicadores que demonstra a evidenciação da pauta da Saúde Mental Infantojuvenil na agenda pública se refletiu na última 50 Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2023 em Brasília, sob o tema “A política de Saúde Mental como Direito: pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços de atenção psicossocial no SUS”. A Conferência trouxe a participação de adolescentes e jovens como delegados que debateram e contribuíram na construção de propostas das políticas em saúde mental, levando em consideração os interesses e necessidade do público infantojuvenil, principalmente nas discussões do Eixo 1, que tinha como subeixo referente a “Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária” (CNS, 2023).

De acordo com o relatório consolidado das propostas discutidas, destacou-se como demandas: a regionalização e interiorização dos serviços da RAPS considerando tanto o público adulto quanto o infantojuvenil; ampliação das Unidades de Acolhimento direcionadas ao público infantojuvenil; ampliação dos CAPSi e o fortalecimento da articulação com outras ações intersetoriais de lazer, educação, esporte, trabalho, cultura etc; promoção de ações de qualificação no acolhimento de crianças trans e com diversidade de gênero, neurodivergentes e com sofrimento relacionado à raça; fortalecimento da atenção primária na atenção às demandas de saúde mental de crianças e adolescentes; combate da medicalização da infância e a internação compulsória de crianças e adolescentes e fortalecimento da atenção psicossocial; garantia do acesso à saúde mental de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas ou de crianças institucionalizadas; diminuição de contingente populacional para implementação de novos CAPSi.

Dessa forma, evidenciou-se a priorização das políticas de Saúde Mental Infantojuvenil, orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pelas diretrizes estabelecidas pelo ECA, que passaram a nortear as decisões políticas para os próximos anos. As propostas avançaram no sentido do fortalecimento de políticas ancoradas na RAPS, com uma Atenção Primária à Saúde fortalecida e qualificada, além da ampliação da oferta de dispositivos especializados, como os CAPSi, de forma regionalizada e interiorizada. Tais diretrizes também apontam para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, considerando marcadores sociais como gênero, raça e classe, e para a ampliação da participação social desses sujeitos na formulação e implementação de ações e políticas públicas.

Foram colocados até aqui diferentes marcos históricos, normativas e estudos que dão um panorama sobre as tentativas de instituição de uma política e dispositivos de cuidado de caráter psicossocial direcionados ao público infantojuvenil, bem como seus avanços, desafios e retrocessos. Contudo, se torna necessário também refletir sobre o lugar que essas crianças e adolescentes ocupam na sociedade, qual é o nome e as causas que atribuímos a esse sofrimento e como direcionamos cuidado a elas.

O termo infância vem do latim e significa “aquele que não fala”. Socialmente, nos dias atuais, se tem uma representação do período da infância como os “anos de glória”, “o período mais feliz”, ou seja, o lugar da infância como momento idealizado de felicidade incondicional e alienação dos problemas reais. Já a adolescência seria o período do desenvolvimento de confrontos e crises, que o indivíduo em sua imaturidade assume a postura de chato e rebelde, uma fase difícil para ele e para aqueles que convivem (Frota, 2007).

Ainda que essas representações façam sentido, ela é reducionista e implica numa generalização na vivência desta fase. Primeiramente, ainda que haja a regulação pelo ECA enquanto um garantidor de direitos desses sujeitos, sabemos que vivemos em um país extremamente desigual, o que implica em uma vivência de acesso a bens e serviços básicos diferente de acordo com as condições socioeconômicas de cada indivíduo e família. Para além disso, do ponto de vista psicossocial, essa visão também reduz o potencial psíquico e afetivo das crianças e adolescentes, tomando a infância como um momento de felicidade plena, tornando a concepção de sofrimento e reflexão sobre esses sentimentos como fenômenos incapazes para crianças, e a deslegitimação das vivências adolescentes.

Especialmente após a pandemia de COVID-19, tal como apontam Santos et al. (2022), a crise humanitária prévia à pandemia, como as desigualdades de acesso à saúde, condições sociais e materiais precárias foram agravadas diante de um contexto de isolamento e suspensões de atividades, principalmente entre os países mais empobrecidos ou com realidades de desigualdades agravadas, como o Brasil.

Para os autores, a vulnerabilidade infantojuvenil foi agravada diante do contexto de crise sanitária, no entanto, muitas dessas questões foram invisibilizadas, uma vez que crianças e adolescentes não eram alvo de maior nível de mortalidade em relação a complicações do coronavírus. E mesmo aquelas mais afetadas diretamente pelo adoecimento por COVID-19, tinham como realidade predominantes virem de realidades desiguais quanto ao acesso à saúde. Por outro lado, as consequências indiretas provocadas pela pandemia foram mais evidentes, como o aumento da violência intrafamiliar, agravamento da pobreza e desemprego, consequências relacionadas ao afastamento escolar e isolamento social, como aumento de queixas relacionadas a irritabilidade, agressividade, do uso de tempo de elas, desnutrição ou aumento de peso e outros distúrbios alimentares ou do sono. Para os autores, tanto as consequências diretas quanto as indiretas são agravadas diante das desigualdades sociais entre as infâncias brasileiras e podem continuar impactando negativamente a saúde biopsicossocial a longo prazo.

Se a pandemia agravou e escancarou uma série de negligências, passados três anos do período mais crítico de mortes e isolamento, tal como exposto nos espaços de participação social como as Conferências Nacionais, o debate da saúde mental das crianças, adolescentes e jovens tem ganhado grande destaque diante do aumento da prevalência dos diagnósticos de transtornos mentais e comportamentos de risco entre esse grupo, com automutilação e suicídio, e consequentemente a maior busca por serviços de saúde, principalmente os de caráter especializado.

Os CAPS infantojuvenis, são incluídos dentro desta organização direcionadas às crianças com sofrimento psíquico intenso, pautado a ser um dispositivo de cuidado que promove acolhimento e intervenções psicossociais em articulação com outros níveis de atenção, bem como da rede intersetorial como educação, assistência social, justiça, lazer etc. No entanto, uma série de desafios são colocados a fim de se que essas políticas venham de fato a ser resolutivas.

Taño e Matsukura (2015), em um levantamento de diversos estudos sobre a rede de saúde mental infantojuvenil e a atuação dos CAPSi, destacam uma série de desafios. Entre eles, a necessidade de considerar as especificidades da infância sem replicar modelos voltados para adultos, a superação de barreiras de acesso, o estigma e a falta de suporte das famílias, o despreparo dos profissionais para atuar no campo psicossocial, a demanda por internações, além da psiquiatrização e patologização da infância e adolescência. Apontam ainda que, a implementação de práticas de cuidado fundamentadas em um projeto político-ideológico que promova inclusão, participação e autonomia dos sujeitos é a principal função social de um CAPSi. Para isso, é essencial contar com agentes comprometidos com a transformação social, com novas concepções sobre saúde e sofrimento, e com a promoção de cuidados coletivos e emancipatórios. Assim, a existência de uma rede e de dispositivos especializados não garante o acesso ou a transformação rumo a um projeto político-ideológico e técnico-teórico sob uma abordagem que seja psicossocial e articulada com diferentes setores.

Para além disso, Fernandes et al. (2020) também destacam que, embora a rede de saúde mental infantojuvenil seja idealmente estruturada para acolher as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico dentro de uma perspectiva psicossocial, que considera as especificidades da infância e da adolescência e valoriza a sua posição de sujeito, em vez de se limitar a diagnósticos e processos de patologização, ainda há fragilidades significativas que não se supera em uma ampliação de número de CAPSi. Torna-se necessário ampliar não apenas os recursos e a estrutura dentro do próprio setor da saúde em todos os seus níveis de atenção, mas também fortalecer a articulação com outros setores que devem estar envolvidos no cuidado.

Enquanto a saúde mental infantojuvenil mantiver a centralidade do cuidado nos CAPSi, como único ou principal *locus* de cuidado, sem um efetivo fortalecimento de outros pontos, como a própria Atenção Básica, e articulação com uma rede mais ampla de suporte, esses serviços continuarão operando sob uma lógica fragmentada, e predominantemente ambulatorial, o que limita seu potencial de acolhimento, intervenção e transformação social.

Em estudo recente sobre as percepções de trabalhadores de um CAPSi, visando compreender se as ações estão em consonância com o paradigma psicossocial e identificar os principais desafios vivenciados, Leitão e Avellar (2020) evidenciaram diversas tensões no cotidiano desses serviços. Dentre os resultados, destacou-se o desafio para desenvolver uma dimensão clínica compartilhada, a partir da construção de uma clínica ampliada, sustentada

por um olhar voltado para dentro do próprio serviço, que oriente as condutas dos profissionais de forma integrada e coletiva. Um dos principais desafios apontados foi a articulação com a rede de atenção e proteção social, ainda marcada por fragilidades na comunicação, na corresponsabilização e na efetivação de fluxos contínuos de cuidado.

Além disso, os trabalhadores relataram o peso de um imaginário social que ainda associa o CAPSi a uma lógica ambulatorial, especializada e médico-centrada, o que contribui para o envio massivo e descontextualizado de casos por parte de outros dispositivos da saúde, educação, assistência social e sistema de justiça, reforçando uma lógica de porta de entrada e não de cuidado compartilhado. Observou-se também que o público atendido é, em grande medida, composto por crianças e adolescentes em situação de alta vulnerabilidade social, com queixas recorrentes como agressividade, dificuldades escolares e vivências de violência (Leitão; Avellar, 2020).

Por fim, o estudo evidenciou que os serviços ainda se mostram pouco preparados para lidar com as demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência, revelando um "não lugar" para esses sujeitos no modelo atual de atenção, o que reforça a urgência de repensar estratégias clínicas e institucionais para o cuidado a partir de uma perspectiva territorial, ética e intersetorial (Leitão; Avellar, 2020)..

Conforme identificado por Rosas et al. (2021), o perfil em relação ao que o estudo acima traz aponta para uma outra invisibilidade em termos de produção científica e discussão no interior dos serviços de saúde: aquela que se refere às interseccionalidades e ao sofrimento psíquico entre crianças e adolescentes. O reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e de sua influência sobre o sofrimento é abordado em diversos estudos; contudo, pouco se discute sobre como os profissionais trabalham esse aspecto em suas realidades cotidianas. Nesse sentido, a intersecção entre questões de gênero, raça, desigualdades sociais, estigma e preconceitos com o sofrimento mental, as barreiras de acesso aos serviços de saúde, o modelo biomédico de atenção à saúde mental e as limitações das políticas sociais se configuram como obstáculos para a garantia de uma atenção integral à saúde mental infantojuvenil. Essas diversas vulnerabilidades acabam por se acumular e produzir sistemas de opressão e exclusão.

É necessário, portanto, discutir também as limitações geográficas e econômicas que geram barreiras de acesso aos serviços e aos direitos, o estigma relacionado ao sofrimento e a determinados modos de existência, o sofrimento das famílias no cuidado à criança e ao adolescente, bem como a sobrecarga, sobretudo, das mães. Diante da fragilidade dos modelos

de atenção e das políticas públicas, bem como dos processos sociais e históricos que atravessam essas vivências, todos esses fatores impactam negativamente a saúde mental, o apoio recebido e reforçam processos de exclusão e discriminação de crianças, adolescentes e suas famílias (Rosas et al., 2021).

No campo da saúde mental infantojuvenil, ainda se observa que não houve avanços significativos nos últimos anos, e tal como exposto como um desafio a ser superado na lógica do discurso e das práticas que se revelam nos serviços públicos de cuidado ditos psicossociais, se refere à medicalização da infância.

A medicalização no campo da saúde mental é um termo utilizado para justificar comportamentos, sentimentos ou qualquer manifestação considerada desviante de um paradigma de normalidade a um discurso científico, especialmente o biomédico. A validação desse discurso e busca por suas determinações orgânicas justifica que eles podem, e devem, ser tratados e curados (Beltrame et al. 2019). A medicalização faz parte de um projeto político, tal como bem aponta Foucault (1980) sobre o biopoder, de padronização de condutas em um processo de intensa redução da complexidade da subjetividade humana e dos determinantes sociais em saúde.

Guarido (2007) aponta que a discussão levantada por Foucault acerca da disciplina e controle dos corpos ainda se faz atual em torno de um projeto de constituição ética e política da subjetividade humana em torno de um paradigma sobre o normal-patológico. Esse processo é potencializado pela lógica neoliberal, que se infiltra nos modos de vida e subjetivação, transformando problemas coletivos em responsabilidades individuais e exigindo, simultaneamente, o aumento da produtividade e a negação da dor ou, no máximo, sua supressão por respostas rápidas e "eficientes".

O ponto não é negar os benefícios ou o uso de psicofármacos em determinadas situações e a própria existência da psiquiatria, mas sim evidenciar os efeitos da banalização dos discursos que negam o conflito humano e os aspectos que envolvem a existência, os comportamentos e acontecimentos cotidianos ao reduzi-los a diagnósticos, mudando drasticamente a relação do indivíduo com sua subjetividade e seu sofrimento, sob uma lógica que culpabiliza e responsabiliza os indivíduos pelo cuidado de si (Guarido, 2007).

O aumento do número de diagnósticos na infância e na adolescência, especialmente aqueles associados a aspectos que interferem no aprendizado e advindos de queixas escolares,

tem chamado a atenção para a intensificação da medicalização na infância. As exigências que se colocam à infância e a necessidade de se adequarem a um determinado padrão (de aprendizado, de atividades, de comportamento, de competências) levam a uma produção excessiva de rótulos e intervenções que ignoram as reais necessidades e fatores estruturais.

Chegamos a tal ponto a achar totalmente natural que alguma manifestação de desconforto ou desajuste se associa a uma patologia, e não uma posição subjetiva de sofrimento ou da individualidade que se articula com um complexo campo social. Esse é um terreno fértil para a ampliação da busca por cuidados no âmbito da saúde, da justiça, da educação, que retroalimenta esse discurso quando reduz manifestações complexas a classificações nosológicas e intervenções hiperespecializadas. Dessa forma, sintomas são interpretados de maneira isolada, sem levar em conta o que realmente representam e sem considerar a influência da família, da escola e do próprio contexto social e cultural (Alves, et al., 2021).

O processo de medicalização da vida é tema de amplo debate e críticas referentes a falta de transparência e ao envolvimento da indústria farmacêutica na formação médica e no financiamento de pesquisas, revistas e congressos científicos na área da psiquiatria e psicofarmacologia, ao que Amarante e Torre (2024) referem como “a participação da indústria farmacêutica na determinação social dos transtornos mentais”. Os autores apontam que a relação entre a gestão do sofrimento a partir do viés da lucratividade se torna um projeto de sucesso, pois produzem um conjunto de conhecimentos que respaldam a existência de doenças, transtornos, tratamentos e práticas institucionais. Neste sentido, refletem para a importância de se ter um olhar crítico para o contexto pelo qual essas práticas ganham cada vez mais respaldo e justificativa não apenas científica, mas social.

Na infância e na adolescência, esse fenômeno se manifesta com especial frequência no contexto escolar, onde desvios de comportamento ou dificuldades no desempenho acadêmico são frequentemente motivos para encaminhamentos a serviços de saúde. No entanto, como apontam Rosa et al. (2015), antes de qualquer coisa, é essencial questionarmos: que tipo de discurso estamos construindo sobre a infância? Cada vez mais, discursos científicos e sociais moldam uma visão específica sobre o que significa ser criança, influenciando a compreensão de seu desenvolvimento e legitimando processos de mercantilização e medicalização da infância. Os autores alertam para o crescimento expressivo de diagnósticos em crianças, seguido pela ampliação da medicalização e de outras formas de intervenção que, em muitos

casos, patologizam a infância e não colocam sob evidência as condições do meio no processo complexo de constituição do sujeito criança e adolescente.

Dito isso, é necessário nos questionarmos qual é o ponto que está adoecido, será que são nossas crianças ou será também a sociedade que produz uma série de “doenças”? Como as instituições escolares, de saúde e as famílias respondem e entendem sobre o que é ser “normal” e que crianças devemos esperar? E acima de tudo, quando identificar a presença do sofrimento? E por fim, como potencializar o cuidado para ir além dessa visão ortopédica, que “conserta” e cura, para uma visão do reconhecimento e acolhimento, no intuito de promover saúde?

Tal como aponta Frota (2007), não há generalização sobre a subjetividade da infância e adolescência, pois elas são plurais. Não é possível reduzir o problema e serializar o cuidado, tampouco negar que a manifestação de sofrimento existe nesse período da vida. Portanto, serviços que acolhem pessoas dessa faixa etária precisam se deparar com a concepção de infância e de adolescência e quais são as especificidades subjetivas, sociais e culturais que caracterizam a vivência desses meninos e meninas.

Em um estudo sobre a percepção dos trabalhadores de um CAPSi sobre o trabalho na saúde mental infantojuvenil, Reis et. al (2023) observam uma cisão entre o paradigma biomédico e o psicossocial entre os trabalhadores do serviço. O fazer psicossocial é expresso ainda como uma forma resistente a uma condução predominantemente *psi* de cuidar do sofrimento, que chega sob um demanda externa (família, escola) e é nomeada pela via do transtorno/sintomas. Entre os trabalhadores não há uma discussão mais profunda sobre uma concepção compartilhada de infância e adolescência e de um modelo de cuidado, o que dificulta a prática e cria uma multiplicidade divergente de modelos dentro do próprio serviço. Por outro lado, as práticas do cuidado compartilhado, como as reuniões de equipe, o matriciamento e o fortalecimento das relações com a rede de políticas intersetoriais, são formas encontradas de se aproximar do paradigma psicossocial e de qualificação do cuidado, ainda que também se apresentem como desafios a serem enfrentados.

São inúmeros questionamentos, mas como principal norteador na nossa prática de cuidado, entendemos que devemos olhar para um sujeito, que ali se constitui em um emaranhado complexo de relações, e nessas relações que devemos apostar, em sua constituição subjetiva.

Assim, promover o cuidado sob uma perspectiva psicossocial com crianças e adolescentes implica olhar para esse período da vida com suas especificidades, porém com a perspectiva de valorização da posição do sujeito e da produção de autonomia, da inserção social e da despatologização do sofrimento mental. Em uma clínica psicossocial, a criança e o adolescente são sujeitos de direitos, responsáveis por sua demanda e seu sintoma, e detentores do lugar de fala e escuta. O tratamento não é hegemônico, pois parte-se da ideia de que a saúde se faz de maneira coletiva, integral e contextualizada, tendo como foco a singularidade das vivências (Brasil, 2014).

2.3. O Coletivo e os Movimentos Institucionalistas

O Coletivo é um conceito desenvolvido por Jean Oury, psiquiatra francês e um dos principais representantes de uma das vertentes do Movimento Institucionalista, a Psicoterapia Institucional. Essa abordagem buscou promover mudanças significativas nos estabelecimentos psiquiátricos e exerceu influência no movimento antimanicomial brasileiro.

Para Oury (2009), os Coletivos não são coisas em si, são máquinas abstratas que podem ter como efeito funções terapêuticas em diferentes tipos de instituições, hospitalares, clínicas, escolares e comunitárias. O autor constrói sua reflexão a partir de sua experiência enquanto psiquiatra no Hospital Psiquiátrico La Borde na França, que junto a Félix Guattari, foram precursores na Reforma Psiquiátrica Francesa. Propõe que o Coletivo ganhe sentido enquanto um conceito em sua dimensão terapêutica. Nesse sentido, compreende a necessidade de organizar um tipo de trabalho, chamado Coletivo, em instituições que promovam o cuidado que respeitem as *singularidades dos indivíduos*. Para o autor o Coletivo deve *subverter a lógica da hierarquização entre os saberes*. Ele não nega a possibilidade de que possa haver uma prática clínica individualizada, mas ressalta que certos sistemas de cuidado demandam que não haja uma segregação entre os saberes.

Oury (2009) faz uma analogia entre o Coletivo e uma caixa-preta, em que existe a iniciativa de tentar compreender o que sai dela e o que se espera dela, e para isso é necessário compreender o que é desejado. O autor traz algumas dimensões dessa caixa, dentre elas: *a integração entre os saberes, a heterogeneidade dos espaços, das funções e do encontro entre pessoas e a humanização no cuidado*. Oury também defende que o Coletivo seja um sistema aberto, de circulação e liberdade, que *transforma as relações de hierarquia entre usuários e profissionais*. Um efeito essencial do Coletivo é o “encontro”, a *possibilidade da troca e da heterogeneidade* como potencialidade. O Coletivo não é uma coisa, é uma máquina abstrata

que *produz possibilidade de relações*, é uma “máquina de tratar a alienação”, tem função e produz efeito, mas não é uma coisa.

Para Oury (2009), o Coletivo aborda, mais do que uma estrutura, uma dimensão que é ética, na articulação entre desejo e ação do cuidado e seus efeitos a partir dessa escolha. Dessa forma, o autor, ainda que manifeste suas conceituações a partir do seu trabalho em um hospital psiquiátrico, defende que existam espaços como possibilidade para que haja um “lugar”, um “espaço do dizer” em que algo possa emergir. A criação desse espaço não é regida por tecnocracias. A organização e oferta de determinadas ações, como grupos, oficinas, settings, não são, necessariamente, suficientes para que esse lugar exista. É nesse sentido que ele aborda que essas possibilidades são inesperadas. Quando ele coloca a questão do encontro enquanto uma função que possibilita a criação de *espaços do dizer*, isso não quer dizer que o dito será estabelecido pela relação direta com o paciente, mas muitas vezes pelas relações indiretas, mediadas por estruturas coletivas e da vida cotidiana, e esses espaços serão potencializados a partir do encontro das diferenças. Esse tipo de encontro, para Oury, coloca em questão a hierarquia, sendo necessária questioná-la.

O Coletivo não é um estabelecimento e tampouco um derivado de instituições, como grupos e subgrupos, opera como função e não como estrutura, que faz mobilizar correntes terapêuticas dentro de instituições. O autor destaca duas funções fundamentais para emergir um Coletivo: a função diacrítica e função decisória. A função diacrítica se refere à possibilidade de distinguir as diferenças, que elas possam surgir entre os acontecimentos e encontros, negando a ideia de massificação e a produção da noção de si mesmo e do outro. A função de decisão é um exercício da diacrítica, ou seja, em uma coletividade os sujeitos irão afirmar quais são os acontecimentos que produzem sentido para si, produzindo um lugar de existência, e para o autor o “analista”, o profissional, deve interpretar esses acontecimentos institucionais.

Essas funções operam um processo de distinção e complementaridade, formando processos de agenciamentos e novos sentidos, produzindo o que Guattari chama de *transversalidade* (Oury, 2009). Neste sentido, o autor ressalta que o coletivo, tal como uma máquina abstrata, resulta em um operador de agenciamentos e uma coletivização do cuidado. O cuidado individual precisa estar articulado com diferentes níveis de suporte. Além disso, a liberdade de circulação e as escolhas coletivas são princípios que colocam esse dispositivo para funcionar, e para Oury (2009) uma das tarefas resultantes da psicoterapia institucional

seria a transformação dessas instituições, que a partir do movimento do coletivo, cumpririam a finalidade não de cura, mas de amenização do sofrimento, ressaltando que o estabelecimento ou instituição de grupos em si não produz efeitos terapêuticos.

