



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Andressa Laís Rocha

**O Uso de Grupos Focais com Crianças na
Avaliação de um Serviço de Saúde Mental na
Atenção Primária de Saúde**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde
Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Terezinha Ferrero Martin

**Botucatu
2016**

Andressa Laís Rocha

O Uso de Grupos Focais com Crianças na
Avaliação de um Serviço de Saúde Mental na
Atenção Primária de Saúde

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde
Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferrero Martin

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Rocha, Andressa Laís.

O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde / Andressa Laís Rocha. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Sueli Terezinha Ferrero Martin
Capes: 40602001

1. Grupos focais (Técnica de entrevista). 2. Criança - Saúde mental. 3. Serviços de saúde mental - Avaliação. 4. Atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Criança; Grupos Focais; Psicologia sócio-histórica; Saúde mental.

Agradecimentos

Durante o processo de idealização e construção deste trabalho meu caminho se cruzou com o de muitas pessoas e tantos foram os momentos em que estas contribuíram para que esta dissertação se tornasse possível e real.

Agradeço à Sueli, cuja sensibilidade e coerência me inspiram, pela amizade e a feliz experiência de trabalhar ao seu lado. Por todo ensinamento, paciência e confiança a mim transmitidos e por ter acolhido minhas angústias e inseguranças surgidas nesse trajeto com afeto e delicadeza todo o tempo. E especialmente, agradeço por ter me apresentado à psicologia sócio-histórica.

Aos meus pais e meu irmão, pela paciência, união, amor e apoio infindáveis.

A todos os colegas dos Grupos de Estudos e Pesquisas “Psicologia Histórico-Cultural e Saúde Coletiva” e NEPPM “Núcleo de Psicologia Social, Educação e Saúde: Contribuições do marxismo”, pela companhia sempre agradável, os momentos de escuta e acolhimento, os ricos diálogos e as indispensáveis contribuições a mim ofertadas.

Aos amigos Cintia, Danilo e Silvia, pelos valiosos aportes a este trabalho e pelo incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional, seus esforços dedicados ao serviço de saúde mental são admiráveis. A todos os trabalhadores do Centro de Saúde Escola, em especial aqueles que compõem a equipe do serviço de arquivo, agradeço pela atenção e solicitude constantes.

Minha gratidão à Prof^ª. Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani, pela disponibilidade em todo o processo de construção deste trabalho, dedicação, sugestões, escuta nos momentos de dificuldades e pela ajuda imprescindível na coleta de dados com os grupos focais.

Meu agradecimento aos membros das minhas bancas de qualificação e defesa, Prof^ª. Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani, Prof^ª. Dr^ª. Sônia Margarida Gomes Souza e Prof. Dr. Ângelo Antônio Abrantes pela leitura minuciosa e as valiosas contribuições dedicadas a esta dissertação.

Aos professores, à coordenação e aos colegas do Programa de Saúde Coletiva. Ao Prof. Dr. Adriano Dias por ter me auxiliado às rotinas burocráticas referentes à minha bolsa de estudos.

Agradeço, especialmente, a todas as crianças que participaram deste trabalho e aos seus familiares, sem os quais a concretização dessa dissertação jamais seria possível.

Meu afetuoso agradecimento ao Rafael, que me acompanha e se fez presente durante todo o processo de realização deste trabalho, por jamais permitir que eu descreditasse dos meus desejos e que com sua lealdade e compreensão constantes ajuda a trilhar meu caminho pessoal e profissional.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

Resumo

ROCHA, A. L. **O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde.** 2016. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