A Psicoterapia Institucional, vertente a qual Jean Oury e Félix Guattari foram representantes, faz parte do que se considera o Movimento Institucionalista. Esse movimento refere-se a um conjunto de ideias e teorias que surgiram na França, entre as décadas de 1950 e 1960, impulsionadas por estudantes, operários, militantes, acadêmicos e diversas categorias profissionais, que tinham como grande motivação questionar e denunciar as crises internas de diferentes instituições e estruturas sociais da sociedade capitalista pós-industrial, problematizando práticas relacionadas à educação, loucura, família, psicanálise e psiquiatria, entre outras (Santos, 2010).

Os primórdios da Psicoterapia Institucional se deu no hospital de Saint-Alban, na França, conduzido pelo psiquiatra catalão François Tosquelles. Saint-Alban foi escola para muitos pensadores e teóricos, como Frantz Fanon e Jean Oury, que posteriormente iria desenvolver seu trabalho na clínica La Borde. Tosquelles foi responsável por transformar o regime de hierarquia da clínica e pensar o tratamento para além da transferência entre médico-paciente. A análise se dá em torno de um processo que envolve os próprios pacientes, a instituição e o funcionamento social, econômico e político. Tosquelles (2024) aponta que a Psicoterapia Institucional, assim como o Coletivo que conceitua Oury, se apresenta como um movimento, e não uma ferramenta que pode ser reproduzida. A Psicoterapia Institucional surge das críticas aos estabelecimentos psiquiátricos e suas contradições, para que se delimitem campos de fala e as instituições nada mais são do que dispositivos capazes a dialética das trocas e dos discursos, mediado por uma linguagem.

O termo Psicoterapia Institucional foi utilizado pela primeira vez em 1952 por Daumezón a fim de caracterizar esse movimento, em grande medida iniciado na experiência de Saint-Alban, como uma primeira experiência na França de crítica à psiquiatria clássica rumo a humanização, destecnocratização e desmedicalização da psiquiatria. Utilizava-se como suporte principalmente as atividades coletivas e os processos de socialização, e se iniciou um processo teórico-conceitual de se fazer uma leitura psicanalítica das instituições. A cura, ou melhor dizendo, o efeito terapêutico não é pela socialização em si, mas como um instrumento que faz emergir uma fala e um sujeito (Guattari, 1987).

Segundo Lobosque (2001) a Psicoterapia Institucional teve uma importância para promover mudanças do cuidado dentro das instituições psiquiátricas, de maneira a ampliar a sua capacidade terapêutica, repensar as questões como a humanização do cuidado, principalmente pensando a partir da relação deste cuidado com a equipe de profissionais e o próprio espaço institucional. Diferentemente da reforma psiquiátrica italiana, a desinstitucionalização não era o foco desta proposta, que busca pela reformulação completa dos dispositivos psiquiátricos a partir da criação de serviços substitutivos pautados na territorialização e na reorientação social sobre a compreensão e acolhimento do sofrimento psíquico dentro da sociedade e suas formas hegemônicas de cuidado, buscando, de fato, a inclusão social.

Por outro lado, a Psicoterapia Institucional francesa trouxe contribuições importantes na crítica à psiquiatria clássica e a possibilidade de pensar a organização do trabalho e dos espaços na promoção do cuidado de maneira mais terapêutica, ética e humanizada. A perspectiva de Oury, tal como aponta Resende e Costa (2018), traz uma abordagem em que a gestão do cuidado do sofrimento psíquico passa a ser coletiva, na busca pela destituição da segregação e das relações horizontalizadas entre equipe e usuários. Nesta concepção, os profissionais são convocados a questionar e mudar as relações de poder para se colocarem na mesma paisagem, colocando-se dispostos ao acolhimento do que é próprio do outro e na inclusão dos usuários nas decisões coletivas. No entanto, esse movimento não tinha como objetivo a eliminação dos hospitais psiquiátricos nem uma crítica mais profunda à própria instituição da psiquiatria, diferentemente de outros movimentos institucionalistas. Por isso, alguns autores argumentam que, ao não priorizar a inclusão social, ele acaba reproduzindo um modelo que, apesar das melhorias internas, mantém os sujeitos em uma espécie de “gaiola de ouro”.

Costa-Rosa (2000) ao trabalhar a ideia do modelo psicossocial, em oposição ao modelo asilar, refere a influência da Psicoterapia Institucional sobre o desenvolvimento dos dispositivos de saúde mental brasileiros sob os princípios da reforma psiquiátrica. Ressalta principalmente a reflexão política-ideológica que produz tecnologias e diferentes concepções sobre o objeto de intervenção e ética do cuidado em saúde mental. Segundo o autor, a influência dessa vertente se deu principalmente pela mudanças nas estruturas dos micropoderes, a partir da horizontalização das relações de poder entre trabalhadores e usuários. Os clubes, as oficinas e as assembléias são exemplos de práticas que o campo Psicoterapia Institucional desenvolveu e foram incorporadas pelos dispositivos no Brasil, que

se alinha ao modo psicossocial ao introduzir o poder decisório e de coordenação dos usuários sobre o seu cuidado e sobre o funcionamento dos serviços. Neste sentido são metas do modelo psicossocial do cuidado a transformação das relações intersubjetivas institucionais, pautado na participação, autogestão e interdisciplinaridade.

Na Clínica La Borde, durante a década de 1960, Félix Guattari, trabalhando junto a Jean Oury, fundou o Grupo de Trabalho de Psicologia e Sociologia Institucional. Esse grupo, inserido no campo da prática e do desenvolvimento conceitual, buscava compreender as dinâmicas institucionais envolvidas na formação dos grupos. Neste período, conceitos fundamentais foram propostos por Guattari, como a *transversalidade*, *analísadores* e *grupo sujeito* e *grupo sujeitado*. O grupo sujeitado opera sob a obediência de uma lei externa, típica do controle disciplinar, funcionando de maneira passiva dentro das normas institucionais. Já o grupo sujeito resiste às demandas externas e possui maior autonomia nos processos de gestão e funcionamento. Esse é um momento importante, pois coloca como campo da análise não mais o sujeito, em sua individualidade, mas em uma complexa relação crítica com o campo do social e político (Guattari, 2004).

Diante disso, Guattari (2004) começa a se afastar do âmbito da Psicoterapia Institucional, como um movimento embrionário deste movimento maior, e introduz o termo Análise Institucional em substituição ao termo Psicoterapia Institucional, uma vez que o termo psicoterapia, para ele se remete a um sentido higienista, além de que limita o campo analítico à dimensão do campo psíquico e psiquiátrico. Enquanto o termo Análise Institucional integra o campo analítico das relações institucionais para outros espaços sociais e campos do saber transdisciplinares, como a pedagogia e as ciências sociais, a arquitetura, entre outras.

Para Guattari (2004) restringir o campo analítico das instituições a uma psicoterapia, é reduzir as práticas e saberes ao campo *psi* (psicólogo, psicanalista e psiquiatra), e busca com a conceituação de Análise Institucional desenvolver um aparato conceitual e interventivo que seja capaz de atravessar múltiplos campos. A *transversalidade* é esse conceito que reflete a capacidade das práticas institucionais promover rupturas das relações verticalizadas, serializadas e tecnocráticas. É, portanto, um conceito que se opõe a noção de verticalidade pura (hierarquia entre pontos e saberes) ou de uma horizontalidade (conexão entre pontos e áreas semelhantes) para pensar a interconexão entre as disciplinas, campos (sociais, políticos, saúde) e relações em sua multiplicidade e diferença.

As experiências na La Borde, a partir das vivências de agenciamentos coletivos, da heterogeneidade e transdisciplinaridade, serviram de inspiração para o desenvolvimento deste conceito, que irá compreender que o cuidado é coletivizado, introduzindo um caráter político ao cuidado em saúde. Assim, o processo terapêutico não visa a adaptação, mas um processo coletivo de forças, de desvios e construção de novos sentidos a partir do encontro com a alteridade. O processo de transversalização em uma grupalidade, no campo do cuidado e da produção de saúde, indica a potência para que essas relações sejam marcadas pela abertura à comunicação, troca, criação e inventividade, expressando a inseparabilidade e intersecção entre os diferentes campos do saber e da prática, como psiquismo e sociedade, clínica e política, gestão e atenção à saúde (Prado; Moura, 2024).

Ainda que Guattari seja reconhecido como a primeira pessoa que usou o termo Análise Institucional, e que parte de seus conceitos desenvolvidos nessa época sejam integrados a outras concepções do movimentos institucionalista, essa vertente vai se desdobrar em outras conceituações, representações teóricas e de intervenção posteriormente, havendo destaque para a Socioanálise e a Esquizonálise (Rodrigues, 2000).

A Socioanálise, representada principalmente por René Lourau e Georges Lapassade, tem como designação realizar uma sociologia das organizações, constituindo-se como um dispositivo analisador de um campo de análise e intervenção nas organizações, sobretudo no que se refere às suas estruturas invisíveis e inconscientes das relações. Essa análise envolve, entre outros aspectos, pontuar a diferença entre os estabelecimentos, ou seja, o local em que se dão as práticas, e as instituições, compreendidas como o conjunto de normas, saberes e regras que constituem um determinado campo de práticas e relações. As instituições são, portanto, o principal objeto de análise e intervenção sobre os grupos e indivíduos. Em suma, a principal função da Socioanálise é atuar no interior daquilo que constitui as instituições, por meio de processos de autoanálise e autogestão, com o objetivo de reorientar seu funcionamento para o de um grupo sujeito (Rodrigues, 2000).

Já a Esquizonálise, como principais representantes Gilles Deleuze e Felix Guattari, se refere ao movimento de questionamento do pensamento psicanalítico e da máquina capitalista como meio de subjetivação, sendo um campo que convida à transformação social e à produção de movimentos revolucionárias, e de novos agenciamentos de produção de desejos. Tem como foco de análise a micropolítica de agenciamentos, em uma composição que articula desejo, processos de subjetivação e poder sobre as relações clínicas, institucionais,

sociais e políticas e sua articulação com o capitalismo, buscando compreender as forças instituintes na formação do desejo no campo social (Hur, 2024).

Importante também analisar como o conceito de instituição dessas diferentes vertentes que nomeamos ‘Movimento Institucionalista’ possuem sentidos distintos. Na Psicoterapia Institucional o termo instituição se deu como o conjunto de práticas no interior das instituições psiquiátricas que produziam determinados efeitos terapêuticos, sobretudo as práticas grupais, como a socialização, a organização da equipe, o processo de participação e autogestão dos pacientes, bem como as análises dos processos inconscientes grupais (Lourau, 1975).

Para Lourau (2004), a Análise Institucional, o conceito de instituição se distancia do sentido terapêutico da análise e de suas organizações, presente na vertente anterior. As instituições são descritas como um conjunto de regras, normas, costumes e tradições que influenciam diretamente as relações sociais e a estruturação das leis e das organizações, como hospitais, escolas, igrejas etc. Além disso, considera-se a forma como os indivíduos aderem ou não a essas influências e o impacto dessa dinâmica na organização social. Nenhuma instituição é dada como natural, pois ela é fruto de uma conjuntura histórica, cultural e social, e assim é instituída, em um processo de institucionalização. Neste sentido ela convoca ao ato de pôr as instituições em questão e quebrar ciclos de passividade quanto à sua reprodução e funcionamento no campo social e político, em seu movimento instituinte.

Destaca-se o analisador como um conceito fundamental para aquele se propõe a trabalhar nessa perspectiva, que se define como a tarefa de fazer a “instituição falar”, ou seja, trazer à tona aqueles elementos da realidade, os não ditos ou velados, os conflitos, as contradições, as relações de força e poder dos processos institucionais (Lourau, 2004).

Assim a década de 60 foi um período de importantes movimentos políticos e sociais e momento em que as principais ideias da Análise Institucional se desenvolveu, tendo como grande influência as experiências reformatórias propostas no movimento da Psicoterapia Institucional francesa. Alguns conceitos chave dessa vertente como a própria concepção de coletivo, instituição, analisador e transversalidade aqui apresentados são fundamentais para compreender o escopo teórico e metodológico aqui adotado para compreender as relações institucionais que configuram os dispositivos de cuidado em saúde mental.

No Brasil o movimento institucionalista, sobretudo as vertentes da Socioanálise e da Esquizoanálise passam a produzir influência a partir da década de 70 na produção científica e na análise das práticas sociais que atravessam as políticas públicas. Segundo L'Abbate (2003), a delimitação entre essas vertentes na produção brasileira não tem limites precisos, visto a integração entre esses conceitos que incorporam o campo amplo que se nomeia a Análise Institucional, com referências tanto da socionanálise quanto da esquizoanálise.

O fervor político, social e ideológico impulsionado pelas vertentes institucionalistas na década de 1970 também promoveu um impacto significativo na saúde coletiva. A luta pela implementação de um sistema público de saúde universal esteve fortemente associada ao movimento sanitarista e à busca pela garantia dos direitos de cidadania e pela democratização do país. Esse processo contou com a participação ativa de diversos pensadores e agentes sociais engajados na redemocratização e na efetivação de direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde.

A própria noção de "saúde coletiva", enquanto conceito e campo de conhecimento no Brasil e fortemente ligado aos princípios e diretrizes do SUS, representa nesta vertente enquanto uma instituição que fala, e a qual merece análise. Segundo L'Abbate (2003), a Análise Institucional se torna um aliado para compreender os saberes e práticas que fundamentam essa área, reconhecendo suas potencialidades, contradições e limitações. Assim, a saúde coletiva se apresenta não apenas como um conjunto de políticas e ações, mas como um espaço dinâmico de debate e transformação social. Nesse contexto, a autora destaca que a produção da Análise Institucional no campo da saúde coletiva oferece contribuições significativas, tanto para refletir sobre a constituição desse campo enquanto um conjunto de saberes e práticas, com base em uma análise política, social, ideológica, técnica e científica, quanto do ponto de vista da intervenção, principalmente no processos micropolíticos que caracterizam os processos de trabalho e os serviços em saúde.

Dessa forma, busco como escopo deste trabalho, integrar conceitos e experiências do movimento institucionalista com o objetivo de contribuir para a construção de uma compreensão sobre o Coletivo, pautado, contudo, a partir de dispositivos psicossociais, territorializados e intersubjetivos, inseridos sob paradigma antimanicomial da clínica ampliada.

2.4. As Micropolíticas do Trabalho Vivo em Ato

A discussão acerca das micropolíticas do trabalho vivo em saúde é uma discussão levantada por teóricos e sanitaristas brasileiro que recebeu forte influência dos movimentos institucionalistas, principalmente da Análise Institucional e seus representantes.

Segundo Merhy (2014), o ato do cuidado será um produto de relações entre trabalhadores, usuários, saberes, processos, instrumentos, ferramentas e matérias visíveis e abstratas, e o modelo tecnoassistencial derivará da maneira como esses agentes irão estabelecer essas contraturalidades. Introduz que o campo da produção do cuidado em saúde deve ser executado a partir da noção de trabalho vivo, um conceito que se propõe a repensar as lógicas produtivas em saúde e produzir novos arranjos tecnológicos que respondam às necessidades individuais e coletivas em saúde, direcionado principalmente pelo trabalho criador e de forças instituintes. Uma grande contribuição deste autor, é propor a discussão de que as tecnologias de cuidado em saúde não se reduzem a equipamentos e máquinas, pois também são produto da integração de saberes e, inclusive, das relações humanas.

Desta forma, em relação às tecnologias de cuidado, Merhy (2014) as categoriza em três tipos: duras, leve-duras e leves. A discussão sobre tecnologias é indissociável da temática do trabalho. O trabalho é uma ação intencional viva que tem como objetivo produzir produtos, materiais e imateriais, que satisfaçam as necessidades. A produção do cuidado se dá a partir de ferramentas que dão razão instrumental e produzem tecnologias. As tecnologias duras são aquelas que estão dadas a priori e imateriais, como equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais. As leve-duras são os saberes estruturados e teóricos, e a leves se devem ao campo das relações humanas e do contato.

O trabalho em saúde deve ser guiado, segundo Marhy (2014), pelo Trabalho Vivo em Ato, aquele orientado pela transversalidade das tecnologias leves e pela forma como estas se articulam com as demais. É a partir dessa articulação que se torna possível identificar as reais necessidades em saúde e definir como o trabalho será gerenciado e coordenado com o uso de outras tecnologias. Essa proposição não visa sobrepor uma tecnologia em relação à outra; ao contrário, enfatiza que o cuidado não pode ser dissociado da atividade humana, a qual envolve algum tipo de interação e produz efeitos significativos, como o acolhimento, o vínculo e a humanização do cuidado.

Os processos de trabalho, em sua dimensão micropolítica, operam sob uma disputa constante entre o instituído, as normas e estruturas já estabelecidas, e o instituinte, as forças que impulsionam mudanças e transformações. Esse embate é marcado por ruídos e conflitos,

inerentes ao caráter coletivo do trabalho, que envolve não apenas um conjunto de saberes, disciplinas e categorias profissionais, mas também a interação com o usuário do serviço e sua comunidade. Esse usuário, por sua vez, possui autonomia sobre suas escolhas e sobre sua relação com os processos de saúde e doença (Malta;Merhy, 2003).

Diante disso, torna-se essencial reconhecer e dar voz a esses ruídos, compreendendo-os como expressões das condições em que o trabalho se desenvolve. Ao acolher essas tensões e perspectivas diversas, abre-se espaço para a construção de novos sentidos e possibilidades, permitindo a ressignificação dos processos de trabalho e a criação de outras práticas.

A transversalidade enquanto um fenômeno institucional a ser almejado no cuidado em saúde mental, diz sobre o movimento do trabalho vivo em ato, contudo devemos olhar com cuidado e crítica em relação a esse conceito. Compreender a transversalização como uma possibilidade de abertura e comunicação sobre o cuidado em saúde, em sua dimensão ética, política, transdisciplinar e social demonstra ser um bom caminho para se pensar um cuidado pautado no trabalho vivo, que é compartilhado e reinventante. Por outro lado, hiperespecialização e fragmentação são desafios a serem enfrentados no campo da saúde pública, uma vez que, socialmente, ainda se valoriza a especialização como sinônimo de cuidado mais eficaz e desejável, o que resulta em um alto volume de encaminhamentos para níveis especializados. Esse cenário enfraquece dispositivos multiprofissionais, mais generalistas e comunitários, fundamentais para uma abordagem integral e territorializada do cuidado em saúde mental.

Neste sentido Malta e Merhy (2003) apontam para um importante combate a polarização entre verticalização e horizontalização do trabalho. Assim, devemos nos atentar tanto para hiperespecialização a qual leva para uma hierarquização total pautada na fragmentação do cuidado e na valorização excessiva das tecnologias duras de cuidado, especialmente as médicas, o que devemos combater, bem como uma horizontalização total, em que as categorias profissionais se igualem, como se não houvesse distinção entre elas. O grau de transversalidade seria o equilíbrio entre esses dois polos, na capacidade de se produzir um cuidado ampliado pautado na integração entre diferentes saberes, ao que Campos (2000) revela como a dinâmica entre “núcleo” e “campo”.

O “núcleo” diz respeito ao conjunto de saberes e práticas específicas de uma profissão, como a psicologia, a medicina, o serviço social etc. Já o “campo” seria as competências, os

conhecimentos e as responsabilidades compartilhadas entre diferentes profissões. Um campo comum de trabalho, por exemplo, é a saúde mental. Quais são os conhecimentos e responsabilidades que os trabalhadores deveriam adotar para atuar em uma perspectiva compartilhada na atenção psicossocial? Assim, o cuidado seria uma relação contínua entre núcleo e campo, na relação com o seu próprio fazer e nas relações que estabelece no trabalho em equipe (Campos, 2000).

Como Franco (2006) afirma, o trabalho em saúde é feito, necessariamente, em rede em uma inter-relação de comunicação e produção de cuidado, a partir do encontro entre trabalhadores e usuários em diferentes níveis, como por exemplo dentro das unidades ou entre unidades de níveis de atenção distintos. Dessa forma, o trabalho em rede é imanente ao processo de cuidado, um espaço marcado por encontro de subjetividades, individualidades e normas atravessadas por aspectos políticos, culturais, desejantes que irão produzir atos simbólicos e condutas.

Quando o trabalho em saúde é atravessado pelo trabalho vivo em ato, uma grande potência se expande em torno de processos inventivos e instituintes, que se atualizam e resistem a capturas das normas. Ainda segundo o autor as relações micropolíticas no interior dos serviços de saúde, ou seja, as interações cotidianas em rede na produção de cuidado, quando regidas pela dinâmica do trabalho vivo em ato, expandem em uma rede de fluxos conectivos abertos, criativos, heterogêneos e livres. A maneira como essas relações são constituídas micropoliticamente, são passíveis de serem cartografadas, enquanto possibilidades de cuidado que irão evidenciar modelos assistenciais e de gestão do cuidado, tornando-se necessário compreender de que forma essas relações se dão no interior das unidades de saúde.

Há uma lógica dominante, segundo Franco (2006), em que a utilização das tecnologias duras em saúde, como os exames, procedimentos e medicalização, irão responder melhor às demandas dos usuários. No entanto, o autor, em direção ao que Merhy (2014) também defende, afirma que a produção de cuidado a partir das tecnologias duras infere a priori uma necessidade em saúde que invisibiliza as reais demandas dos usuários. Ao passo que, a produção de cuidado como partida as tecnologias relacionais, que operam em complexas relações de rede, de escuta e toque, promovem movimentos de conexões mais resolutivas e da compreensão da articulação necessária com outros saberes e procedimentos.

Em estudo sobre a dimensão relacional das micropolíticas dos trabalhadores em saúde mental, Almeida e Merhy (2020) discutem os desafios e potencialidades dos encontros na produção de uma ética do cuidado pautada nos princípios da luta antimanicomial nos dispositivos de saúde públicos. Os autores discorrem sobre o protagonismo dos trabalhadores em saúde na produção do cuidado, uma vez que não são apenas mãos de obra, mas colaboradores imersos em um campo subjetivo que irão contribuir na promoção da saúde e no cuidado com os usuários. Os autores observaram que os trabalhadores do campo da saúde mental estavam em sofrimento, marcado por relações desgastadas entre a equipe e sensações de esgotamento, tristeza e cansaço diante um cenário desafiador em relação às condições de trabalho e, principalmente, a relação entre a equipe, o que traria consequências negativas quanto aos processos de trabalho improdutivos e de baixa resolutividade.

Utilizando a teoria das afecções de Spinoza, para Deleuze (2002) é possível pensar a potencialidade do agir a partir da qualidade dos encontros e dos afetos. Os bons encontros promovem a potencialização do agir e da capacidade de composição, enquanto os maus encontros produzem uma redução e afetos tristes. Para Almeida e Merhy (2020), o campo da saúde coletiva é palco de afecções, e as ações se potencializam quando são marcados pelos bons encontros. Os autores, assim, observaram que no território existencial do CAPS, entre os trabalhadores era necessário modificar a qualidade desses encontros, visto que os afetos tristes estavam dificultando os processos criativos e de possibilidade de mudanças, o que eles nomearam como o “furacão antimanicomial”. Em um contexto permeado pelo caos, foram promovidos espaços de pausa e instigação das dúvidas, para que essas inquietações fossem discutidas coletivamente e saídas fossem pensadas em conjunto. Se antes, segundo os autores, as decisões eram tomadas a nível individual, visto que havia um desconforto na relação entre a equipe, entenderam que a melhor saída era na tomada de decisão conjunta, no compartilhamento das dúvidas e angústias.

Almeida e Merhy (2020) ressaltam que essa reestruturação não resolveu os impasses que dificultam o cuidado em liberdade e comunitário, visto que isso é um desafio a ser implementado enquanto política de saúde, porém produziu espaços de potência entre os trabalhadores da equipe, que se tornaram mais críticos de si mesmos, inventivos e mais solidários uns com os outros, suspendendo lógicas de verdades.

Ainda segundo os autores, produzir um cuidado antimanicomial não se garante com a existência de um CAPS por si só, uma vez que esses dispositivos em suas micropolíticas

podem funcionar sob uma lógica manicomial, fechada. Referem que ser antimanicomial, mais do que um ideal, implica em uma ética, é uma experimentação de desterritorialização, quando a possibilidade do encontro com as diferenças produz modos potentes de agir, que não se fechem em identidades exclusivas (médico, psicólogo, profissional de saúde etc.) e se abra para o campo dos encontros e afetações.

O trabalho em saúde mental, dentro da perspectiva da Atenção Psicossocial, alinhados aos preceitos da luta antimanicomial, se torna um projeto civilizatório que vai além de um conjunto de esforços técnico-assistenciais. O trabalho que se revela micropoliticamente transformador se expressa na convivência e nos encontros cotidianos, nos bons encontros que entrelaçam desejos, ressoam e produzem efeitos nas relações sociais pautadas em valores como solidariedade e coletivização. A produção do cuidado se dá nessa intersecção, na potência de produzir transformações (Yasui, 2009).

O cuidado será o efeito da articulação de diferentes intencionalidades, ações e tecnologias (leves, leve-duras e duras). No entanto, as tecnologias leves são transversais e cumprem o grande papel de articular todo o processo de cuidado em sua complexidade. Neste sentido, um trabalho que possa ter o potencial de ser vivo, é aquele atravessado pelo conceito de transversalidade, que no campo do cuidado em saúde mental se manifesta micropoliticamente através da possibilidade de desenvolver estratégias e ferramentas para o manejo de casos complexos, que exigem uma coletivização das decisões e dos saberes, na promoção do acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia. São exemplos dessas ações o Projeto Terapêutico Singular, a consulta compartilhada, a discussão de casos, reuniões de equipe, a interconsulta, o apoio matricial, o trabalho em rede, entre outras (Prado; Moura, 2024).

Para Franco (2006), as redes que constituem as micropolíticas dos processos de trabalho são campos de permanente disputas entre saberes, práticas e subjetividades que podem oscilar entre instituído e instituinte, entre aquilo que normatiza e o que se atualiza. No entanto, em unidades onde o campo da ética do cuidado parte do pressuposto relacional, abre-se maiores possibilidades de fluxos conectivos potentes para o trabalho vivo em ato e a emergências de práticas de cuidado inventivas.

3. MÉTODO

A abordagem utilizada para o presente estudo é de natureza qualitativa e exploratória. A pesquisa qualitativa ganha espaço em uma tradição de pesquisa quantitativa dominante em que a legitimação do conhecimento se baseia nos resultados quantificáveis e nos pressupostos de neutralidade e objetividade, nos quais as crenças do pesquisador não poderiam contaminar a pesquisa (Goldenberg, 2005). Neste contexto, observa-se a limitação dos métodos quantitativos para compreender a complexidade dos fenômenos sociais, uma vez que aspectos subjetivos dotados de significado e intencionalidade não são compreendidos apenas através da quantificação e relações de causa e efeito (Minayo, 2007).

Segundo Flick (2009), a necessidade de realizar pesquisas qualitativas, principalmente nas ciências sociais e psicológicas, surge quando se percebe que os resultados levantados pelo método científico tradicional, baseado em um controle metodológico rígido e generalizador, não são incorporadas às práticas políticas e institucionais ou na vida cotidiana, assim como se previa. A pesquisa qualitativa permite a reaproximação da metodologia científica aos problemas cotidianos, visto que se propõe a estudar fenômenos os quais não são passíveis de serem estudados em contexto experimental. A complexidade dos fenômenos sociais e psicológicos justifica porque os objetos não podem ser reduzidos simplesmente às variáveis, mas sim serem observados e interpretados a partir de sua totalidade e em seu contexto real. Ocupar-se com a qualidade dos fenômenos significa buscar seus aspectos dinâmicos, isso quer dizer compreender a perspectiva das pessoas que configuram o fenômeno e entendê-lo em uma relação integrada no contexto ao qual faz parte (Godoy, 1995).

Nesta pesquisa, foi utilizado o método cartográfico como metodologia de inserção e análise do campo de estudo. Tal como afirma Rolnik (2016), inspirado no método cartográfico da geografia, que diferentemente da construção de mapas, que representa o todo de modo estático, a cartografia irá produzir pistas ao mesmo tempo em que se caminha, acompanhando suas mudanças e transformações. Para a autora, as paisagens psicossociais também podem ser cartografadas.

A cartografia, enquanto método de pesquisa, foi proposta por Gilles Deleuze e Felix Guattari e tem como principal objetivo buscar compreender processos e não as coisas em si, como eles são produzidos e delineados. Dessa forma, a inserção no campo não visa “coletar dados” a fim de compreender um objeto ou uma realidade com informações prontas para serem “coletadas”, mas sim encontrar pistas que norteiam caminhos para a compreensão da produção de determinados processos e fenômenos (Kastrup, 2012).

Uma cartografia é construída a partir de encontros intensivos com outras pessoas e, como descreve Amorim (2010), a tarefa será desenhar esses encontros em sua capacidade de afetar e ser afetado, em que o pesquisador irá encontrar um “lugar”, fazer parte dele, obter aliados e agir como os outros componentes que o institui. Segundo a autora, esse movimento é promotor do caos, o que no caso é algo positivo, pois desprende o pesquisador de suas opiniões formadas. Esse é um movimento de passagem, marcado por lineamentos e produtor de elementos novos.

Sendo assim, em síntese, a produção do conhecimento a partir do método cartográfico não irá, provavelmente, responder ou solucionar um problema, mas irá criar caminhos para que possamos compreender a processualidade de sua constituição, seus campos de forças, formas e atravessamentos. É uma construção coletiva que irá evidenciar conflitos, contradições e questões significativas de um campo aberto. Diferentemente dos modos hegemônicos de se fazer pesquisa, não há linearidade, e o encontro entre sujeito e objeto é fundamental para que experiências possam advir, no movimento, na participação e no acompanhamento dos processos na construção de um campo de conhecimento (Barros; Kastrup, 2012).

Cartografar, conforme Rolnik (2016), é dar passagem aos afetos, e cabe ao cartógrafo se entregar ao mergulho das intensidades dos encontros. Conhecer nesta perspectiva envolve implicar-se e comprometer-se com algo novo, e não meramente captar algo que já está dado, como se a realidade fosse algo pronta para ser conhecida. Por isso, o engajamento do pesquisador com o território de pesquisa faz parte do trabalho, pois o campo é constituído da relação direta entre sujeito e objeto.

Para Alvarez e Passos (2012), a pesquisa em cartografia é habitar um território existencial. Territórios, para Deleuze Guattari, são espaços de sentido e modos de expressão, pelos quais se produz movimentos de agenciamento, de composição que podem operar a partir de linhas de fuga, que desterritorializa, instituem novas composições ou linhas duras, instituídas (Hur, 2024). As condutas são formações expressivas territoriais. O território são cenários de produção de sujeitos, objetos e comportamentos, e cartografar será compor um território existencial, no qual o próprio pesquisador se integrará. Engajar-se no território de existência, então, não exigirá um distanciamento do objeto, conforme exigido nos moldes mais objetivistas em pesquisa, mas pelo contrário, requer aprender a habitar o território, em

uma receptividade de quem não sabe o que vai encontrar. A lógica muda de “saber sobre”, para “saber entre”, em uma dinâmica de implicação.

A cartografia é compreendida como um método-intervenção. Para Lourau (2004), a implicação diz respeito a uma disposição do pesquisador a qual rompe com a noção de neutralidade científica, reconhecendo que tanto a pesquisa quanto o pesquisador fazem parte do campo analisado. A partir dessa inserção, busca-se produzir deslocamentos e transformações no próprio campo, assumindo o caráter político e ético da pesquisa.

Importante ressaltar que, ainda que haja um esforço para construir caminhos metodológicos, esta não é uma abordagem protocolar ou de aplicação de técnicas, onde há ponto de partido e ponto de chegada, diz mais sobre uma disponibilidade para o campo e possibilidades de afetações cíclicas do que passos a serem seguidos.

3.1 Descrição dos participantes e do cenário de pesquisa

Esta pesquisa foi realizada a partir da minha experiência no Coletivo, vivenciada em diferentes momentos ao longo dos anos de 2022, 2023, 2024 e 2025. O campo em questão foi cenário de residência desta pesquisadora, onde atuei como psicóloga por um período de um ano, entre setembro e novembro de 2022, e de junho de 2023 a fevereiro de 2024. Nesse contexto, participei ativamente, em conjunto com a equipe, da condução dos Coletivos, os quais serão detalhados adiante, e de diversos processos de trabalho implicados no cuidado aos usuários e suas famílias.

A vivência enquanto residente, aliada às entrevistas e visitas complementares realizadas entre 2024 e 2025, compôs o material utilizado na construção desta cartografia. Também foram utilizados os portfólios elaborados durante a residência, os diários de campo e as transcrições das entrevistas, que forneceram subsídios fundamentais para a análise empreendida.

A experiência como profissional da saúde mental ao longo desses anos, especialmente no âmbito da saúde pública, foi um dos principais disparadores para compor os caminhos de análise do Coletivo, não de forma meramente descritiva, mas a partir das forças que o atravessam, revelando suas potências e os desafios que tensionam sua sustentação. Minha principal implicação nesta pesquisa foi justamente investigar o conjunto de forças que confere

ao Coletivo sua potência como dispositivo de cuidado e nos processos de trabalho que o sustentam.

A imersão no campo, na cartografia, aproxima-se da experiência etnográfica. No meu caso, essa inserção foi marcada pelo envolvimento com o território existencial dos processos que constituem o Coletivo, em um movimento que escapa à neutralidade: afetando e sendo afetada, modificando e sendo modificada. Assim como na etnografia, a cartografia aposta na construção do conhecimento como um processo relacional, produzido nos agenciamentos de forças entre pesquisador(a) e campo. Diferencia-se, portanto, da concepção moderna de ciência que busca dissociar sujeito e objeto, como destacam Barros e Kastrup (2012).

Dito isso, a pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), localizado em Brasília, Distrito Federal. O CAPSi é um dispositivo integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltado ao cuidado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Trata-se de um serviço de caráter aberto e comunitário, que atua de forma articulada com os demais pontos da rede de atenção à saúde e com a rede intersetorial (Brasil, 2011).

Esse foi o primeiro CAPSi do Distrito Federal e é considerado um dos precursores da atenção psicossocial infantojuvenil na capital. O serviço só foi habilitado como independente, com equipe e gestão própria, em 2011. Até então, funcionava como um desdobramento de um ambulatório de saúde mental infantojuvenil que operava no mesmo prédio. Dessa forma, a constituição do CAPSi ocorreu a partir de sua diferenciação em relação ao ambulatório, com o qual ainda compartilha espaço.

O CAPSi em questão teve origem no início dos anos 2000, como uma proposta de grupos para crianças e adolescentes dentro do ambulatório. Inicialmente, naquele contexto, o termo CAPS referia-se apenas a pequenos grupos voltados para crianças e adolescentes com em sofrimento psíquico mais graves, que se diferenciavam dos demais pacientes atendidos no ambulatório. Naquele momento, o serviço não possuía equipe própria, espaço definido ou um modelo de trabalho estruturado. Sua constituição ocorreu gradativamente, por meio de uma série de experimentações impulsionadas pela iniciativa dos trabalhadores que atuavam no local.

Com o passar dos anos, a equipe, que ainda se dividia entre os dois serviços, começou a pressionar a gestão central para habilitar o CAPSi como um serviço autônomo e independente. Em meados dos anos 2000, entre 2005 e 2006, quando o CAPSi foi finalmente reconhecido como um serviço independente, iniciou-se o desafio de estruturá-lo. Embora já existisse em termos de portaria, não havia experiências similares no Distrito Federal.

Na época, a equipe era composta por servidores com histórico acadêmico e experiência na atenção psicossocial em outros estados, além de profissionais engajados no processo de formação e reflexão sobre a implementação do modelo psicossocial na saúde mental infantojuvenil. Esse grupo iniciou um processo de construção coletiva para definir tanto a estrutura do serviço quanto seu projeto de cuidado e sua abordagem de compreensão dos fenômenos. Foi desse processo de construção em equipe que surgiu o Coletivo, a proposta na qual atuei e que é central nesta pesquisa.

Atualmente, o serviço continua funcionando de maneira independente em relação ao ambulatório, embora ainda compartilhe o mesmo espaço físico. Nos últimos anos, foram implementados novos CAPSi no Distrito Federal, acompanhados por um processo de territorialização das áreas de abrangência. O CAPSi em questão está localizado no Plano Piloto e é responsável por três regiões administrativas, totalizando uma população de referência aproximada de 800.000 pessoas, o que o configura como o CAPSi de maior abrangência do Distrito Federal (Distrito Federal, 2022). A população atendida apresenta um perfil diverso, embora a vulnerabilidade socioeconômica seja uma característica comum entre os usuários acompanhados pelo serviço.

Ele funciona de segunda à sexta-feira de 7 às 18 horas e está localizado em uma região bem central, perto da rodoviária, vias principais, centros comerciais e espaços de lazer e cultura. Apesar da localização privilegiada, o espaço é limitado e a infraestrutura é precária. Além de estar em um prédio antigo e pouco estruturado para receber o público infantojuvenil, conta com pequenas e poucas salas. Atualmente o espaço do serviço contempla três salas de atendimento individuais/familiares, duas salas de atendimento de grupo, uma sala de brinquedos, uma cozinha/copa compartilhada com o ambulatório, uma sala da gerência/administrativo e uma recepção. O espaço dispõe de poucos computadores e os móveis são antigos. Toda a decoração, reformas, brinquedos e insumos para a realização das atividades com os usuários são originários de iniciativas e doações dos próprios trabalhadores,

usuários e familiares. O espaço não comporta espaços amplos de convivência e de circulação e é arquitetado para funcionar como um ambulatório.

A agenda do serviço é dividida entre diferentes atividades, incluindo os Coletivos. Dentre elas estão: o plantão de outras ações/busca ativa/crise, no qual profissionais ficam disponíveis para acolher usuários que chegam por demanda espontânea em crise ou para realizar busca ativa de usuários que não comparecem ao serviço e que necessitam de alguma articulação de rede; a agenda da psiquiatria, destinada às consultas individuais com essa categoria; a recepção, onde profissionais são escalados para auxiliar no fluxo dos usuários e fornecer orientações ao público que busca acessar o serviço; o acolhimento, que é entrevista inicial e um dos primeiros acessos do usuário ao serviços; e as reuniões semanais de equipe.

Com exceção da agenda de psiquiatria, todos os profissionais se revezam nessas atividades. Sempre houve a tentativa de eliminar a agenda exclusiva da psiquiatria para que esses profissionais participassem dos Coletivos e exercessem suas funções de forma compartilhada e integrada com as demais categorias. No entanto, apesar de algumas iniciativas, atualmente a psiquiatria é a única categoria que mantém um horário reservado para consultas individuais, com pouca participação nos Coletivos.

O fluxo de entrada no serviço é por meio de porta-aberta, com acolhimento garantido por meio de ordem de chegada. No entanto, para continuidade no serviço é necessário que o usuário apresente os critérios de inserção relacionados à demanda avaliada conforme fluxo estabelecido para o encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental infantojuvenil da Atenção Secundária através da Nota Técnica 01/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM (Distrito Federal, 2018).

O acolhimento é o momento em que os profissionais, geralmente atuando em dupla, escutam e identificam as principais demandas da criança ou do adolescente, em diálogo com a família. Para além da queixa inicial e dos sintomas apresentados, busca-se compreender aspectos mais amplos da história de vida do sujeito, desde o nascimento até o momento atual, incluindo seu desenvolvimento, dinâmica familiar, relações sociais, trajetória escolar, rede de apoio como fatores de proteção e de risco. Entre estes, destacam-se as vulnerabilidades sociais, históricos de violência e/ou abuso, entre outros elementos que possam comprometer o bem-estar psicossocial da criança ou do adolescente.

O acolhimento também é um momento privilegiado para o início da construção de vínculo e educação em saúde, buscando promover diálogos sobre o sofrimento mental, desmistificação sobre alguns vieses estigmatizantes do sofrimento, orientações e articulações em rede quando necessárias.

A Nota Técnica 01/2018 - SES/SAIS/COASIS/DISSAM (Distrito Federal, 2018) organiza o fluxo da rede de saúde mental infantojuvenil e classifica os critérios de encaminhamento para a rede especializada, sendo o CAPSi o local em que se acompanha crianças com sofrimento psíquico grave e persistente, com manifestações que representem um risco a si ou a outras pessoas. A nota é considerada um instrumento rígido, o que gera algumas dificuldades no processo de acolhimento, uma vez que a subjetividade humana escapa a rigidez protocolar de critérios.

Assim, geralmente as decisões sobre a inserção ou não dessas pessoas no serviço são tomadas de maneira coletiva. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento levam para a reunião de equipe semanal e ali discutem em equipe sobre o caso e se o usuário permanecerá no serviço. Se for entendido que ficará, discute-se em qual Coletivo será inserido, de acordo com a faixa etária e turno escolar, bem como quais são as outras intervenções necessárias. Quando se entra no consenso que o usuário não tem perfil para o serviço, agendam com a família para dar um retorno e fazem as articulações em rede para que o cuidado seja continuado, na atenção primária ou no nível especializado, bem como em outros dispositivos da rede intersetorial, como esporte, assistência social, entre outros.

Uma vez que os usuários são acolhidos e inseridos no serviço, passam a frequentar esses grupos, conforme faixa etária e turno escolar. A periodicidade que eles vão frequentar os Coletivos depende da complexidade e necessidade de maior ou menor intensividade de frequência.

Neste serviço, os Coletivos são considerados a principal estratégia terapêutica e se caracterizam como modalidades de grupo compostas por equipes multiprofissionais. Essas equipes são formadas por servidores públicos efetivos da Secretaria de Estado do Distrito Federal, abrangendo as seguintes categorias profissionais: um assistente social, três enfermeiros, um fonoaudiólogo, dois pediatras, três psicólogos, três psiquiatras, um terapeuta ocupacional e dois técnicos de enfermagem, totalizando 16 trabalhadores. Além disso, o cenário conta com profissionais residentes de diferentes programas que permanecem por períodos de um a seis meses, resultando em uma constante rotatividade desses trabalhadores.

Os Coletivos são organizados por faixa etária e denominados da seguinte forma: Prim (0 a 5 anos), Cria (6 a 9 anos), Adolinha (10 a 12 anos) e Adola (13 a 17 anos). Além desses, há também um Coletivo de Famílias. Atualmente, o serviço conta com dois Coletivos Prim, dois Cria, dois Adolinha, três Adola e um Coletivo de Famílias. As escalas são organizadas para que, no mínimo, dois servidores efetivos participem dos Coletivos junto aos profissionais residentes, havendo, em média, seis profissionais de diferentes categorias em cada grupo. A composição profissional dos Coletivos não é fixa, variando conforme a equipe disponível. Cada Coletivo atende entre 10 e 20 usuários.

Visto isso, atualmente, o serviço conta com 10 Coletivos, um por turno, funcionando nos períodos da manhã e da tarde, de segunda a sexta-feira, exceto no turno da reunião de equipe. Essa configuração difere da que existia quando atuei no serviço, momento em que havia 16 Coletivos, praticamente dois por turno, proporcionando maior flexibilidade de horários para os usuários e possibilidade de frequência. No entanto, devido à escassez de recursos humanos, a gestão precisou reorganizar a agenda e reduzir o número de Coletivos.

Em relação à condução, os Coletivos são divididos em mini-equipes de trabalhadores, não há uma composição obrigatória e tanto profissionais de nível superior quanto técnico participam enquanto facilitadores e referência daqueles usuários. As atividades com as crianças e adolescentes têm duração média de duas horas. Busca-se promover atividades que sejam do interesse daquele grupo e com o perfil que se conforma. Ainda que as atividades sejam coletivas, os técnicos se dividem para intervir nas individualidades. As propostas normalmente são acordadas junto com o grupo e há flexibilidade para mudanças. Oficinas de diversas naturezas, passeios, jogos, brincadeiras, roda de conversa, ocupação urbana são exemplos de atividades realizadas. Ao final, todos lancham juntos.

De maneira paralela, busca-se fazer o grupo com os familiares, quando há equipe suficiente para conduzir ambas as atividades, com as crianças e com os responsáveis.

Na condução dos Coletivos os profissionais se reúnem antes e depois do encontro do grupo. Essas reuniões têm o objetivo de planejar a atividade ou a proposta, bem como discutir coletivamente sobre o que aconteceu no dia, o compartilhamento de percepções e interpretações, bem como a tomada de algumas decisões sobre a condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Além disso, após a realização do Coletivo é comum que os profissionais identifiquem a necessidade ou sejam acionados para uma intervenção individual com a criança, o adolescente ou com a família.

Os Coletivos também são espaços de outras construções e articulações, pois uma vez por mês, a equipe de referência do Coletivo suspende o encontro presencial com os usuários para realizarem algumas ações mais estratégicas, principalmente visando aqueles casos mais complexos. Nesse momento os profissionais se articulam para realizarem visitas domiciliares, articulação com a rede, reuniões com a escola, matriciamentos, buscas ativas, atendimentos familiares, altas entre outras ações. Além disso, busca-se também, de maneira programada, realizar uma vez a cada semestre uma reunião com os representantes da escola dos usuários que frequentam os coletivos, a fim de integrar as ações de saúde e educação no cuidado integral desses meninos e meninas.

A organização do serviço está centrada nos Coletivos, em sua dimensão grupal, contudo, o CAPSi mantém-se de portas abertas para acolher usuários e familiares em situações de crise, assim como para aqueles que demandam uma presença mais constante, seja nos próprios Coletivos ou em outros formatos de atendimento. No entanto, a crítica limitação de espaço físico e a ausência de uma ambiência apropriada para promover a convivência, agravadas pela divisão do espaço com o ambulatório, comprometem a função do CAPSi como um serviço aberto para circulação.

Para a realização desta pesquisa, entrei em contato prévio com a gestora do serviço para a sua anuência. Após a aprovação no Comitê de Ética, apresentei o projeto de pesquisa para toda a equipe justificando minhas motivações para o estudo e meus objetivos para a compreensão das micropolíticas dos processos de trabalho em Coletivo, a fim de que todos estivessem cientes e de acordo com a minha presença, ressaltando os aspectos éticos os quais me comprometi junto ao CEP.

Neste sentido utilizei como forma de descrever meu processo de inserção no campo a partir da minha própria experiência enquanto trabalhadora do Coletivo, bem como na participação posterior a minha saída da residência em atividades do serviço, observação participante e entrevistas com servidoras.

Para a seleção das entrevistadas, foram convidadas ao total quatro pessoas, trabalhadoras que atuam ou já atuaram no serviço. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação à categoria profissional, duas são psicólogas, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Três dessas trabalhadoras atuam há mais de 15 anos no serviço e ainda permanecem nele. Duas delas trabalham no CAPSi desde sua instituição e tiveram um papel fundamental na constituição e na

consolidação da proposta do Coletivo. A terceira entrevistada também possui longa trajetória no CAPSi, mas ingressou após a implementação do Coletivo, e hoje está no cargo de gestora da unidade.

A quarta e última entrevistada, embora não atue mais no CAPSi desde 2015, foi uma das idealizadoras dessa proposta aqui discutida. Ela trouxe experiências de outros estados, além de referências teóricas e conceituais, contribuindo para a construção de uma proposta de atenção psicossocial infantojuvenil em equipe no único CAPSi existente no DF à época.

O critério de escolha desse perfil de entrevistadas teve como objetivo compreender o processo histórico, teórico e relacional da proposta do Coletivo e como ela se transformou ao longo dos anos, até chegar ao formato atual, que já difere daquele que experienciei há um ano. Esse recorte foi essencial para analisar como os processos de mudança, a rotatividade de profissionais e o perfil da equipe impactam na estruturação do serviço e, consequentemente, na compreensão do cuidado a ser construído.

Na sessão dos Resultado e Discussão, o conteúdo das entrevistas das trabalhadoras citadas serão identificados como T1, T2, T3 e T4.

3.2 Processo de obtenção e análise da informação

Segundo Kastrup (2012), a inserção no campo para o cartógrafo possui quatro variedades de funcionamento, partindo da concentração sem focalização: rastreio, toque, pouso e reconhecimento. O rastreio é uma exploração do campo, podendo haver uma meta ou alvo. Essa é uma experiência imprevisível e a tarefa do cartógrafo é identificar pistas dos processos do problema em questão, de maneira aberta e flexível. O toque é a sensação de que algo do campo é notado e indica a captura por maior atenção, no nível da afetação e não necessariamente nas representações dos objetos. O pouso compreende o momento de focalização perceptiva em que um território se forma e se reconfigura. E por fim, o reconhecimento atento é a identificação de que a atenção será direcionada para a compreensão do processo e seus contornos singulares em movimentos circulares. A cartografia, em sua dinâmica atencional, assume uma perspectiva construtivista do conhecimento, enquanto um trabalho de invenção.

Para o processo de obtenção da informação durante a inserção no campo, foram utilizados os portfólios reflexivos, diários de campo, observações participantes e entrevistas semiestruturadas com as servidoras (Apêndice A).

As observações participantes consistem na inserção e participação ativa do pesquisador sobre a realidade e relações às quais ele investiga, podendo, inclusive, assumir-se como membro do grupo (Gil, 2008). As observações participantes são estratégias privilegiadas de acesso a uma comunidade e seu funcionamento. Enquanto profissional que já atuou no serviço, interagi cotidianamente com os outros profissionais de saúde e usuários do serviço. Essa interação contribuiu tanto para a familiarização com o campo e fenômenos, quanto para o processo de vinculação com os atores e compreensão dos aspectos relacionais que envolvem o trabalho.

As minhas vivências, percepções e sentimentos foram expressos em diários de campo e portfólios reflexivos produzidos durante a residência. Os diários são instrumentos importantes para sistematizar as observações realizadas no momento de inserção no campo. É o momento no qual eu descrevi e analisei as práticas, os discursos e as relações. A escrita e/ou desenho do diário de campo é um elemento utilizado na cartografia que contribui na produção de informações e tem como objetivo materializar fragmentos de experiências, observações e escutas do campo. São anotações que contemplam desde informações mais objetivas como impressões e outros dados de que se expressam em um campo de forças subjetivo/afetivo (Barros; Kastrup, 2012).

Desta forma, os escritos cartográficos, para além dos dados mais objetivos como data, pessoas presentes e atividades desenvolvidas, deve descrever relações afetivas, reflexões e associações espontâneas, através de esboços, escrita livre e, caso oportuno, representações gráficas. É uma escrita que pode ser caótica, pois transmite em sua liberdade um trabalho inventivo em que o resultado é inesperado.

Para Passos e Barros (2012b), os dados que coletamos para uma pesquisa, independente da técnica (entrevista, observação, diário) indicam narrativas, seja do pesquisador ou dos sujeitos, que estão articuladas politicamente. Assim, para os autores, todo o conhecimento possui uma implicação política, em seu sentido amplo, como uma atividade humana que institui determinadas regras, normas e condutas ligadas ao exercício do poder, não necessariamente referente ao campo jurídico formal.

Na etapa final da análise, utilizou-se o conceito-ferramenta de analisadores, conforme proposto por Lourau (2004). Os analisadores, nesse contexto, não têm função interpretativa e explicativa no sentido tradicional, mas operam, sobretudo, como dispositivos que desvelam

contradições, sentidos e forças em jogo nos processos institucionais. Analisadores se revelam nos acontecimentos, nas práticas e discursos no interior das organizações.

Os analisadores catalisam os sentidos, que por vezes oculto, por vezes evidente, “falam” sobre aquela instituição, trazendo à tona elementos que revelam as micropolíticas do cuidado em saúde mental operadas pelo Coletivo, compreendido aqui não apenas como um grupo, mas um *dispositivo*, no sentido foucaultiano, enquanto um conjunto heterogêneo que articula discursos, instituições, organizações, regras e leis em processos de novos agenciamentos de saber, poder e subjetivação (Kastrup; Barros, 2012; Hur, 2012).

Assim, a cartografia permitiu a imersão no cotidiano do Coletivo, em sua intimidade, e possibilitou mapear os agenciamentos que articulam desejo, subjetivação e poder nas relações clínicas, institucionais e sociais que envolvem esse dispositivo (Hur, 2024).

3.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

De acordo com as Resoluções CNS 466/12 e 510/2016, por se tratar de pesquisa que envolva a participação direta de humanos, o projeto de pesquisa passou por apreciação do Comitê de Ética, a fim de garantir a maior segurança e minimização de riscos físicos, psíquicos, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais dos participantes envolvidos. O projeto teve parecer aprovado mediante protocolo CAAE de número 81755624.80000.5553 (Anexo A).

Após a aprovação no CEP, as participantes entrevistadas e pesquisadora firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As participantes foram informadas sobre o compromisso ético, baseado no sigilo e respeito aos relatos e possibilidade de desistência, conferidos por sua participação.

As entrevistas foram conduzidas dentro da jornada de trabalho das participantes com autorização de sua gestão direta, em um dia e horário que não prejudicasse suas atividades.

Considera-se essa uma pesquisa de alta relevância social, diante de sua contribuição para o campo da saúde, e baixos riscos à integridade dos participantes. O compromisso ético é assumido para garantir a dignidade e autonomia dos participantes para participarem voluntariamente, se expressarem e interromperem seu consentimento no momento em que livremente desejarem. Esta pesquisadora se comprometeu a informar ao Sistema CEP/CONEP sobre qualquer fato que indique risco ou dano sinalizado no curso da pesquisa,

bem como sua adequação ou suspensão caso necessário e indenização do participante de pesquisa caso haja dano previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme item V da Resolução CNS 466/12 e 510/16.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise e produção das informações, busquei categorizar o material e as informações construídas a partir da identificação de analisadores, que foram refletidos e debatidos à luz do referencial teórico adotado e das produções acadêmicas da atenção psicossocial infantojuvenil. A discussão foi pautada nas políticas de saúde vigentes e na literatura especializada sobre o tema, contudo visando uma perspectiva crítica dos processos de produção de cuidado. Assim, os analisadores foram utilizados como referência para construir as categorias de análise e interpretar as informações com base em uma abordagem teórica e documental, atribuindo sentidos aos conteúdos analisados.

Dessa forma, foram definidos **cinco** eixos de análise, apresentados nas seções 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5. No último eixo, correspondente à seção 5.6, é compartilhado o podcast produzido em 2024, apresentado como produto técnico resultante deste trabalho, com o objetivo de fomentar o debate e ampliar a divulgação sobre a experiência do Coletivo.

4.1 Implementação do Capsi: uma construção coletiva

Para compreender o Coletivo como um modelo de cuidado vivenciado em suas potencialidades e desafios, foi necessário realizar um mergulho em sua história, captando as narrativas e sentidos atribuídos por aqueles que estiveram presentes desde seus primeiros movimentos instituintes. Esse processo teve como ponto de partida minha própria experiência como trabalhadora do serviço, em uma aposta ético-política de implicação com o campo pesquisado (Rolnik, 2016).

O Coletivo, vivo, pulsante e entendido como uma forma de cuidado a ser permanentemente (re)construída, é sustentado pelas memórias e práticas daqueles que viveram sua gênese e que seguem transmitindo esse modo de fazer cuidado a partir da convivência e do compartilhamento da experiência entre aqueles vêm e vão, que de alguma forma experimentaram essa proposta de trabalho.

Nessas vivências, observei que a compreensão de um cuidado em Coletivo, que vive até hoje, se deu em grande medida pela própria constituição do serviço e através do esforço de

se pensar um modelo de cuidado direcionado a um serviço com as características de um CAPSi.

A constituição deste CAPSi remonta a um processo de cisão que se deu, inicialmente, no interior de um ambulatório. Até o início dos anos 2000, o serviço funcionava como uma equipe, que, apesar de já atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave, ainda estava vinculado ao organograma de um ambulatório, não contava com um espaço próprio, nem com uma gestão ou uma equipe para chamar de sua. Ensaivavam, neste período, formas menos individualizadas e fragmentadas de se produzir cuidado, principalmente pelo formato dos grupos mais livres, pela diversificação das atividades que extrapolassem o ambiente físico do serviço e a atuação multiprofissional. E assim funcionaram durante alguns anos, até que a equipe começou a se mobilizar em direção a sua independência.

Aí começou as coisas, a gente ia tentando tudo. Acabou que quando os meninos vinham, a gente começava ofertar várias coisas, a gente via que eles iam meio que se movendo pelo espaço. “Não, hoje eu não quero fazer isso, eu quero fazer aquilo”, “Não, então fulaninho, você quer jogar com o outro”. E aí, a gente viu nisso uma possibilidade de uma convivência entre eles, de um encontro mesmo entre eles (T1).

Foi então, entre 2005 e 2006, alguns anos após a publicação da Portaria 336/02 (Brasil, 2002), que implementou as modalidades dos CAPS, e dentre eles o CAPSi, que esse serviço ganha autonomia do ambulatório e constitui uma equipe própria. No momento desta separação e a constituição de um novo serviço, surge uma questão central para a equipe e para a compreensão do que posteriormente iria se estruturar no Coletivo: Que tipo de cuidado vamos produzir?

Então, o Coletivo como proposta de cuidado, de intervenção com os pacientes só foi possível ser adotada a partir do momento que se reestrutura o serviço [...] Que se criasse esse coletivo de trabalho, com uma concepção, com uma clínica, com uma noção, com uma proposta de trabalho, para que, após isso, pudesse estruturar o Coletivo propriamente, como funcionamento de intervenção com os usuários (T4).

Onde a equipe teve que se olhar para falar assim: “e aí, como vai ser esse trabalho? Por onde? Onde é que a gente começa? Quais são seus instrumentais, a organização, a dinâmica? Que que vai respaldar? Nosso trabalho vai ser pautado em quê? Quais vão ser os teóricos, por onde a gente começa? (T2).

Neste contexto, a primeira inquietação desse grupo de pessoas é a necessidade de se desvincular do modelo de cuidado do ambulatório, por um modelo que não fosse fragmentado, em categorias profissionais e nosologias, uma vez que perceberam que o modelo ambulatorial não dava conta da complexidade de um CAPSi.

Já com os pressupostos da atenção psicossocial, da Política Nacional da Humanização (PNH) (Brasil, 2004) e a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2001), que implementou

um modelo substitutivo de base comunitária como os CAPS enquanto política pública, o alinhamento dos profissionais sob a perspectiva psicossocial foi uma prioridade. Assim, foi um período em que essa equipe se mobiliza para produzir uma identidade própria e uma proposta terapêutica diferenciada do modelo ambulatorial, na construção de um cuidado pautado nos pressupostos da atenção psicossocial e coerente com as características do contexto em questão.

Desta forma, já como um serviço autônomo observo que o que caracterizou aquele momento foi a construção coletiva e colaborativa de um propósito de trabalho que estivesse alinhado, que tivesse uma compreensão sobre o sujeito, sobre infância e sofrimento, apontando ao que Taño e Matsukura (2015) referem que a reprodução do modelo utilizado aos adultos não responde às especificidades da infância. Para isso se torna não apenas necessário constituir uma equipe, mas produzir uma série de conjunturas teóricas e práticas que delineasse um processo de trabalho congruente com os pressupostos da clínica psicossocial infantojuvenil.

Para França e Costa (2017), o cuidado de crianças e adolescente com sofrimento psíquico grave possui suas particularidades e convoca os serviços e a sociedade de maneira diferente, uma vez que não são eles que recorrem ao tratamento, a queixa inicial é externa e vem com uma demanda: que a criança fale, que a criança aprenda, que o adolescente não se corte. A expectativa de tratamento vem da medicação, da produção de laudos e diagnósticos para se acessar direitos, justificar sintomas. Contudo, no Coletivo, a produção de cuidado se dá por outra via, o que se busca produzir é uma ética da escuta, e da valorização da demanda produzida pelo sujeito, que se torna indissociável do trabalho junto às famílias e sua rede ampliada, como a escola e a própria comunidade.

E como fizeram isso? De maneira coletiva, em equipe. As ferramentas utilizadas foram as reuniões de equipe, visitas técnicas em outros serviços, supervisões clínicas-institucionais, espaços de educação permanente e constantes momentos de reflexão e trocas.

Os profissionais quando iam tirar férias, os contatos que tinham com profissionais que já atuavam em CAPSi em outros lugares do Brasil, a gente sempre ia trocando figurinha para acontecer o que a gente faz hoje. Então assim, surgiu dessa inquietação mesmo de pensar assim: qual vai ser a clínica? É a clínica da rede? É a clínica psicossocial? É a clínica do Coletivo? É a clínica escuta? Que clínica é essa? Aí eu acredito que no Coletivo a gente consegue encontrar todas essas clínicas em uma só (P2).

Porque uma equipe não é apenas colocar ali a quantidade mínima dos perfis, assistente social, psicólogo. Não é apenas isso. A gente tem que delinear qual é a clínica, o que entendemos como um sujeito criança com transtornos mentais graves? Que proposta de atendimento vamos oferecer para essas crianças e essas famílias? Que tipo de clínica vamos oferecer nesse tratamento para essas crianças? E foi daí que construímos e pensamos, que não foi nenhuma novidade também. Nós não criamos nada, né? É a clínica da atenção psicossocial, mas só que a clínica da atenção psicossocial ela nos permite, conforme Basaglia já falava, uma inventividade. Porque a clínica da Atenção Psicossocial ela não é uma clínica amarrada fechada. Ela é uma clínica que tem que ser construída de acordo com a realidade do território e as famílias, de acordo com o sujeito que aparece. E qual era a nossa realidade? (P4).

Os momentos de reunião de equipe, atravessados por discussões e processos de educação permanente, funcionaram como motores de produção de conhecimento e sentidos em torno do que se configuraria, naquele contexto, como um modelo de cuidado. Essa construção emergiu da interação entre uma equipe heterogênea, composta por profissionais com distintas formações acadêmicas, experiências em diferentes estados e também por trabalhadores com menor familiaridade com o paradigma psicossocial, que, ainda assim, estavam todos comprometidos com uma reflexão coletiva.

Para Franco (2015), a educação e a aprendizagem são inseparáveis e inerentes aos processos de trabalho. A postura do aprender não está apenas nos espaços formais, mas no próprio acontecimento do cuidado, mediado por processos cognitivos e afetivos que fazem os trabalhadores pensarem e transformarem sobre a experiência do seu próprio trabalho, promovendo sentidos e motivação que impulsionam forças criativas. A Educação Permanente em Saúde e espaços de trocas e discussões favoreceram o diálogo, o pensamento crítico-reflexivo, o enfrentamento de conflitos, o desenvolvimento e fortalecimento do trabalho em equipe e a capacidade resolutiva e criativa dos processos de trabalho (Miccas; Batista, 2014).

Esse momento fundacional do serviço foi atravessado por reflexões coletivas que dialogam diretamente com a proposição de Costa-Rosa (2000) acerca da constituição de modelos de cuidado em saúde mental, os quais se estruturam a partir da articulação entre duas esferas indissociáveis: a político-ideológica e a teórico-técnica. Segundo o autor, o modo como essas esferas se configuram pode ser analisado a partir de quatro aspectos fundamentais: (1) a forma como o objeto de trabalho é concebido e o olhar direcionado aos fenômenos, bem como os instrumentos utilizados; (2) a estrutura institucional vigente; (3) a natureza da relação estabelecida com a população atendida; e (4) as implicações e os efeitos das práticas adotadas, tanto na dimensão político-ideológica quanto na teórico-técnica.

Naquele contexto, a motivação político-ideológica central era a constituição de um serviço com base comunitária e psicossocial, pautado por uma compreensão que reconhecesse a criança em seu lugar de direito, voz e autonomia, assim como o sofrimento psíquico como uma manifestação singular. A fonte para a realização dessas ações seria a atuação multiprofissional, com um propósito comum de trabalho alinhado aos princípios da clínica psicossocial, como a clínica ampliada, o direito à liberdade e à dignidade humana (Brasil, 2001; Amarante, 2007).

Neste sentido, a ideia de um Coletivo também vai nascer na busca pela interlocução de diferentes teorias, práticas e experiências a fim de construir um modelo personalizado aquele contexto em questão, que envolvesse o sujeito e a família em seu processo de cuidado enquanto uma esfera político-ideológica e teórico-prática.

O que se destaca neste momento fundacional do Coletivo é a compreensão de que a capacidade terapêutica de um serviço como o CAPSi não reside exclusivamente na competência técnica, mas sim na humanização do próprio processo de trabalho em saúde. Essa perspectiva se constrói a partir de um intenso trabalho coletivo e de práticas compartilhadas com os usuários, orientadas pela congruência dos princípios que fundamentam um cuidado humanizado. Esses princípios incluem a valorização das dimensões subjetivas e sociais do sofrimento humano e das práticas de cuidado, a co-responsabilização entre profissionais e usuários e o fortalecimento do trabalho multiprofissional, pautado pela coletividade. Além disso, destacam-se os espaços contínuos de formação e educação permanente, configurando uma co-gestão do cuidado que promove a autonomia e o protagonismo tanto individual quanto coletivo (Brasil, 2010).

Para além dos pressupostos centrais da Atenção Psicossocial descritos por Amarante (2007) e da PNH, fundamentos teóricos oriundos da psicanálise, especialmente as ideias de Jean Oury, exerceram forte influência na constituição do Coletivo. A concepção do encontro entre as diferenças e a valorização dos espaços de liberdade, até então inovadoras nos serviços voltados ao atendimento de crianças em sofrimento psíquico grave, são compreendidas como formas terapêuticas centrais. A noção de liberdade se expressa na possibilidade de escolha e autodeterminação, enquanto a heterogeneidade se constitui a partir da convivência entre diferentes perfis, idades e modos de ser, compreendendo que a multiplicidade é um fator a ser valorizado e não normatizado.

Eu sei que esse pessoal mais estudado assim, pensou no Coletivo, trouxe o conceito do Coletivo, falaram do Jean Oury e explicaram pra gente o que que era, como que se dava, que era a ideia de um encontro [...] era essa coisa que não era aquela coisa fechadinha, era no encontro que as relações se davam, era no encontro que a ‘cura’, digamos, o tratamento acontecia, e esse encontro podia ser de qualquer forma, em qualquer lugar, podia ser no parquinho, podia ser jogando um jogo, podia ser fazendo bolo na cozinha, podia ser só sentadinho, numa salinha de convivência vendo os colegas brincarem, esse encontro poderia acontecer de diversas formas. E aí a gente discutia, era muito na reunião de equipe, sabe, na reunião de equipe a gente discutia muito (T1).

O Coletivo é proposto para ser algo dinâmico, artesanal, inventivo e construído no encontro, mais do que a técnica em si. O encontro, tal como aponta Oury (2009), é o convite para a produção de espaços de dizer. É uma máquina de produzir relações, pelas quais, a partir da diferença, horizontalização e heterogeneidade, o cuidado se produzirá. Assim, no Coletivo isso se expressa de maneira multidimensional, entendendo que a intervenção pode ser a partir do profissional, entre as próprias crianças e adolescentes e as famílias, coletivizando o cuidado. A liberdade no Coletivo é intencional e estruturada, buscando acolher as singularidades das crianças e promover seu protagonismo terapêutico.

Nessa perspectiva, foi crucial ter como ponto de partida que, para se pensar em um cuidado que se propõe ser terapêutico, é necessário pensar a organização e seus processos de trabalho, em uma interlocução de práticas e saberes. Nesse contexto, a saída foi a produção coletiva, naquilo que Campos (2015) refere sobre uma co-gestão do cuidado, fundamentado em uma abordagem psicossocial. Se no modelo biomédico centrado, a criança ou o adolescente se adaptam à oferta, aqui buscou-se fazer uma inversão dessa lógica, uma vez que o cuidado só será de fato terapêutico uma vez que ele converse com as necessidades daqueles interessados. A saída encontrada para isso foi sempre no coletivo, na colaboração mútua de uma proposta de trabalho.

A co-gestão é um compromisso com a democracia institucional e pela solidariedade das relações, compreendendo que os compromissos são provisórios e marcados por forças complexas como os poderes, saberes e afetos, pelos quais esses coletivos de pessoas precisam encontrar formas de lidar (Cunha; Campos, 2022).

Assim, o Coletivo se constituiu, enquanto grande potência percebida e narrada, a partir do engajamento e da mobilização de sua equipe na construção de algo novo, mesmo diante da falta de apoio organizacional da Secretaria de Saúde. Houve um movimento ativo de busca por referências em outras experiências, de estudo, debate e produção conjunta, que resultou

em práticas até então inéditas no contexto em que se inseriram, principalmente pela noção de que o cuidado se produz a partir das necessidades daqueles indivíduos que o compõem.

Ademais, o fortalecimento da ideia de que o fazer-saber de uma equipe deveria se pautar a partir de uma construção colaborativa que compreenda a participação ativa dos usuários e das famílias na produção do cuidado em uma variedade de intervenções que não se incidiam apenas pela técnica, mas pela compreensão de que a subjetividade é um processo que escapa a padronização e serialização da intervenção. Para tanto, era necessário construir uma proposta de trabalho que respeitasse a singularidade humana em articulação com o seu contexto, sua rede e seu território.

Tal esforço, reflete a resistência micropolítica com forte influência e potência de uma equipe engajada e comprometida em um projeto político e social, até então incipiente. A mobilização pelos afetos positivos, pelos sentimentos de apoio mútuo e do sentimento de sentido e efeito naquilo que produziam, se refletiam enquanto mobilizadores de que faziam parte de algo importante e a ser expandido, sendo essas características produtoras de potência e linhas de fuga sob um cuidado que deve ser operado sob uma norma rígida e alienante (Almeida; Merhy, 2020).

O engajamento, a motivação e a proatividade na construção coletiva tornaram-se marcas fundamentais na conformação do modelo de cuidado proposto de base psicossocial, e de maneira que se diferenciasse da conjuntura ambulatorial. Neste sentido, observa-se que a identidade do serviço consolidou-se a partir de princípios como a coletividade, a liberdade, o acolhimento, a ampliação da clínica e a escuta enquanto instrumentos de intervenção e os efeitos terapêuticos potentes a serem produzidos a partir deles (Lancetti, 2014).

Foi uma coisa tanto de ideia mesmo, de propósito, da coisa mais conceitual de Coletivo, como a coisa física mesmo, prática. Então a gente arrumou as salas, a gente pintou com nossa própria tinta, a gente veio um dia fez multirão aqui de pintura, de organizar espaço, para abrir pros meninos. Tudo isso foi uma coisa braçal, também tudo nosso, colaborativo, todo mundo, todos os profissionais. Novamente, da Secretaria de Saúde, zero (T1).

Tudo aquilo vai sendo construído, o desejo de fazer parte daquele movimento da construção de algo novo. Tudo aquilo vai fazendo com que a equipe queira construir um trabalho diferenciado. E foi isso que aconteceu naquela época. E criamos a partir de diversas experiências que recolhemos de vários lugares, criamos uma proposta para nossa realidade naquele momento, naquele recorte de tempo, com aquela equipe daquele momento que estava vivendo aquela realidade (T4).

A compreensão do cuidado aqui deriva de um esforço coletivo e inventivo de formular um modelo de atenção que respondesse à complexidade da clínica com crianças e

adolescentes em sofrimento psíquico grave, no contexto de um CAPSi. Nessa perspectiva, o modelo de cuidado pautado no Coletivo emerge de forma inseparável à própria implementação do serviço, como parte de uma experiência institucional que, ao se constituir, tensiona normas, institui novas práticas e se (re)inventa.

Para essas trabalhadoras, que participaram de gênese do serviço, o sentido de Coletivo vai além da noção de grupalidade, articulando-se com a perspectiva proposta por Escóssia (2009) sobre a apreensão de um coletivo a partir de dois planos inseparáveis: o das formas e o das forças. O plano das formas refere-se ao instituído, às leis, normas, diretrizes e estruturas estabelecidas. Já o plano das forças diz respeito ao processo criativo das formas, relacionado ao plano instituinte e às dinâmicas das relações. Espaços coletivos dizem sobre a o atravessamento entre esses dois planos na produção de determinadas experiências no campo do cuidado.

Neste contexto, os sentidos de acolhimento, coletividade e liberdade emergiram como forças fundamentais na estruturação desse modelo de cuidado. A lógica de responsabilização e da clínica ampliada foi consolidada por meio dos grupos denominados "Coletivo", que passaram a organizar o funcionamento do serviço e da equipe. Essa abordagem representou uma ruptura paradigmática no cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes, pois buscou considerar suas especificidades e propor um cuidado ético-político, pautado na construção intersubjetiva e na valorização das necessidades dos sujeitos, de forma que estivessem alinhadas com os pressupostos éticos e políticos do cuidado humanizado da atenção psicossocial e com uma proposta política-ideológica e teórico-prática que se aproximasse entre a equipe.

É importante destacar que o momento de implementação deste serviço coincidiu com um período de avanços e expectativas em torno da reforma psiquiátrica, da desinstitucionalização e do cuidado comunitário no Brasil. Isso demonstrou ser um fator motivador para as pessoas envolvidas na implementação da atenção psicossocial e o apego aos seus conceitos.

Entretanto, Escóssia (2009) adverte que, nas políticas públicas de saúde, há um risco quando determinados conceitos e modelos são reificados. Naquele momento, esses conceitos se constituíram como dispositivos que orientaram a criação do serviço e do modelo de cuidado. Contudo, como todo dispositivo, sua resposta será sempre parcial, dependendo da época, das circunstâncias e das características da equipe envolvida. Por outro lado, uma

política fundamentada na ética coletiva não se apresenta como uma solução definitiva e duradoura, mas sim como uma experiência dinâmica que permite problematização e transformação. Ela se desenvolve a partir de escolhas ético-políticas ajustadas ao seu tempo e às circunstâncias que enfrenta, sendo a implementação dos Coletivos esse exemplo.

4.2. A Micropolítica do Encontro, do Movimento e do Inesperado no Coletivo

Para caracterizar a micropolítica dos processos de trabalho no Coletivo, utilizarei os analisadores *encontro*, *movimento* e *inesperado* como orientadores da reflexão do que vivenciei e do que ouvi sobre o que é o Coletivo em suas práticas, enquanto processos que se articulam para trazer à tona as práticas de cuidado produzidas no âmbito micropolítico dos processos de trabalho.

De maneira sucinta e operacional, os Coletivos são, em sua forma, grupos semanais divididos por faixa etária os quais as crianças e os adolescentes frequentam. Esses grupos são divididos por faixa etária e não por diagnóstico de maneira proposital, uma vez que a aposta ética-política aqui é pelo sujeito, e não a ‘doença’, compreendendo que as identificações e os efeitos terapêuticos almejados nesta proposta se dará pelas diferenças, buscando semelhanças naquilo se que revela sobre a maturidade socioemocional que marca o processo do desenvolvimento humano, especialmente na infância e na adolescência, bem como o perfil desses indivíduos e suas vivências individuais. Neste sentido, há um fator de aproximação entre esses sujeitos, porém não pela via do diagnóstico. São os Coletivos que organizam todo o serviço e que determinam as equipes de referência.

É que a gente não fragmenta essa pessoa, a gente coloca essa pessoa em um lugar de direito, de protagonismo, então o olhar é sobre o sujeito, a gente promove um encontro onde essa pessoa vai se afetar e ela vai afetar a outra (...) O Coletivo é a construção desse cuidado, é essa proposta do encontro. O meu olhar enquanto profissional, ele não vai estar voltado para doença, ele não vai se limitar a um diagnóstico, ele não vai se reduzir ao medicamento. Eu quero apostar que aquela criança, aquele adolescente tem suas dificuldades, tem seu sofrimento, mas que ele pode estar presente nesse lugar, comparecendo e não trazendo só as fragilidades, mas a sua potência também (T3).

A utilização de grupos e mini equipes como estratégia terapêutica no campo da saúde mental não é uma novidade, tampouco uma inovação. No entanto, minha trajetória profissional revelou elementos potentes e vivos nesta dinâmica coletiva, que transcendem a simples oferta de um serviço ou prática grupal. Observo aqui a superação da ideia vazia de grupos enquanto promessa de cuidado.

4.2.1 O Encontro

Os Coletivos, nesta perspectiva, têm como principal aposta o cuidado pelo *encontro*, com o vínculo como fio condutor, a liberdade como eixo organizativo e a convivência como possibilidade de transformação e promotora de laços sociais. O encontro se concretiza em múltiplas dimensões, tanto na organização quanto nas intervenções e nos efeitos produzidos por eles. As propostas e ações são deliberadas coletivamente, visando se afastar de condutas prescritivas, o que permite uma gama diversificada de práticas e intervenções.

A dinâmica do Coletivo possibilita um agir coletivo, focado nas pessoas e em suas necessidades de saúde, configurando-se como uma força vital para a atenção psicossocial. Essa atuação rompe com a postura tradicional dos profissionais que, ao invés de assumir um papel de autoridade, colocam-se como parte do processo co-participativo de construção do cuidado (Nunes et. al, 2023).

O Coletivo é um espaço aberto de compartilhamento, de vivências, de experiências entre pessoas que têm alguma coisa em comum, que é o sofrimento. Eles vêm aqui por causa de um sofrimento, algo que tá maior do que eles dão conta e no Coletivo a gente pode construir junto uma forma de lidar com essa realidade que tá tão sofrida. E aí todo mundo ajuda, eles ajudam uns aos outros, os pais ajudam também. Os profissionais entram com outra postura, não é a postura do eu sou profissional, eu vou dizer o que vocês têm que fazer. Tudo vamos construir junto [...] Coletivo para mim é isso, é um espaço onde tá aberto para construção, para muitas propostas. Aí o que eles propõem a gente vê a possibilidade de executar junto com eles. Eu vejo que isso é terapêutico e ponto, no final das contas é terapêutico. Por mais que pareça um caos, é terapêutico (T1).

É interessante o efeito do Coletivo naquelas individualidades daqueles sujeitos, né? E é muito interessante, também a riqueza disso, é o que uma outra criança pode provocar numa outra criança nesses Coletivos. Então, tem um efeito disso que uma outra criança provoca numa outra criança. O que que uma atividade pode provocar numa outra? (T4).

A potência do encontro enquanto produção subjetiva revela o que aponta Escóssia (2009), ao afirmar que produzir agenciamentos intersubjetivos é criar linhas de encontro, não se limitando à imitação ou reprodução, mas promovendo a criação a partir da partilha. Isso converge com a perspectiva de Oury (2009), que compreende o Coletivo como um efeito e não como um mero sinônimo de grupalidade.

O poder da criação, derivado do encontro e das relações, constitui uma aposta que visa transcender a separação entre as dimensões individual, coletiva e social. Essas esferas estão em constante intersecção, dado que os processos de subjetivação se configuram de maneira coletiva, articulando-se em dinâmicas heterogêneas e criativas. Assim, o Coletivo emerge como espaço dinâmico e vivo, em que os sujeitos se constituem e se afetam mutuamente por

meio de encontros significativos, promovendo a transformação e o fortalecimento das redes de cuidado.

Assim, o Coletivo não se propõe a ser uma intervenção terapêutica em si ou um instrumento, mas um espaço de cuidado construído nas e pelas relações. Não há propostas previamente definidas: as atividades emergem da escuta dos desejos e necessidades dos usuários, sendo continuamente co-construídas. A equipe, composta por profissionais de diferentes categorias, atua de forma horizontal, sendo todos técnicos de referência durante os encontros. No Coletivo, tudo pode acontecer: passeios, jogos, brincadeiras, preparação de receitas, escutas individuais, rodas de conversa, momentos de convivência, conflitos, consultas, reuniões com escolas, articulações de rede, entre outros. Se configura enquanto um dispositivo de integração entre os saberes e da heterogeneidade dos espaços e das funções possibilitados pelos encontros (Oury, 2009)

Os bons encontros enquanto potência de existência se revela também na medida em que cuidados são atravessados por afetos felizes (Deleuze, 2002). A saída a um shopping, uma ida ao museu e principalmente as atividades lúdicas, permeadas pelos gestos de afeto e intimidade se tornam formas importantes de reposicionamento subjetivo diante uma realidade de sofrimento. No cotidiano do Coletivo, há um esforço para pensar atividades divertidas para os usuários, para que, por exemplo, possamos comemorar aniversários, tomar um lanche fora ou explorar as agendas culturais da cidade.

A possibilidade dos afetos, de que eu posso contribuir e que eles podem contribuir entre eles é outra abordagem marcante nesta perspectiva. Contudo, tal como aponta Franco (2006), a dimensão dos afetos é um atributo pouco valorizado no campo da saúde, reinado pelas tecnocracias. Quem sabe mais é o médico, o psicólogo. A demanda vem da escola ou dos pais. As intervenções se dão nos limites das paredes do consultório.

Neste sentido, o Coletivo se propõe questionar isso. A demanda deve vir de dentro e não de fora, as intervenções são realizadas de maneira colaborativa. Uma criança tem o potencial de auxiliar outra criança. Momentos de relações são passíveis de conflitos, e todos podem intervir. Nessa dinâmica, compreendemos que tanto o saber quanto as práticas são diluídas.

A interseção provocada pelas relações, do ponto de vista micropolítico, é um dos grandes pontos de atenção e da potência do efeito que o Coletivo visa produzir. Tal como afirma Merhy (2014), todo o cuidado derivará de um conjunto de relações e tecnologias materiais e não materiais, sob o qual se produz o cuidado. O cuidado se produzirá vivo ou

morto na medida em que se tende a atualização ou a estagnação, na articulação entre diferentes tecnologias de cuidado, de maneira integrada.

O encontro, enquanto potência do cuidado, reflete a articulação de diferentes tecnologias, sendo atravessado, sobretudo, pelas tecnologias leves de natureza relacional. Não se trata aqui de hierarquizar ou sobrepor uma tecnologia à outra, mas de reconhecer a importância da composição entre elas na produção do cuidado. Nesse sentido, o cuidado emerge dos bons encontros, mediados pela convivência, tendo o vínculo como ferramenta fundamental. É na construção da confiança que se abrem espaços de acolhimento e possibilidades para a elaboração das vivências.

Para além disso, ele será produzido de maneira compartilhada, visando superar a dicotomia entre saberes e práticas. Assim, o trabalhador da saúde, vem com o seu conjunto de técnicas e saberes, adquiridos através de sua formação e estudos, ou seja tecnologias duras e leve-duras, e os usuários também com os seus saberes. Portanto, o trabalho em saúde se dá, necessariamente, pelo encontro entre trabalhadores com suas ferramentas, conhecimentos e concepções e os usuários, com suas intencionalidades, conhecimentos e desejos, sendo este último objeto alvo de cuidado, mas agente ativo que interfere nesse processo (Feuerweker, 2014).

O campo do cuidado em saúde é em grande medida marcado pelo encontro de subjetividades, e a produção de saúde se dá por meio de relações, que nem sempre serão potentes, podendo inclusive produzir adoecimento. Neste sentido, Franco e Merhy (2013), ainda ressaltam que a produção de afetos no encontro, seja entre usuários-trabalhadores, usuários-usuários, trabalhadores-trabalhadores, podem operar como linhas de vida (autonomia, potência do agir, acolhimento, vínculo) ou linhas de morte (hierarquia, burocratização, estigmatização). Dessa forma, o encontro sob uma perspectiva de troca e desierarquizada se torna outro dispositivo revolucionário dentro do cuidado em saúde mental, pois promove identificação, acolhimento, tolerância e emancipação. Desloca-se o protagonismo do profissional de saúde e atribui responsabilidade ao usuário quando o poder decisório sobre o que vai ser desenvolvido no Coletivo inclui o desejo de quem a ele é endereçado. Além disso, tal como aborda Oury (2009), a produção de coletivos, a partir do encontro e das relações cotidianas, tem potencial para promover a desalienação, os espaços de dizer e a autonomia dos sujeitos.

4.2.2. O Movimento

Em relação à perspectiva do *movimento* no CAPSi, trago a ideia de como o Coletivo trabalha o território não apenas sob o olhar do deslocamento e exploração dos espaços físicos, mas pensando processos de movimento nos territórios existenciais enquanto formas de produção de vida, de transformação, subjetivação e de articulação de redes vivas.

Às vezes tem criança, tem família que nunca tomou um sorvete, um lanche no shopping, nunca entrou no shopping, então pra gente parece algo tão... sabe? Mas para aquela criança é algo que é fora de série, mágico inclusive, e isso é remédio também. Quando a gente para pra fazer essa reflexão do Coletivo, das potencialidade do recurso terapêutico, o recurso terapêutico naquele dia pode ser o sorvete, pode ser ir para escorrega, ir aqui no parquinho, pode ser ver o Papai Noel, pode ser jogar o fliperama no Liberty Mall, pode ser ver uma exposição de arte no espaço cultural, o piquenique. São pequenas grandes coisas que são recursos terapêuticos, que vão impactar a família, o usuário e a própria comunidade em volta, para que a gente possa trazer essa visibilidade para esse serviço que é tão importante (T2).

As intervenções no território produzem efeitos terapêuticos que se concretizam nas relações e no vínculo. O “remédio”, nesse contexto, não se restringe ao psicotrópico, mas uma saída ao shopping, uma ida ao parquinho, um passeio cultural ou mesmo um lanche conjunto. O acesso à cultura, ao lazer, aos afetos potentes é terapêutico. Além de produzir alegria, traz uma perspectiva da ocupação dos espaços que socialmente podem ser negados, seja pela vulnerabilidade social, pelas discriminações raciais ou o estigma socialmente produzido que pessoas com sofrimento psíquico carregam.

Essas ações dialogam diretamente com o que propõe Lancetti (2014) ao abordar a clínica peripatética, que amplia o olhar sobre o cuidado ao compreendê-lo como um processo imanente à vida, tecido nos territórios onde as pessoas constroem sua existência de forma singular. Trata-se de uma perspectiva que desloca a centralidade dos saberes tradicionais das práticas “psis” e os dilui na experiência concreta do encontro, entre profissional, usuário e território. Nesse contexto, o cuidado assume uma dimensão ética, estética e política, em que o acompanhamento se realiza nos múltiplos espaços onde a vida acontece e onde os afetos, os vínculos e os modos de ser se produzem.

Incluir o território e a cidade como aspectos centrais da atenção à saúde mental revela-se fundamental na medida em que permite ativar os recursos presentes no próprio território, compreendendo também o trabalho de enfrentamento e as intervenções realizadas no contexto territorial. Isso implica pensar que trabalhar em movimento não se trata apenas de incluir na perspectiva de reabilitação do indivíduo, mas também que seja um convite a construção coletiva de formas de convivência com a diferença a partir do plano micropolítico, produzindo novos territórios existenciais, culturais e políticos (Lima; Yasui, 2014)

Pensar o movimento em um serviço que não é territorializado parece ser contraditório, uma vez que sua localização distante do local de moradia dos usuários impõe barreiras de acesso e limitações objetivas às intervenções comunitárias, que é o caso deste serviço em questão. Contudo, isso não inviabiliza pensar o território enquanto possibilidade de intervenção e de produção de saúde. O território, nesse sentido, não se reduz à delimitação física de áreas de abrangência, mas um espaço de produção de vida, de disputas e também de exclusão. Neste sentido, podemos pensar o movimento enquanto uma possibilidade de encontros que promovem processos de novos agenciamentos e transformações individuais e coletivas.

A gente procura ocupar esses espaços. Eu faço questão que toda a nossa equipe participe de conferências. Então a gente sempre vai ter representação em todos os segmentos, seja usuário, seja trabalhador, gestor em todas as conferência, podendo dialogar com a rede, com todos os atores sobre o que a gente acredita, que é o respeito às crianças adolescentes, que é sobre ter um atendimento de qualidade, que é colocar essa criança, esse adolescente em uma mesa de abertura de uma conferência, que ele possa ser delegado eleito, que aquela mãe possa falar (T2).

Foi um momento interessante de união e compreensão mútua das dificuldades que enfrentam. O que se chegou em comum é que há uma omissão do Estado e se torna necessário fazer essa mobilização e os espaços da assembleia como encontros políticos de mudanças (Trecho diário de campo - Assembléia de usuários e pais).

A indução da participação de crianças, adolescentes e famílias em conferências, conselhos e demais espaços de controle social revela-se como uma das potências do movimento no território. O protagonismo infantojuvenil e familiar se expressa nas assembleias promovidas no serviço, nas associações de pais, nos eventos comunitários em alusão à luta antimanicomial, ao enfrentamento da violência sexual, nas intervenções culturais e em diversas ações que colocam em circulação a perspectiva da transformação social e política dos territórios.

Essas experiências são eixos estruturantes do Coletivo, visando produzir efeitos na comunidade sobre a saúde mental sob a perspectiva de seus protagonistas. Em contraposição a uma sociedade que historicamente exclui, silencia e patologiza crianças e adolescentes, o Coletivo se constitui como um espaço de resistência, inclusão e produção de vida. A infância, por sua vez, é entendida como uma fase com direito à expressão; a intervenção deve considerar a influência das redes (família, escola etc.) e do próprio contexto social e cultural, e não ser pautada na ideia da infância como um problema a ser medicalizado e corrigido (Beltrame et al., 2019; Alves et al., 2021).

O movimento enquanto potência de cuidado que extrapola os limites físicos do CAPSi também se revela na compreensão de que a saúde mental não se restringe a esse serviço e às

intervenções dos especialistas, sendo necessária a articulação com diferentes dispositivos da rede intra e intersetoriais que convocam a infância e a adolescência. A compreensão da rede requer uma mobilização constante principalmente junto à família, a escola e dispositivos sociocomunitários.

Os casos são abordados sob uma perspectiva mais ampla, compreendendo a dinâmica familiar, escolar, social e histórica da criança e adolescente. A gravidade e necessidade de um cuidado mais intensivo vai definir se ele fica ou não. Aqueles usuários que a equipe avalia que não há critério de elegibilidade é introduzido na rede.[...] O trabalho de articulação de rede é outro elemento muito presente durante as discussões. Ao discutir os usuários acolhidos no CAPSi, além da inserção no Coletivo e demais ofertas dentro do próprio serviço, busca-se pensar outras articulações que se fazem necessárias. Por exemplo, aqueles casos em que há uma situação de risco e vulnerabilidade social, a equipe discute a necessidade de se fazer articulação com o Conselho Tutelar, Cras, Creas e outros dispositivos intersetoriais como atividades de contraturno e esporte (Diário de Campo - Reunião de Equipe).

Compreender que a atenção à saúde mental não se restringe ao CAPSi, dada sua complexidade e a necessidade de participação de diferentes atores, torna-se uma característica imprescindível articular o cuidado. Uma das grandes potências do Coletivo, para que ele seja resolutivo para além dos muros e das intervenções realizadas no serviço, é o trabalho em rede, principalmente por meio do apoio matricial. As estratégias adotadas para isso se dão tanto pela agenda programada com a Atenção Primária quanto pela reserva de agenda dos profissionais do Coletivo para realizar as articulações necessárias com as crianças e adolescentes que acompanham, além de ações estratégicas de educação em saúde nas escolas e no sistema socioeducativo.

Essas ações são formas de lidar com alguns desafios enfrentados pelos CAPSi, como sua baixa cobertura, sobrecarga do serviço e dificuldade no acesso pelos usuários, bem como uma rede enfraquecida e desqualificada para trabalhar com a saúde mental infantojuvenil (Taño; Matsukura, 2019; Machado; Ricci, 2020). Neste sentido, o trabalho em rede intra e intersetorial pautado na lógica de compartilhamento e corresponsabilização do cuidado dão pistas para melhores desfechos diante problemas complexos em um processo que fortaleça o cuidado dentro e fora do CAPSi (Fernantes et al., 2020).

O trabalho em rede no Coletivo, revela mais do que a sua articulação em uma rede formal, como a própria RAPS. Há de se considerar que a potência do cuidado em saúde está no atravessamento entre as redes formais e as redes informais (Tofani et. al, 2021). A produção viva e criativa do cuidado são cultivadas micropoliticamente e cotidianamente entre os encontros singulares entre trabalhadores, usuários, famílias e parcerias diversas, desde organizações e prestadores de serviços à rede afetiva, formando ao que Merhy et al (2014)

definem como as Redes Vivas. A ideia de rede viva visa romper com a ideia de que as redes formalizadas garantem direitos e geram previsibilidade (Merhy et. al, 2014).

Nesse sentido, a mobilização das redes ocorre por meio do conhecimento e da aproximação de atores do território para viabilizar ações e acesso a serviços e bens diante da falta de recursos e apoio institucional. Trata-se de uma rede afetiva e relacional, composta pelo engajamento de trabalhadores, usuários, famílias e parceiros que se conectam a partir dos laços tecidos ao longo da prática cotidiana.

Essa rede torna viáveis ações que extrapolam os recursos da rede formal, como por exemplo a articulação com o Corpo de Bombeiros ou com o hospital regional para garantir transporte em passeios, os voluntários que prestam serviços, as confraternizações e festas colaborativas, a negociação com cinemas e parques de diversão para obtenção de ingressos, e tanto outros exemplos que refletem o esforço para fazer acontecer aquilo que escapam os fluxos e as estruturas organizacionais. Embora os trâmites burocráticos e os encaminhamentos continuem a existir, são essas redes vivas e singulares que operam como força propulsora de um cuidado mais resolutivo, criativo e enraizado no território.

4.2.3. O Inesperado

No campo do *inesperado*, por entender que o encontro no Coletivo abre espaço para a liberdade e para criação, haverá sempre um fator não planejado. Segundo Franco (2015), compreender a liberdade como fator de produção criativa do trabalho em saúde é conviver com a possibilidade de acontecimentos inesperados, que não estão nos protocolos e muitas vezes nos livros. Dificilmente haverá uma padronização de condutas, assim como das intervenções, e isso dá abertura para as linhas de fuga, seja no próprio cuidado, na criação das intervenções nas relações entre trabalhadores e usuários. O trabalho criativo, induzido pelas situações inesperadas, centrado no trabalho vivo em ato, toma forma enquanto uma responsabilização coletiva (Merhy, 2014).

Eu acho que a diferença é uma liberdade maior que a gente profissional tem. Os próprios pacientes têm uma liberdade maior de tá contribuindo, de falar o que que a gente vai fazer hoje. “Isso é bom para você?”, “Eu pensei nisso, vocês topam?”. É diferente de um trabalho que já tem um objetivo pré-estabelecido, um planejamento pré-definido, e muita rigidez, tipo só pode participar do Coletivo se... isso não é Coletivo. (T1)

A gente devolve pro Coletivo e ele diz “ok, todo mundo topa?”. É a vontade deles acontecer, seja jogar queimada, seja fazer um gol, qualquer outra atividade, mas a gente sempre respeita a singularidade de cada um e o desejo que precisa a partir deles. Eu acho que a gente falha como equipe, como CAPSi, em querer desejar pelo outro, se antecipar pelo outro (T2).

Isso é importante pro CAPS, essa liberdade, essa abertura, porque são crianças que chegam muito desorganizadas, muitas vezes não vão conseguir ficar em uma sala

fechada, não vão conseguir ficar com uma proposta de trabalho pronta. (...)Então, chegar com uma criança em crise, colocar ela dentro de uma sala e querer que ela pinte, andar dentro daquele quadradinho, faça aquele desenho, é um sofrimento enorme. A criança, ela não vai dar conta de fazer aquilo naquele momento. Às vezes dar uma volta com ela lá embaixo, no pátio, ou brincar com ela lá vai trazer um apaziguamento muito maior (T4).

Nesse sentido, a liberdade se manifesta como um esforço contínuo de expressão da vontade e de construção de práticas que estejam alinhadas com as necessidades das crianças, adolescentes e de suas famílias. Contudo, esse movimento não está isento da influência de forças internas e externas, que atravessam o processo de cuidado. Isso exige uma ressignificação do lugar ocupado pela soberania científica, mercadológica e moral da própria instituição saúde, de modo a privilegiar um cuidado pautado na vontade que emerge do outro, e um conjunto de saberes e práticas que se articulam na possibilidade do agenciamento pelo encontro e do atravessamento das dimensões macropolíticas e estruturais, como raça, classe e gênero (Merhy et. al, 2014; Franco, 2015).

A potencialidade que eu vejo, eu acho que é a criação, é liberdade, eles se sentem muito acolhidos, é um acolhimento que eu vejo que é diferente, porque a gente acolhe do jeitinho que veio, do jeitinho que chegou. Pode chegar chorando, pode chegar gritando, pode chegar em crise, pode chegar bem, pode chegar querendo fazer um bolo, pode chegar com uma bola de vôlei, você chega do jeito que for, a gente acolhe, e a gente vai vendo o que faz. Eu acho que o acolhimento é muito importante e de alguma forma dá certo, que eles vêm, eles gostam (T1).

Muito do trabalho do Coletivo e de seus efeitos se dá pelo lugar de acolhimento e pertencimento que ele oferece, muitas vezes inexistente em outros contextos sociais vivenciados por essas crianças, adolescentes e famílias. Na socialização e nos encontros, todos vão aprendendo uns com os outros: crianças, adolescentes e pais. Para Oury (2009), a construção conjunta e a liberdade de escolha no processo terapêutico são elementos fundamentais para que essa dinâmica ocorra, pois sua potência depende de fazer sentido para quem dela participa. Mais do que a atividade em si, o Coletivo reflete o conjunto das ações que expressa a força da decisão no cuidado e na produção de vida, impulsionadas pelo vínculo e pelos bons encontros.

Essa perspectiva manifesta o que Oury (2009) conceitua sobre uma função diacrítica, pois não se trata de uma intervenção massificada nem da busca por um ajustamento pré-definido como resultado esperado do cuidado. Pelo contrário, o foco recai sobre a emergência do sujeito em sua função decisória, protagonizando escolhas e interações que produzem espaços de existência, ressignificação, novos sentidos, amizades, afetos e recursos interpessoais e comunitários.

Este processo também revela a constituição do Coletivo enquanto efeito, conforme proposto por Guattari (2004), na emergência dos chamados Grupos Sujeitos. Trata-se de um movimento que envolve trabalhadores, famílias, crianças, adolescentes e a própria comunidade, promovendo maior autonomia e protagonismo. Não se trata de uma adaptação passiva às normativas instituídas, mas de um processo coletivo de forças, desvios e construção de novos sentidos, impulsionado pelo encontro com a alteridade (Prado; Moura, 2024).

Contudo, torna-se importante diferir a ideia de liberdade e o caos, em alguma medida (in)esperado, como desorganização e falta de planejamento. Um Coletivo, tal como apontado, é uma proposta construída de maneira conjunta, que tem a liberdade como possibilidade criativa, porém com alguns alinhamentos teóricos-práticos e políticos-ideológicos. Isso exige um nível de flexibilidade, mas também de coesão e organização por parte da equipe de estar pronta para o inesperado, de estar atenta ao desejo do grupo, mas também às necessidades e articulações necessárias para que coletivamente, esses sujeitos sejam vistos em suas individualidades e demandas.

Isso exige dos profissionais um trabalho mais apurado e cuidadoso, porque muitas vezes, quando se abre para essa liberdade maior, e o trabalho não é muito padronizado, fica parecendo mais solto, mas é exatamente ao contrário, exatamente por ele ser mais solto, a atenção do profissional precisa ser mais cuidadosa. Os profissionais precisam estar mais atentos e alinhados à proposta de tratamento. Por que aquilo que parece que está sendo muito frouxo entre aspas, na verdade, não está. Está muito bem alinhado com uma proposta teórica que foi construída dentro de uma equipe que coletivamente construiu uma clínica com uma proposta teórica de trabalho (T4).

Então a gente discute né, antes do Coletivo e no final sobre o sobre aquele grupo e pensa em estratégias. A gente também no final, isso também tem acontecido cada vez mais, pra atendimentos individuais daquele grupo. Então uma demanda que o pai ou a mãe quer trazer, uma crise que aquela criança ou adolescente tá, aí a gente faz um trabalho mais individual de intervenção com aquele caso no final do Coletivo, se for receita, demandas de receita, a gente vai, se organiza de um ir lá pedir a receita pro médico ou deixa o pedido pra pessoa pegar no próximo encontro (T2).

Eu acho muito esse desafio da organização, dessa coisa de tá pronto para qualquer coisa, a qualquer momento, isso é muito desgastante (T1).

Trabalhar com o inesperado e sustentar a liberdade enquanto função necessária para o efeito terapêutico pautado na produção de autonomia e protagonismo torna-se um elemento desafiador para os trabalhadores. Exige criatividade, apoio mútuo e planejamento.

Aí percebo de fato uma contradição entre o Coletivo entre ser bagunçado ou ser uma bagunça organizada. É preciso que os profissionais tenham com muita clareza a proposta, por quê isso faz sentido, senão eles entram no fluxo e não refletem sobre o que estão fazendo (Diário de Campo - Coletivo).

Carvalho (2024), ao estudar esse mesmo campo, observa o Coletivo enquanto recurso de intervenção por meio de atividades grupais, reconhecendo sua potência no uso da ludicidade e dos afetos potentes como formas terapêuticas de atuação com o público infantojuvenil em sofrimento psíquico. No entanto, traduz a ideia do acaso e da impossibilidade de controle operado pelo inesperado por meio da noção de “sistemas aleatórios”. Para Carvalho (2004), ter um alinhamento teórico-conceitual, um planejamento e uma avaliação contínua é uma estratégia fundamental para que a liberdade não recaia em um 'fazer de qualquer jeito'. Isso evidencia o quanto esse trabalho exige da equipe um processo de constante reflexão, afinação coletiva e responsabilização compartilhada sobre os efeitos de suas práticas.

A partir da perspectiva do *encontro*, do *movimento* e do *inesperado*, torna-se potente observar como se intensifica a interlocução nesses espaços quando nos desprendemos de nossos saberes específicos e nos propomos a ‘estarmos juntos’, seja enquanto equipe, seja com os usuários. Essa experiência, embora rica, pode ser desconfortável, sobretudo para profissionais cuja formação é mais 'dura', como apontam Franco e Merhy (2013), ao descreverem aqueles que se escoram nos limites do conhecimento técnico-científico e mostram menor abertura ao diferente e ao imprevisível, que é um lugar de troca, de afetação, de alteridade, de surpresa e estranheza.

Em síntese, trabalhar em Coletivo é a compreensão de sempre haverá um conjunto de práticas, que estão em constante conflitos e disputas, que se articulam em diferentes tecnologias de cuidado, implicadas no campo das relações e na própria produção do conhecimento, contudo que possam operar de maneira contra hegemônica ao processo de silenciamento da infância e da adolescência, da medicalização de vida e da soberania da instituição saúde (psi-bio-tecnista) sobre os processo de produção de vida e saúde dos usuários de um serviço de saúde mental como o CAPSi (Malta; Merhy, 2003).

4.3. A Transversalidade do Cuidado no Trabalho Interprofissional

Um aspecto fundamental na constituição do Coletivo se revela na potência do trabalho interprofissional. Tal como exposto, sua concepção foi pautada de maneira colaborativa e engajada das trabalhadoras e trabalhadores envolvidos em seu processo de criação. A atuação interprofissional se coloca como uma condição para o desenvolvimento deste modelo de cuidado.

Os Coletivos são formados por um conjunto de profissionais de diferentes categorias. Nesta modalidade, participam tanto profissionais de nível superior quanto técnicos. Busca-se com isso, promover um compartilhamento da responsabilidade da condução do grupo, quanto a circularidade dos saberes. A abordagem ampliada e colaborativa do trabalho em equipe visa dar uma resposta à complexidade dos fenômenos que envolvem o sofrimento e a subjetividade humana, compreendendo que não se reduz aos saberes *psis* e da hegemonia do saber biomédico. Tampouco o cuidado será produzido de maneira fragmentada (Yasui; Costa-Rosa, 2008).

Para Peduzzi et. al (2020), o trabalho interprofissional em saúde se revela na medida em que produz a comunicação e colaboração interprofissional, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho mútuo, interdependência das ações e o cuidado centrado no usuário. Neste sentido, o trabalho interprofissional tem como objetivo a superação da fragmentação do cuidado, a busca pela compreensão integral do sujeito e do trabalho coletivo em saúde, compreendendo que o trabalho em saúde é, em sua essência, um movimento intersubjetivo.

O fio condutor do trabalho no Coletivo é pela integração dialógica e não pelo agrupamento, pela via da horizontalização das relações e saberes (Oury, 2009). Esse tipo de trabalho demonstra não apenas corresponder melhor às diretrizes e valores da humanização do cuidado, que irão responder melhor às necessidades dos usuários, assim com também promover maior coesão e satisfação da equipe com o seu trabalho, no compartilhamento de valores e de uma identidade de equipe (Peduzzi et. al, 2020)

Tem que ter muito respeito, ninguém aqui sabe mais do que ninguém, tem essa circularidade do saber. Hoje eu sei muita coisa do serviço social, muita coisa da enfermagem, muita coisa da psiquiatria, assim como vários colegas sabem muita coisa da psicologia, muitas coisas, porque é o que é de conhecimento da gente (T1).

O saber é de todos, não é específico do psiquiatra, do psicólogo que tá naquele grupo. Pode ser um técnico de enfermagem, uma terapeuta ocupacional que esteja ali naquele grupo, aberto, disposto a estar com aquelas crianças, com aqueles pais, disposto a estar lá a escutá-los. Não tem essa divisão por categoria, não tem essa divisão assim de que “ah, agora o psicólogo que vai lá fazer escuta individual que tá demandando aquele paciente”. Não, é o profissional que tiver disponível, e geralmente a gente gosta de estar fazendo sempre em equipe (T3).

A forma como a equipe se organiza diz sobre o modelo de cuidado defendido. No Coletivo, no plano ideal, a equipe precisa de coesão, um técnico pode conduzir o grupo, ter um protagonismo e realizar intervenções, conjuntamente com o médico, um psicólogo, um

terapeuta ocupacional, em um processo de respeito e aprendizado mútuo, reconhecendo a interdependência da colaboração entres eles.

A valorização dos profissionais de nível técnico, assim como daqueles cuja formação hegemônica não está vinculada à saúde mental, como exemplo a enfermagem, tende a ser silenciada, ainda em nome da hierarquização do saber-poder no campo da saúde mental, que privilegia os profissionais *psis* (Onocko-Campos, 2014). Contudo, no Coletivo, o que se valoriza é a complementaridade, reconhecendo o estilo e a contribuição de todos os profissionais.

No Coletivo, percebo que há uma sensação de diluição das categorias profissionais. As categorias não se revelam durante o encontro com os usuários. Não nos apresentamos como essa ou outra categoria. Esse tipo de relação, contudo, não tem como objetivo negar as especificidades de cada formação profissional, o que não é desejável, entretanto que possa produzir um campo de interlocução de saberes para que isso apareça, mas não seja o ponto de partida.

Esse tipo de articulação do trabalho interprofissional revela o que Campos (2015) discute sobre a relação núcleo e campo na saúde. O núcleo será o conjunto de saberes e técnicas que se referem à formação do profissional de sua especialidade. Já o campo seria o que há de comum e compartilhado. Neste sentido, no campo da saúde mental, o núcleo, os saberes da psiquiatria, da enfermagem, da psicologia e assim por diante se integram com algo que todos compartilham, que neste caso é a saúde mental sob a lógica da atenção psicossocial. A relação núcleo e campo revela que as relações interprofissionais operam como uma ‘dança’, é preciso haver sintonia e comunicação efetiva. Além disso, não tem divisão clara de papéis, eles se alternam conforme o fluxo do grupo.

Essas pessoas que compõem o Coletivo têm uma função de facilitadoras do processo, de organizadoras desse momento. Tem que ter uma comunicação muito boa entre a gente. Às vezes a gente só se olha, já se liga e vai fazer alguma coisa. A gente tem que estar muito disponível, aberto para lidar com crises ou qualquer coisa que possa acontecer. Porque, às vezes, está rolando uma atividade super jóia, mas tem um adolescente que não está afim, aí diz que vai ao banheiro. Isso já liga a anteninha. Aí a gente meio que já se entende no olho, alguém já acompanha, muitas vezes sem nem precisar falar. Ou então pergunta: “quer que eu vá?”, porque já sabe que alguém tem que ir. Mas assim, é uma organização que requer uma coesão e conhecimento da equipe (T1).

O trabalho em Coletivo sempre retoma ao trabalho em equipe, na possibilidade de construção e discussão conjunta, naquilo que inicialmente se compreendeu enquanto uma necessidade: haver uma compreensão sobre o cuidado em saúde mental infantojuvenil

compartilhada. Isso exige planejamento e momentos programados de discussões, com apoio da gestão. Dito isso o Coletivo opera para além do momento do grupo, as reuniões de equipe semanais que ocorrem, são esses espaços que não funcionam como mera espaço administrativo, mas de supervisão clínica-institucional, educação permanente e tomada de decisões conjuntas. Essas ações, tal como apontam Lima e França (2022), se colocam como grande desafio para se constituir enquanto um espaço produtivo e potente neste tipo de contexto.

A troca entre a gente serve como instrumento, espaço de capacitação, também nas nossas reuniões de equipe, onde a gente não só estuda caso. Eu não vejo nossa reunião de equipe como um espaço administrativo, é clínica também, onde a gente tá estudando o caso (T2).

A supervisão, ela é imprescindível, porque ela acaba nos ajudando nesses impasses do trabalho de equipe, que é esse trabalho exaustivo, difícil entre os pares, construindo essa clínica (T4).

O Coletivo é muito coletivo, é coletivo de profissional também. Então cada um tem que se ajudar (T3).

A relação do trabalho interprofissional convoca o conceito de transversalidade, desenvolvido por Guattari (2004), como operador de novos agenciamentos intersubjetivos e da coletivização do cuidado. No Coletivo, essa noção se expressa na integração entre saberes e práticas, rompendo com lógicas fragmentadas. Para o autor, a transversalidade diz respeito ao grau de comunicação que se estabelece em uma instituição e ao modo como as práticas institucionais podem romper com relações verticalizadas, serializadas e tecnocráticas, operando em um campo de interconexões e multiplicidade. No campo da saúde coletiva, esse conceito foi incorporado como um dos eixos da PNH, traduzindo, em todos os níveis de cuidado, a articulação entre disciplinas e diferentes saberes que compõem o cuidado em saúde (Brasil, 2010).

O Coletivo, desde sua criação, revela uma intencionalidade por parte da equipe para operar sob o coeficiente da transversalidade, indicando uma busca constante pela interlocução entre campo e núcleo a partir da perspectiva de um cuidado ampliado. No entanto, esse processo não está isento de críticas, conflitos e contradições, oscilando entre o instituído e o instituinte (Franco, 2006).

Para França e Costa (2017), um dos grandes desafios na produção de uma clínica no Coletivo é a construção de um saber comum entre os membros da equipe, capaz de sustentar um eixo teórico-clínico que viabilize a transversalização dos diferentes saberes. Essa

construção compreende que a gestão do cuidado será inevitavelmente atravessada por uma prática clínica. Nesse sentido, o alinhamento entre os profissionais se reflete diretamente no efeito terapêutico e na possibilidade de escuta daquilo que convoca a infância e a adolescência.

Prado e Moura (2024) apontam que a transversalidade pode ser uma chave importante para compreender a lógica do trabalho interdisciplinar, bem como a interconexão entre as dimensões individuais, sociais e clínicas das políticas e práticas de saúde. Parte-se da noção de que a produção de saúde está sempre atravessada pela produção de subjetividades e pela ética da composição das diferenças. Nesse sentido, a transversalidade é tensionada pelo campo social, no qual se manifestam dinâmicas de verticalização e horizontalização tanto no plano de cuidado quanto no plano de trabalho. Essas dimensões inevitavelmente se refletem na vida coletiva e individual, onde emergem questões estruturantes como classe, raça e gênero.

Coloca-se, assim, como desafio ao Coletivo não apenas a circulação e integração de saberes, evitando a tecnocracia do cuidado, mas, sobretudo, a apropriação crítica dos atravessamentos que convocam o sofrimento, reconhecendo como tais marcadores incidem na subjetividade e constituem o próprio sofrimento psíquico.

A diluição das hierarquias profissionais, promove uma atuação colaborativa. Contudo, no Coletivo, essas relações não estão isentas de contradições e disputas, pois a horizontalidade é desafiada por profissionais com formações ainda ancoradas em modelos tradicionais ou que carregam uma histórica posição hierárquica de poder e dominação no campo da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. Nesse sentido, o Coletivo não funciona bem sem uma equipe integrada e disposta a partilhar responsabilidades.

Tem um desconforto eu acho que do nosso papel psi, nosso eu psicóloga. Tem psicólogos que chegam achando que isso aqui é terra minha, isso é departamento meu, tá todo mundo entrando no meu departamento. Aí a pessoa se sente incomodada até entender que aqui (no Coletivo) é diferente. Isso é assim no consultório, isso é assim lá não sei onde, mas aqui é diferente, então pode gerar um desconforto no próprio profissional que se sente invadido na soberania do que é dele. Um psiquiatra, por exemplo, um psicólogo (T1).

Como a gente tem muita gente nova na equipe, as pessoas novas que não são da área da saúde mental, por exemplo, técnico de enfermagem, enfermeiro, primeiramente, não se sente confortável (T1).

Na sua maioria, os profissionais que chegam no CAPSi, eu falo por mim, serviço social a gente não tem contato com a disciplina de saúde mental. A gente chega aprendendo, é na prática. Então como é que faz? Como é que vai ser? É na prática! Daí a necessidade de capacitação, sabe, eu acho que precisa ser constante. Lógico que tem alguns profissionais que buscam um pouco mais, mas eu também não faço

julgamentos, acho que cada um tem a sua realidade. [...] Independente de todas as dificuldades, dos colegas que chegam não terem tido contato com saúde mental em outro momento, mas eu acho que a gente aqui vai se formando também. Esse processo formativo ele vai acontecendo (T2).

Assim, os conflitos são inerentes ao cotidiano, sejam de ordem pessoal ou profissional. Contudo, emerge o desafio de transmitir o modelo de cuidado pautado na transversalidade do trabalho interprofissional aos novos trabalhadores que chegam ao CAPSi. Grande parte do aprendizado ocorre pela observação, fundamentada na circulação de saberes e na colaboratividade. No entanto, nem todos os membros da equipe estão abertos e disponíveis para trabalharem dessa forma. Nesse contexto, os espaços de educação permanente e discussão contínua tornam-se fundamentais para a qualificação dos profissionais para a integração dos que chegam e reflexividade constante sobre o fazer da equipe como um todo (Franco, 2015).

A busca por uma transversalização radical se tornou um ideal a ser alcançado. Se tem uma ideia de abandonar as agendas individuais e construir uma agenda com base nos Coletivos, visando trabalhar a ideia de que as ações individuais e coletivas serão produzidas a partir da decisão e atuação conjunta a partir das necessidades identificadas, evitando transformar o serviço em um ambulatório de agendas lotadas e práticas fragmentadas. Isso tem sido feito com grande êxito entre todos os trabalhadores, exceto a psiquiatria. As tentativas de inserir os profissionais psiquiatras no Coletivo se demonstraram frustradas.

Ainda que o Coletivo tenha potencial para atuar a partir da invenção, horizontalidade e corresponsabilização, no plano das formas e das forças encontra limites concretos quando confrontada com as demandas de uma rede que ainda se orienta, majoritariamente, por parâmetros biomédicos. Famílias, escolas e o sistema de justiça continuam a acionar os serviços de saúde mental a partir de expectativas centradas na validação diagnóstica e na medicalização como respostas prioritárias ao sofrimento psíquico (Guarido, 2007).

Dessa forma, a não participação da psiquiatria no Coletivo não é apenas uma ausência operacional, mas revela a persistência de uma soberania do saber-poder médico e da clínica tradicional sobre os demais modos de cuidado. Isso evidencia que, apesar dos avanços micropolíticos, a transversalização do cuidado ainda não foi capaz de deslocar a hegemonia biomédica nas práticas em saúde mental (Reis et. al, 2023). A fragmentação permanece quando os profissionais não se implicam nos processos coletivos, reforçando a divisão entre quem prescreve e quem cuida, entre quem decide e quem compartilha. Isso no cotidiano

ficava evidente na relação entre profissionais que são mais sobrecarregados do que outros, em função da proatividade que assumem para o desenvolvimento do Coletivo ou no distanciamento entre a própria psiquiatria e as demais categorias profissionais.

Portanto, o desafio não se limita à reorganização da agenda ou à criação de novos espaços coletivos. Trata-se, sobretudo, da construção de um novo pacto institucional que convoque todos os profissionais, inclusive a psiquiatria, a se implicarem ativamente em um cuidado ampliado, interdisciplinar e comprometido com a despatologização da vida e com a escuta singular. Superar o modelo biomédico implica tensionar posições de poder e revisar formas de atuação historicamente consolidadas nas práticas em saúde. Tal transformação só será possível a partir de uma implicação política e ética de toda a equipe com o projeto da atenção psicossocial, concebido não como um ideal de uma equipe perfeita e totalmente coesa, mas como uma nova práxis, capaz de fomentar trabalho em equipe e o atravessamento das barreiras e limites das disciplinas (Onocko-Campos, 2014).

4.4. O Coletivo está em crise?

Coloca-se, até aqui, um conjunto de potências e desafios de se operar sob um modelo de cuidado pautado no Coletivo. Seu desenvolvimento esteve atravessado por diversas transformações, tanto internas, como os conflitos, as disputas, divergências e a mudança do perfil da equipe, quanto externas, como o contexto macropolítico de desfinanciamento e retrocesso das políticas públicas de base comunitária, como os CAPS, especialmente após a segunda revisão da RAPS em 2017 e o agravamento das iniquidades sociais (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O processo de desmonte da política de saúde mental no Brasil e no Distrito Federal tem se expressado no não cumprimento dos projetos de expansão dos CAPSi, na ausência de concursos públicos para novos servidores, na ampliação da privatização da gestão e da contratação de serviços públicos de saúde, bem como na fragilização da Atenção Primária à Saúde e na priorização de dispositivos de caráter manicomial, como as comunidades terapêuticas e os leitos psiquiátricos, enquanto diretriz de política pública. Esse cenário tem resultado na precarização das condições de trabalho e no enfraquecimento da potência dos serviços territoriais (Onocko-Campos, 2019; Parente; Costa, 2022). Tal cenário atinge diretamente a sustentação cotidiana do Coletivo diante um território de abrangência muito superior à capacidade instalada do serviço, um espaço físico limitado e tantas outras fragilidades relacionadas à infraestrutura e recursos humanos (MPDFT, 2023).

Existe uma perspectiva idealizada e apego simbólico ao Coletivo por parte de profissionais que participaram de sua construção inicial. Há, nesse grupo, um sentimento de pertencimento e responsabilidade em relação a um projeto ético-político que resiste, mas que frequentemente entra em conflito com a lógica de funcionamento instaurada com a chegada de novos profissionais que, muitas vezes, não compartilham da mesma trajetória formativa ou implicação com a proposta, gerando disputas e fissuras internas.

A equipe nova que foi entrando, a gente não conseguiu passar (o Coletivo). Também não sei se era nem obrigação da gente passar, porque na época a equipe estudou sobre o Coletivo, a equipe antiga. Então ficou claro para quem iniciou, pensou e adaptou pro espaço do CAPSi. Quem foi entrando não teve, foi entrando com o carro andando, pegou e foi pegando na prática. Mas o Coletivo é isso também, você aprende muito na prática. E aí eles foram aprendendo na prática, mas não tá igual era antes (T3).

A mudança no perfil dos trabalhadores reflete uma dificuldade de transmitir o modelo de cuidado construído em um momento de entusiasmo e motivação coletiva. Soma-se a isso a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade e a crescente demanda por atendimentos, que intensificam o sentimento de impotência da equipe. A escassez de recursos humanos e materiais limita as possibilidades de cuidado: o déficit de carga horária superior a 1000 horas de servidor reduziu drasticamente a oferta de grupos e comprometeu a qualidade dos espaços de encontro e reflexão coletiva.

A chegada de novas pessoas não é um problema por si só, principalmente considerando que processos de mudanças são inerentes e podem se transformar em processos instituintes e potentes quando pautados na coletivização (Silva, 2019). Contudo, o que aparece enquanto desafio é o enfraquecimento de uma identidade compartilhada e de coesão em torno da proposta de trabalho, o que acarreta em uma equipe mais desintegrada (Lima; França, 2022).

Nesse contexto, a transversalidade emerge como dispositivo de resistência, convocando a equipe a uma implicação, reiterando que a construção contínua de uma proposta clínica coletiva é o que sustenta o cuidado no CAPSi. Um dos principais desafios consiste justamente em sustentar a constituição de um Coletivo em meio a processos constantes de recomposição da equipe, marcados pela entrada frequente de novos trabalhadores e de uma equipe que se depara com as dificuldades de encontrar um alinhamento.

A gente não consegue entender cada caso direitinho por serem muitos pacientes, muitas histórias, muitas demandas, a gente não tá conseguindo fazer intervenções

terapêuticas como se propõe o CAPSi. Então tá mais difícil trabalhar o Coletivo dessa forma (T3).

Se, por um lado, a aposta micropolítica de trabalhadoras e trabalhadores do CAPSi em um projeto ético-político, pautado no trabalho vivo em ato e na invenção cotidiana, configura-se como uma potente força de transformação, por outro lado, corre-se o risco de sobrecarga e romantização de um trabalho precarizado, frequentemente desprovido do suporte organizacional e das condições macropolíticas necessárias à sua efetivação e fortalecimento (Silva, 2019).

Eu acho que as relações ficaram diferentes, a galera mudou, o povo ficou mais grave. Depois da pandemia todo mundo ficou mais grave e quem não tinha nada acabou tendo alguma coisa. Não sei, eu acho que a demanda tá muito grande, a gente fazia essas coisas numa época que a demanda era grande? Era. Mas assim, não engolia a gente, sabe, hoje em dia eu me sinto totalmente engolida por essa demanda. Tem muitos problemas sociais, que a gente também se vê de mãos atadas. [...] Acho que antes a gente, eu não sei se essa palavra é certa, mas era mais visceral, a gente vivia o CAPSi, a gente era invencível. Acho que a gente acha que podia fazer tudo. E a pandemia veio assim, “opa, vocês não podem fazer tudo não” (T1).

A gente também tem que entender que hoje, talvez, as equipes precisam de algo para animá-las, criar um entusiasmo, uma crença. As pessoas precisam ter fê, se motivarem e acreditarem no trabalho que estão fazendo. Naquela época, nós tínhamos muito, nós acreditávamos muito no que estávamos fazendo. Foi uma época muito intensa, muito intensa. [...] Mas também, convenhamos, a saúde mental passou agora por um trator, foi tratorada a saúde mental nesses últimos anos. Então as equipes estão bem sofridas, né? É preciso se refazer agora (T4).

Além disso, há uma percepção recorrente entre os profissionais do agravamento dos casos de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, fenômeno que se intensificou após a pandemia de COVID-19. O aumento da demanda por cuidado não foi acompanhado por investimentos na rede, revelando a centralidade dos determinantes sociais na constituição do sofrimento. As desigualdades sociais aprofundadas, as situações de violência e suas repercussões no desenvolvimento humano desafiam cotidianamente as equipes (OPAS, 2023). E como sustentar o cuidado diante da exaustão? Como implicar-se eticamente quando o próprio trabalho se torna uma fonte de adoecimento?

Neste cenário, observo uma dificuldade da equipe dar conta da demanda, não conseguem acompanhar com a mesma qualidade diante de um contexto interno e externo desfavorável. Esse contexto compromete a construção de um projeto instituinte, pautado na colaboração, no compartilhamento de saberes e em um alinhamento teórico-político que sustenta o Coletivo como espaço de cuidado e criação. A constituição desse modelo exige

tempo, escuta, formação, diálogo e, sobretudo, apoio institucional, elementos cada vez mais escassos no atual contexto de precarização da política pública em saúde mental.

A crise do Coletivo é a expressão de uma crise estrutural, social e política, de sucateamento das políticas públicas e do próprio contexto sócio-cultural que parece fazer produzir mais sofrimento às crianças e adolescentes. Cabe nos questionar por que elas sofrem mais? Um CAPSi, um Coletivo não serão responsáveis por resolverem, sozinhos, problemas complexos, que envolvem aspectos como a medicalização da vida e a patologização da existência, a violência urbana, doméstica, intrafamiliar e virtual, a pobreza, a homofobia, transfobia, racismo, automutilação, suicídio. Contudo cabe aos profissionais entenderem que fazem parte disso enquanto atores que se propõem a trabalhar com a saúde mental infantojuvenil.

Como aponta Hur (2024), há uma interconexão profunda entre a lógica capitalista, os processos de subjetivação e as formas de exercício do poder nas relações clínicas, institucionais e sociais. O capitalismo não apenas organiza o mundo do trabalho e da produção, mas também coloniza a esfera do desejo, impondo modos de vida, de gozo e de sofrimento. Nesse contexto, as crianças e adolescentes são capturados por discursos medicalizantes que patologizam a diferença e silenciam o mal-estar social sob o rótulo de diagnósticos cada vez mais precoces.

Sob essa perspectiva o sofrimento psíquico não pode ser compreendido como uma falha individual, mas como efeito de uma subjetivação atravessada por discursos sociais, econômicos e culturais. Nesse sentido, o sujeito é constituído na linguagem, mas também nos laços sociais que o sustentam ou o desamparam, e clínica é inevitavelmente política. E é justamente aí que a lógica neoliberal atua: na fragmentação dos vínculos, no encurtamento da infância, na hiperconectividade, na valorização do desempenho, da produtividade, da competitividade desde a infância e do apagamento do que é próprio do sujeito e das diferenças (Safatle; Junior; Dunker, 2020).

A medicalização da infância, como efeito dessa lógica, aparece como uma tentativa de neutralizar o sintoma, ou seja, de eliminar a manifestação de um mal-estar que é, na verdade, resposta subjetiva às contradições sociais que estão escancaradas no cotidiano das crianças e adolescentes que frequentam o Coletivo. Nesse cenário, o Coletivo enfrenta um desafio ético: não ceder à lógica da normatização e do controle, mas sustentar práticas que reconheçam a

singularidade do sofrimento e o direito à diferença. É preciso que esses espaços se afirmem como contracorrente, como lugares de resistência, onde o sofrimento possa ser escutado fora da lógica do ajuste e da adaptação. O sintoma é o que convoca à escuta, e não à supressão. Entretanto, em uma sociedade orientada pelo desempenho e pela eficácia, o sintoma infantil torna-se algo a ser eliminado rapidamente, ainda que à custa da subjetividade.

Assim, não se trata de responsabilizar os serviços de saúde mental por resolverem todos os dilemas sociais, mas de reconhecer que os profissionais que ali atuam também são atravessados por essas forças e, portanto, devem se implicar na construção de práticas que não reproduzam as lógicas de exclusão, silenciamento e normatização.

Diante desse cenário, observa-se um distanciamento da equipe em relação ao que, em um primeiro momento, constituiu o Coletivo: o envolvimento e o engajamento na criação de algo novo. A idealização e a tentativa de reproduzir uma experiência construída em um contexto político distinto, com outros sujeitos, tende a fracassar. É necessário se reterritorializar frente a este novo tempo, aos novos sofrimentos e às instituições que emergem ou se transformam, como a escola, a família, e que convocam outras formas de cuidado.

A imobilização diante de uma demanda que sufoca e sobrecarrega tende a reforçar o instituído e ao sentimentos de impotência e sofrimento por parte dos trabalhadores. O impulso para a reinvenção parece residir justamente naquilo que ainda alimenta o desejo por transformação, um ‘esperançar’ que resiste por meio da coletivização de se pensar o cuidado, pois a força da equipe está na implicação, horizontalidade e crítica constante do fazer.

Em momento de fragilidade e despotencialização, um ponto de resistência é a presença das residências em saúde no serviço. As residências se revelam como um promotor de tensionamentos e movimentos instituintes nos serviços e no cuidado. A presença dos residentes, que estão em processo de ensino em serviço, quando acompanhado de uma formação crítica em torno de sua práxis, revelam ser agentes importantes não apenas para a formação de profissionais para atuarem sob os princípios do SUS e das diretrizes do cuidado sob uma perspectiva psicossocial, mas também contribui para o próprio serviço em uma relação intersubjetiva de produção de cuidado promovendo ações inovadoras, que se refletem em movimentos de mudança e reflexão sobre o fazer (Ferreira; Noro, 2025; Lima; França, 2022).

A formação em residência pressupõe que o campo de prática seja espaço de aprendizagem, mas também de transformação e contribuições ao campo. Acredito que o “olhar estrangeiro” do residente, em sua formação em andamento e crítica, contribui para que as contradições, rigidezes e conflitos do campo possam emergir.

Por isso, defendo que o Coletivo, assim como qualquer proposta de cuidado no campo da saúde mental, precisa ser continuamente tensionado e reinventado. A presença dos residentes cumpre papel central nesse processo, funcionando como catalisadores de transformações micropolíticas que sustentam o cuidado como prática viva, crítica e coletiva.

4.5. Caosmose: a inovação no caos

Assim como a cartografia é um método que busca captar processos em movimento, mais do que aplicar modelos, compreendo o Coletivo como um dispositivo ético-estético-político, e não como uma ferramenta reprodutível, uma técnica a ser replicada, um estado de uma coisa e tampouco um grupo terapêutico. Reitera-se, com isso, sua função, tal como aponta Oury (2009) como uma “máquina abstrata”, um operador de relações, encontros e processos instituintes. Ele não se limita a uma estrutura fixa: sua potência reside justamente naquilo que é capaz de mobilizar em termos de cuidado, vínculos e processos subjetivação.

O olhar lançado sobre o Coletivo é o de quem, à semelhança da cartografia, habita um território existencial, tal como proposto por Kastrup e Barros (2012). O dispositivo, nesse sentido, se configura como uma rede heterogênea de elementos (saberes científicos e populares, discursos, instituições e práticas) que se integram e reorganizam em função dos contextos e das singularidades (Escóssia; Tedesco, 2012). O Coletivo se apresenta, assim, não como um método replicável, mas como um movimento singular e processual, que se faz e refaz no tempo e no território onde se inscreve.

Dito isso, a questão sobre a sua inovação deve ser tensionada. O Coletivo não é inovador em si mesmo, pois se fundamenta em princípios já amplamente discutidos na atenção psicossocial: cuidado coletivo, ética relacional, horizontalidade das relações, protagonismo do usuário, produção compartilhada de subjetividades. Entretanto, em momentos em que o paradigma psicossocial é constantemente questionado em um campo de disputas e de negação, sua potência está na capacidade de convocar a reinvenção constante da

lógica psicossocial, sobretudo quando sustentado por uma equipe implicada, o torna um espaço de autoanálise e autogestão do cuidado.

Produzir processos de autoanálise e autogestão se refere à tarefa circular e constante da equipe de produzir conhecimento sobre si mesma, suas necessidades, desejos, problemas, demandas, limites e possibilidades. Esse conhecimento, quando contextualizado na realidade em que os sujeitos estão inseridos, permite que o grupo intervenha de forma crítica e potente sobre o mundo, trazendo à tona os elementos institucionais que atravessam e influenciam sua prática. A autogestão, por sua vez, diz respeito aos processos de mobilização promovidos por esses coletivos para construir respostas a essas questões (Barembly, 2006). Trata-se da construção de uma realidade pautada na produção de serviços solidários, acolhedores, comprometidos com o vínculo e a corresponsabilização pelo cuidado dos usuários (Franco, 2006). Assim, sua força está nos efeitos que produz, não na forma que assume.

Podemos pensar a clínica em Coletivo a partir da ideia de Caosmose proposta por Guattari (2006), que articula o caos (fluxo de intensidade, imprevisibilidade, multiplicidade), osmose (trocas, atravessamentos e transformações) e os cosmos (modos de existência) para produzir uma organização aberta ao movimento dos fluxos. O Coletivo pode ser compreendido como um dispositivo que produz agenciamentos micropolíticos em meio a fluxos instáveis, ambíguos, complexos e inventivos, tal como exposto a partir da articulação do *encontro*, do *movimento* e *inesperado*. Ele não opera a partir de uma ordem, mas se constitui como prática ético-estético-política, sensível ao encontro com o outro e às formas de cuidado que emergem das relações vivas. O cuidado, nesse campo, não é um produto, mas uma composição, atravessada pela arte, pela brincadeira, pelo desejo, pela escuta, pelas decisões compartilhadas.

Dispositivos, por sua natureza, são heterogêneos, instáveis e tensionados por forças de saber-poder. Pensar o Coletivo como um dispositivo que se configura sob um modelo de cuidado, e não como técnica a ser aplicada, exige não apenas olhar para o plano das formas (protocolos, agendas, fluxos, técnicas), mas sobretudo para o plano das forças, onde se joga a disputa entre o instituído e o instituinte (Escóssia; Tedesco, 2012). Trata-se de reativar as redes vivas e os espaços de reflexão crítica sobre o fazer em saúde mental, restituindo à equipe a função da transversalização, isto é, a capacidade de comunicação entre sujeitos, saberes, práticas e grupos. Nesse sentido o Coletivo não ‘é’ nada, a não ser um movimento que reflete essas características, intensidades e efeitos.

No campo do cuidado e da clínica, é necessário romper com a ideia de objetos bem definidos e teorias universalizantes que pretendem oferecer respostas definitivas a problemas concretos. A complexidade própria do cuidado em saúde mental exige o reconhecimento da instabilidade e da multiplicidade como elementos constitutivos do processo clínico. Nesse contexto, a transversalização surge como um operador fundamental, ao propor atravessamentos entre saberes, práticas e sujeitos, visando a construção de respostas singulares às novas demandas e configurações do sofrimento psíquico. Assim, a desestabilização na clínica não deve ser compreendida como uma ameaça, mas como uma potência que desorganiza o instituído e abre espaço para a invenção de novos modos de cuidar (Passos; Barros, 2000).

Dessa forma, coloca-se como condição para o Coletivo que a equipe tenha uma noção de grupalidade pautado pelo apoio, trocas e circulação de afetos e que tenham pausas, momentos para reflexão sobre as práticas, bem como o suporte para processos de aprendizagem e incorporação de dispositivos de formação e intervenção, como a supervisão clínico-institucional, permitindo com isso, a permanente organização dos processos de trabalho e do cotidiano, e a construção e discussão coletiva do casos acompanhados (Onocko-Campos, 2014).

Especialmente no campo da saúde mental infantojuvenil, em que crianças e adolescentes são frequentemente colocados à margem de seus próprios desejos e da possibilidade de escolha sobre si, é fundamental estimular espaços coletivos de alteridade que reconheçam suas subjetividades e concepções de mundo. Trata-se de um público heterogêneo, cujas expressões subjetivas são atravessadas não apenas por uma história individual, mas também por contextos históricos e pelas posições que essas crianças e suas famílias ocupam na sociedade. Essas posições são determinadas por marcadores sociais como gênero, etnia e cultura. Assim, é necessário afirmar que as infâncias são plurais, mesmo entre aquelas que vivem na mesma sociedade (Cruz, 2008)

Nesse sentido, a proposta do Coletivo convoca a equipe a se implicar no campo das forças instituintes e resgatar aquilo que, em dado momento, foi forte e potente: os espaços de escuta, de invenção, de produção coletiva do cuidado. A inovação do Coletivo, portanto, não reside em sua novidade, mas na sua capacidade de manter-se aberto à diferença, ao devir e às reinvenções possíveis de cada território e tempo.

4.6. Produto Técnico - Podcast: O Coletivo como Dispositivo de Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil

Esse eixo tem como objetivo apresentar e descrever o produto técnico desenvolvido como desdobramento desta dissertação. Optei pela modalidade de divulgação científica, por meio da produção de um podcast, com a finalidade de responder à necessidade de ampliar o debate e a visibilidade sobre as práticas desenvolvidas no Coletivo.

Para a realização do Podcast, convidei Cleia Ferreira, uma assistente social que foi residente no CAPSi em questão, onde também atuou e desenvolveu sua pesquisa de conclusão de curso sobre os Coletivos. Sua participação foi motivada não apenas pela experiência prática, mas também pelo interesse e iniciativa em produzir conhecimento a partir dessa vivência.

No programa, Cleia relata ter conhecido o Coletivo durante sua residência multiprofissional, onde inicialmente se surpreendeu com o modelo por romper com práticas profissionais tradicionais, como a supremacia dos atendimentos individualizados. O que mais a encantou foi a construção coletiva das intervenções, a troca constante entre os profissionais e o protagonismo conferido aos usuários. Ela explica que, no CAPSi, os Coletivos são organizados por faixa etária, são abertos, sem exigência de diagnóstico, sem tempo fixo de permanência e com estímulo ao vínculo com diferentes profissionais da equipe.

Sua pesquisa, realizada neste mesmo campo, buscou compreender as percepções dos profissionais sobre o funcionamento do Coletivo, suas potencialidades e desafios. Por meio de entrevistas com sete profissionais com experiência no serviço, Cleia identificou como pontos fortes a horizontalidade, o acolhimento, o protagonismo dos usuários e a possibilidade de atuação integrada das equipes. Por outro lado, os principais desafios relatados foram a sobrecarga de trabalho, a falta de espaços adequados e a precarização das condições laborais.

A nossa conversa aprofundou-se em reflexões teóricas e práticas, conectando a experiência com os conceitos de Oury, como a função terapêutica do coletivo, a produção de espaços de fala e a potência do encontro com a diferença. Ambas criticamos e debatemos sobre a persistência do modelo biomédico centrado no diagnóstico e ressaltam a importância de vínculos e da escuta qualificada. Comentam ainda a importância da participação dos médicos nos Coletivos, o que nem sempre é comum em outros serviços, além da resistência que ainda existe em torno da atuação grupal compartilhada.

A entrevista também traz críticas estruturais à precarização dos serviços públicos de saúde mental, especialmente quanto à dependência de residentes para manutenção das atividades e à ausência de políticas que garantam a territorialização do cuidado. A distância entre os territórios de origem dos usuários e a localização do serviço dificulta o acesso e limita a atuação territorial. Nesse contexto, destacam a relevância das assembleias e da politização das famílias como estratégias para fortalecer a defesa dos direitos dos usuários.

Por fim, Cleia afirma que sua pesquisa busca contribuir tanto para a comunidade científica quanto para os profissionais da prática, ao dar visibilidade a uma experiência concreta de cuidado psicossocial que descentraliza o diagnóstico e prioriza o sujeito e suas relações. Complementamos destacando que, embora os princípios do Coletivo já estejam preconizados nas políticas públicas, sua implementação efetiva ainda representa uma inovação em muitos contextos. Ambas encerram o episódio reforçando a importância da construção coletiva, da divulgação científica acessível e da valorização de práticas que resistem às lógicas hegemônicas em saúde mental.

Realizar essa interlocução foi extremamente enriquecedor, não apenas por ampliar o debate e a disseminação dessa proposta, mas também por observar como os achados da pesquisa de Cleia convergem com as reflexões desenvolvidas ao longo desta dissertação, evidenciando a potência do Coletivo enquanto dispositivo de cuidado em saúde mental infantojuvenil.

O episódio fica disponível na íntegra neste link:
<https://spotifycreators-web.app.link/e/w7zvBkQ0FUb>

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu lançar luz sobre o Coletivo enquanto um dispositivo singular de cuidado em saúde mental infantojuvenil. Por meio da cartografia, foi possível traçar um plano das formas e forças que atravessaram a natureza histórica de constituição do Coletivo. Dito isso, busquei revelá-lo enquanto prática viva e instituinte, que resiste às lógicas hegemônicas por meio da escuta, da horizontalidade e da invenção cotidiana. Sua potência não está em se constituir como um modelo pronto ou replicável, mas na capacidade de convocar práticas colaborativas, afetivas e territorializadas. Sustentá-lo exige compromisso ético-político da equipe, apoio institucional e abertura permanente ao devir dos sujeitos, das relações e dos territórios que o atravessam.

Esse modo de cuidado, alicerçado nesses princípios, expressa a articulação entre usuário, família, equipe e rede. Sua essência está na troca, na potência de ser afetado pelo encontro e na construção de vínculos. O que é terapêutico não se dá apenas nas técnicas, mas nas relações: é na confiança e nos espaços de acolhimento, validação e pertencimento que se constrói o cuidado. Mesmo quando atravessado por incertezas ou pelo caos, o Coletivo permanece como espaço aberto ao novo, à criação e à reinvenção. O sofrimento que une os usuários pode, ali, ser acolhido e elaborado pela via dos bons encontros. Trata-se de um trabalho vivo, onde afeto, autonomia e resistência se produzem no ato.

Assumir o Coletivo como perspectiva de cuidado é também afirmar a política pública em saúde mental e os referenciais da atenção psicossocial. Implica, contudo, manter uma postura crítica e atualizada diante das conjunturas políticas, sociais e culturais que atravessam práticas, normas, relações e processos de subjetivação. É preciso fazer frente à precarização e à captura das práticas por modelos técnicos e burocratizantes que esvaziam o encontro e a invenção.

No campo da Saúde Coletiva, o estudo contribui para o debate sobre a saúde mental infantojuvenil e seus dispositivos de cuidado. Traz experiências que tensionam o cuidado tradicional e o potencializam, incorporando a co-gestão, a clínica ampliada, as residências em saúde, a noção de direito à cidade e a inclusão do território como dispositivo fundamental de intervenção.

Considerando a incipiência em relação aos estudos sobre saúde mental infantojuvenil e os seus dispositivos de cuidado, espero que este estudo possa fomentar reflexões e debates entre aqueles que se propõem a atuar na saúde mental a partir de uma lógica não patologizante, contribuindo para a reinvenção das práticas mesmo em contextos de precarização e sobrecarga.

Esta pesquisa também se configurou como um processo de construção e reconstrução pessoal. Revisitar o Coletivo foi como percorrer uma linha do tempo afetiva, marcada pelas experiências vividas e pelas narrativas escutadas. O Coletivo de hoje não é o mesmo que vivenciei há um ano, tampouco o mesmo descrito por outros ao longo dos últimos dez ou vinte anos. E assim deve ser: os sujeitos mudam, o contexto se transforma, as políticas se reconfiguram.

Ao retornar ao Coletivo, não mais como trabalhadora, mas como pesquisadora, me deparei com a sensação de decadência e com uma idealização nostálgica do passado. Meu esforço, no entanto, foi o de captar as potências que ainda habitam essa história e essas relações, formas micropolíticas de resistência que insistem, mesmo diante do desgaste, da precarização e da desesperança que atravessam as trabalhadoras e os trabalhadores.

Retomar o Coletivo, mais do que como um conceito ou uma técnica, é um convite à memória, à reinvenção e ao cuidado como criação coletiva e afetiva.

6. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectiva acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 351-361, 2022.

ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 65-75, abr. 2020.

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.

ALVES COSTA, K. B. et al. Regionalização da saúde mental: distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no estado da Bahia. *REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde*, [S. l.], v. 4, n. 00, p. 123-133, 2021.

ALVES, F. C. C.; BRANDÃO, M. B. F.; BACELAR JUNIOR, A. J. A medicalização da infância na contemporaneidade: revisão integrativa. *Mental*, Barbacena, v. 13, n. 24, p. 1-25, dez. 2021.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: AMARANTE, P.; WHITAKER, R. (orgs.). *Desmedicar: a luta global contra a medicalização da vida*. São Paulo: Zagodoni, 2024. p. 71-82.

AMORIM, S. C. de. *Uma ideia de cartografia*. 2010. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

ARIÈS, P. *A história social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1978.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2006.

BARROS, L. P. de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BELTRAME, R. L.; GESSER, M.; SOUZA, S. V. de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, v. 24, e42566, 2019.

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*, v. 24, n. 2, p. 401–410, 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

BRASIL. 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. Diário Oficial Eletrônico, Brasília, DF, 09 abr. 2001, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza normas constantes da Portaria MS/SAS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992 e estabelece os centros de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS I II e CAPS ad II. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental: 1990-2004, 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a, p. 125-36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações: de 2005 a 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: MS, 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências

CAMPOS, G. W. de S. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições — o método da roda. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 240 p.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CARVALHO, A. L. Relato de experiência sobre o Coletivo de Jean Oury em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. 2024. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – Modalidade Residência Multiprofissional) – Escola de Governo Fiocruz, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde*. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Relatório Nacional Consolidado da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Domingos Sávio*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023.

COELHO, V. A. A. et al. Regionalização da atenção psicossocial: uma visão panorâmica da Rede de Atenção Psicossocial de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 5, p. 1895-1909, 2022.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

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, v. 27, n. 1, 2015.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Organizações & Democracia*, Marília, SP, v. 11, n. 1, p. 31–46, 2022.

DELEUZE, G. *Spinoza e a filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Técnica nº 1/2018 – SES/SAIS/COASIS/DISSAM. Critérios para encaminhamento de crianças e adolescentes para os serviços de saúde mental infantojuvenil da atenção secundária. Brasília: SES-DF, 2018.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Serviços de Saúde Mental. *Relatório: Saúde Mental do DF em Dados*. Brasília: SES-DF, 2022.

ESCÓSSIA, L. da. O coletivo como plano de criação na saúde pública. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 689–694, 2009.

- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. *Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. 207p
- FERNANDES, A. D. S. A. et al. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, Ahead of Print, 2020.
- FERREIRA, T. P. da S.; NORO, L. R. A. Residências multiprofissionais em saúde mental no Brasil: projetos pedagógicos e diálogos com a práxis antimanicomial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 4, p. e17332023, abr. 2025.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.
- FIOCRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: crianças na pandemia COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- FRANÇA, V. N. de; COSTA, I. I. da. Da clínica do olhar à clínica da escuta: uma passagem pela clínica da reforma no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. In: AMPARO, D. M. do; LAZZARINI, E. R.; SILVA, I. M. da; POLEJACK, L. (org.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. v. 3. p. 761–778, 2017.
- FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-171.
- FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 102–114, abr. 2015.
- FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.
- GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- GONÇALVES, L. G. et al. Participação infantil no cuidado em saúde mental: um grupo GAM no CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 41, 2021.

- GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, v. 33, n. 1, p. 151–161, jan. 2007.
- GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. Tradução de Suelly Rolnik. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Ideias e Letras, 2004.
- GUATTARI, F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Tradução de Ana Lúcia de Oliveira; Lúcio Costa. 5. ed. São Paulo: Editora 34, 2006.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.
- HUR, D. U. O dispositivo de grupo na esquizoanálise: tetravalência e esquizodrama. *Vínculo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 18–26, jun. 2012.
- HUR, D. U. *Psicologia, política e esquizoanálise*. Campinas: Álinea, 2024.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 32–50.
- KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 76–91.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2014.
- LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- LOURAU, R. *A análise institucional*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.
- LOURAU, R. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- LEITÃO, I. B.; AVELLAR, L. Z. 10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 165–183, 2020.
- LIMA, C. C.; FRANÇA, V. N. de. Desafios para a clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Distrito Federal. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 43–58, 2022.
- LIMA, E. M. F. de A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593–606, jul. 2014.
- MACEDO, J. P.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. Saúde mental infantojuvenil: desafios da regionalização da assistência no Brasil. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 121–131, abr. 2018.

- MACHADO, A. P.; RICCI, É. C. A intersetorialidade na saúde mental infantojuvenil: articulações entre um CAPSi e Unidades de Acolhimento. *Revista de Psicologia da UNESP*, Assis, v. 19, n. esp., p. 190–205, dez. 2020.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, 2003.
- MATOS-DE-SOUZA, R.; MEDRADO, A. C. C. Dos corpos como objeto: uma leitura pós-colonial do ‘Holocausto Brasileiro’. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, p. 164–177, jan./mar. 2021.
- MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: AMARAL, H.; MERHY, E. E. (org.). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. p. 55–66.
- MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: _____. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153–164, 2014.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Permanent education in health: a review. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. *Situação da saúde mental no DF*. Coordenação: Izis Moraes Lopes dos Reis. Brasília, DF: MPDFT, 2023. 277 p.
- NUNES, C. K. et al. Saúde mental na atenção básica: uma rede rizomática para infância e adolescência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 13, e8, p. 1–18, 2023.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Sejam heterogêneos: contribuições para o exercício da supervisão clínico-institucional em saúde mental. In: ONOCKO-CAMPOS, R. *Psicanálise e saúde coletiva: interfaces*. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 148–172.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. e00156119, 2019.
- OPAS. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*, 2018. Washington, D.C.: OPAS, 2018.
- OPAS. *Política para melhorar a saúde mental: 170ª sessão do Comitê Executivo*. Washington, D.C.: OPAS, 2022.
- OPAS. *Declaração de Caracas: Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)*. Caracas: OMS/OPAS, 1990.

OURY, J. *O Coletivo*. São Paulo: Hucitec, 2009.

PARENTE, B. O. C.; COSTA, P. H. A. Os caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, [S. l.], v. 14, n. 40, p. 1–29, 2022.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71–79, jan. 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012a. p. 17–31.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012b. p. 137–151.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, p. e0024678, 2020.

PRADO, G. A. S.; MOURA, M. A. S. R. Da transversalidade à transdisciplinaridade: cuidado e trabalho em saúde. *Psicologia em Estudo*, v. 29, e55913, 2024.

REIS, L. B. et al. Children and youth mental health from the perspective of workers in a health network. *Psico-USF*, v. 28, n. 1, p. 179–190, jan. 2023.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 265–274, 2003.

LOURAU, R. *Analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

RESENDE, T. I. M. de; COSTA, I. I. da. Cuidado, ética e convivência em saúde mental: reflexões fenomenológicas. *Revista Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 24, n. 2, p. 226–233, ago. 2018.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 1, 2006.

RINALDI, D. L.; BURSZTYN, D. C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32–39, 2008.

RODRIGUES, H. B. C. À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 195–256. (Coleção Loucura & Civilização).

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2016.

ROSAS CARDOS, Â. M.; LIMA, M. da G.; ROCHA DA CUNHA, T. Interseccionalidade de vulnerabilidades infantojuvenis na atenção em saúde mental. *Revista Colombiana de Bioética*, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 70–87, dez. 2021.

- ROSA, C. M.; VERAS, L.; VILHENA, J. Infância e sofrimento psíquico: medicalização, mercantilização e judicialização. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 226–245, ago. 2015.
- SILVA, E. A. O trabalho em equipe na saúde mental: construções rizomáticas e (re)invenções. *Revista NUFEN*, v. 11, n. 2, p. 1–18, 2019.
- SANTOS, N. I. S. Movimento Institucionalista e Análise Institucional no Brasil. *Revista Sociais e Humanas*, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 55–62, 2010.
- SAFATLE, V.; JÚNIOR, N. da S.; DUNKER, C. (org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica, 2020.
- SANTOS, R. P. dos et al. Análise ética dos impactos da pandemia de COVID-19 na saúde de crianças e adolescentes. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, n. esp., e20210460, 2022.
- SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51–67, 2019.
- TAUSCH, A. et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *Lancet Regional Health – Americas*, v. 5, 2022.
- TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015.
- TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e290108, 2019.
- TOFANI, L. F. N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021.
- TOSQUELLES, F. *Uma política da loucura*. Compilação de Anderson Santos. Contribuição de Vladimir Safatle. São Paulo: Ubu Editora, 2024.
- YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, p. 1–9, 2009.
- YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/80, p. 27–37, 2008.

7. APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro Semiestruturado

Perguntas Norteadoras

- 1) Processos de Trabalho. Conte um pouco sobre:
 - o As principais atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho no Coletivo;
 - o O fluxo de atendimento do Coletivo;
 - o Agenda semanal dos Coletivos;
 - o As especificidades da atuação no Coletivo.
 - o A diferença do trabalho em Coletivo com outras experiência profissionais que já teve;
- 2) Relação com os usuários. Conte um pouco sobre:
 - o Como é o atendimento à população infantojuvenil nos Coletivos;
 - o As principais necessidades em saúde desse público;
 - o Como você responde às principais necessidades em saúde do público;
 - o Se você percebe diferença entre o atendimento a esse público/serviço e outros.
- 3) Relação com outros membros da equipe. Conte um pouco sobre
 - o A divisão do trabalho na equipe durante os Coletivos;
 - o Como é a relação de trabalho com outros profissionais;
 - o Como você articula o seu trabalho com o de outros profissionais;
 - o Quais são as dificuldades/contribuições encontradas na relação com os outros profissionais no exercício do trabalho no Coletivo.
- 4) Relação com outros setores. Conte um pouco sobre:
 - o Como você percebe articulação do cuidado deste público com outros setores;
 - o Como a articulação com outros setores se dá prática;
 - o Como se dá o trabalho do Coletivo no território.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sobre a pesquisa

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **O COLETIVO: UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO INOVADORA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL**, analisar as micropolíticas do trabalho em Coletivo no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil da Asa Norte, a partir das perspectivas da atenção psicossocial.

Considerando a histórica marginalização da Saúde Mental Infantojuvenil no debate e construção de políticas públicas sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, este estudo tem como relevância analisar e discorrer sobre possíveis práticas inovadoras de trabalho em um dispositivo de saúde, como o Coletivo, no campo do cuidado em saúde mental infantojuvenil sob uma perspectiva da lógica antimanicomial e psicossocial. Objetivando, também, identificar as interfaces e singularidades entre a “abordagem do Coletivo” e atenção psicossocial infantojuvenil, caracterizar o processo de trabalho, no Coletivo, enquanto uma tecnologia de cuidado, e investigar as potencialidades, desafios e inovações do trabalho em Coletivo para o campo do cuidado da saúde mental.

Será utilizada uma metodologia participante nomeada Cartografia, que terá como finalidade mapear possíveis relações, pistas e construções que possibilitarão a compreensão de determinados fenômenos. Por ser uma metodologia participativa, será utilizada observação participante em que a pesquisadora irá participar do cotidiano do trabalho e fazer anotações em diário de campo e também entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores do Coletivo.

A relevância do presente estudo tem como base a garantia da dignidade humana, o seu desenvolvimento saudável e o cumprimento das leis e políticas em saúde vigentes, buscando, cada vez mais, melhorar as condições de vida da população e acesso à saúde.

Sobre a sua participação

O trabalho está sendo desenvolvido pela psicóloga Luciana Pelucio Ferreira, como fruto da pesquisa para o desenvolvimento da sua Dissertação de Mestrado, vinculada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. A sua participação nessa pesquisa contribuirá para o conhecimento, fruto do trabalho desenvolvido na pesquisa, e consiste nas realizações de entrevistas em dia e local previamente combinado, de acordo com sua disponibilidade.

Sua participação não acarretará em nenhum custo, uma vez que as entrevistas serão conduzidas durante sua jornada de trabalho e previamente acordadas com a gestão do serviço. Todos os procedimentos precisam ser registrados, e as entrevistas serão gravadas, apenas em voz, para sua transcrição posterior. O seu nome e outras informações de identificação que liguem você a este estudo serão omitidos em todos os registros escritos e serão mantidos pela pesquisadora, garantindo o seu anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

Os cuidados éticos necessários tornam essa pesquisa com baixo fator de riscos, não comprometendo aspectos do seu bem-estar físico e psicológico. Caso haja dano provocado por sua participação nesta pesquisa, a pesquisadora será responsável por acolher e articular a rede em prol de seu cuidado, inclusive garantindo seu direito indenizatório.

Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Se depois de consentir em sua participação, você pode desistir de continuar participando. Você possui o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF(CEP/FEPECS). As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante de pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com ou por contato telefônico: (61) 2017-2132 ramal 6878.

Sua assinatura abaixo indica que você leu, esclareceu dúvidas e livremente concordou em participar. Caso tenha alguma questão ou dúvida, basta entrar em contato com a pesquisadora. O nome e o telefone se encontram ao pé desta página.

Agradecemos sua atenção e cooperação.

Data_____/_____/_____

Nome:_____

Telefone para contato: _____

E-mail:_____

Assinatura

Pesquisadora:

Luciana Pelucio Ferreira

Telefones: (61) 999972472

E-mail: luciana.pelucio@gmail.com

8. ANEXO

Anexo A - Parecer de aprovação CEP

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS/SES/DF	
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O COLETIVO: UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO INOVADORA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?

Pesquisador: Luciana Pelucio Ferreira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 81755624.8.0000.5553

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.345.097

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda apresentada ao projeto de pesquisa intitulado: "O COLETIVO: UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO INOVADORA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL?", aprovado em 26/09/2024, conforme Parecer Substanciado nº7.102.704.

Objetivo da Pesquisa:

O(s) objetivo(s) da Emenda apresentada é (são):

(x) Inclusão e Exclusão de Pesquisadores

Trata-se de inclusão da pesquisadora Natália Veras Botelho da Costa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Emenda apresentada:

(x) Não gerará riscos e/ou benefícios adicionais aos participantes da pesquisa

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Tênis, Sala CEP			
Bairro: ASA NORTE		CEP: 70.710-907	
UF: DF	Município: BRASILIA		
Telefone: (61)3345-7895	E-mail: cep@fepecs.edu.br		

**FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF**



Continuação do Processo: 7.345.087

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

*Item 1:

A Pesquisa foi aprovada há mais de 6 meses (considerando a data da aprovação e a data da recepção da Emenda pelo CEP)?

☒ NÃO

☐ SIM

*Item 2:

Caso a resposta do Item 1 tenha sido "SIM", o(a) pesquisador(a) encaminhou NOTIFICAÇÃO ao CEP apresentando o Relatório Parcial Semestral?

☐ NÃO

☐ SIM

* Item 3:

O(a)pesquisador(a)responsável apresentou a(s) seguinte(s) justificativa(s) para sua proposta de Emenda:

"A referida pesquisadora incluída no projeto como assistente é aluna de graduação da Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, mesmo instituição pela qual a pesquisadora está vinculada no desenvolvimento de sua pesquisa de mestrado. A inclusão se dá pelo apoio no desenvolvimento dessa pesquisa, produção, sistematização e análise dos dados."

A JUSTIFICATIVA APRESENTADA FOI:

☒DEFERIDA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A) A Carta de encaminhamento de Emendas foi apresentada:

☒ SIM

☐ NÃO

B) Há necessidade do(a) pesquisador(a) apresentar algum outro documento relacionado com a proposta da Emenda:

☐ SIM

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Tâmeo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3345-7895 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 7.345.087

(x) NÃO

OBS: Foi devidamente apresentado o currículo lattes da pesquisadora Natália Veras Botelho da Costa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

* EMENDA APROVADA

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_247073_2_E1.pdf	10/12/2024 12:04:56		Aceito
Outros	Carta_para_Encaminhamento_de_Emergencias.pdf	10/12/2024 12:02:30	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	curriculo_natália.pdf	04/12/2024 11:36:23	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Brochura.pdf	20/09/2024 17:19:01	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Carta_de_respostas.pdf	20/09/2024 17:16:11	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.pdf	20/09/2024 17:11:54	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisador_Luciana.pdf	29/08/2024 09:37:34	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	11/07/2024 14:34:51	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_do_Pesquisador.pdf	11/07/2024 14:12:03	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Curriculo_orientador.pdf	11/07/2024 12:35:42	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_do_Projeto_de_Pesquisa.pdf	11/07/2024 12:35:04	Luciana Pelucio Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	03/06/2024	Luciana Pelucio	Aceito

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Tâmeo, Sala CEP
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3345-7895 E-mail: cep@fepecs.edu.br

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE - FEPECS/SES/DF



Continuação do Parecer: 7.345.067

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20:22:43	Ferreira	Aceito
----------------	--------------------	----------	----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 25 de Janeiro de 2025

Assinado por:
Estela Ribeiro Versiani
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Tênis, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-907
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3345-7895 **E-mail:** cep@fepecs.edu.br