O grupo focal é um método de pesquisa qualitativa que reúne sujeitos que possuam alguma relação ou característica comum, utilizado a fim de apreender conteúdos a partir da discussão de um tema específico. Embora amplamente utilizado com adultos, tal técnica é pouco explorada em pesquisas com crianças, sendo restritas as referências literárias que abordem o assunto. As construções do trabalho teórico, do caminho metodológico da pesquisa empírica e das análises realizadas nessa dissertação, tiveram como base a perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, sobretudo na concepção do desenvolvimento psíquico infantil. A presente dissertação tem como objeto de estudo a fundamentação e o desenvolvimento da utilização da técnica de grupo focal com crianças, enquanto meio de inclusão desses sujeitos como participantes ativos em investigações qualitativas, valorizando os conteúdos produzidos por seus discursos, sobretudo na avaliação de um serviço público de saúde mental infantojuvenil, inserido na atenção primária de saúde. Foi realizado o levantamento de informações institucionais para identificação de crianças entre oito e dez anos de idade que, segundo os critérios de inclusão na pesquisa, constituiriam dois grupos focais distintos, um com crianças que já haviam se desvinculado do serviço de saúde mental infantojuvenil e outro formado por crianças que permaneciam em processos psicoterápicos no serviço. O primeiro, Grupo A, contou com a participação de três crianças no primeiro encontro e duas no segundo e, no Grupo B, participaram sete crianças reunidas em um único encontro. A análise dos conteúdos produzidos em ambos os grupos foi realizada a partir de três temáticas: (A) Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental; (B) A técnica qualitativa de grupo focal infantil e; (C) Avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil. Com base nos resultados foi constatado que o comportamento das crianças e os diálogos por elas produzidos refletem o momento em seu desenvolvimento psíquico, suas experiências de vida e o cuidado que estes sujeitos demandam em saúde mental. Verificou-se que a técnica de grupo focal se configura um meio de captar o discurso da criança, reconhecendo o direito à participação ativa desses sujeitos em pesquisas qualitativas ao valorizar suas concepções. Também foi identificado que as características referentes à técnica foram condizentes com aqueles apontados nas publicações literárias existentes a respeito do tema, as atividades lúdicas e a moderação dos grupos influenciam significativamente na produção de conteúdos em pesquisas com crianças. Em relação à avaliação qualitativa do serviço, o discurso das crianças se manteve direcionado à descrição de aspectos concretos relacionados ao espaço físico e à dinâmica dos atendimentos psicoterápicos por elas vivenciados, sem o aprofundamento do processo mais complexo que o envolve.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Criança; Grupos focais; Psicologia Sócio-Histórica; Saúde Mental.

Abstract

ROCHA, A. L. **The use of focus groups with children in the evaluation of mental health services in primary health care.** 2016. 134 f. Dissertation (Master's) – Faculty of Medicine in Botucatu, University of São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”.

The focus group is a method of qualitative research that brings together individuals who have some relation or common trait used to grasp content from the discussion of a particular topic. Although widely used with adults, this technique is little explored in research with children, being restricted literary references that address the issue. The buildings of the theoretical work of a methodology of empirical research and analyzes in this dissertation were based on the perspective of the Socio-Historical Psychology, especially in the design of children's mental development. This work has as object of study the reasons and the development of the use of focus group technique with children, as a means of including such subjects as active participants in qualitative research, valuing the content produced by his speeches, especially in the evaluation of a service public infant juvenile mental health, inserted into the primary health care. We conducted a survey of institutional information to identify children between eight and ten years of age, according to the criteria for inclusion in the research, constitute two separate focus groups with children who had already disconnected the infant juvenile mental health service and other formed by children who remained in psychotherapeutic processes in service. The first Group A, with the participation of three children in the first meeting and two in the second and in Group B, participated seven children gathered in one meeting. The analysis of the content produced in both groups was carried out from three themes: (A) Conditions of psychic development and care needs in mental health; (B) The qualitative technique of child and focus group; (C) Evaluation of infantojuvenil mental health service. Based on the results it was found that the behavior of children and the dialogues they produce reflect the time in their psychological development, life experiences and the care that these subjects require mental health. It was found that the focus group technique configures a means to capture the speech of the child, recognizing the right to active participation of these individuals in qualitative research to value their ideas. It was also identified that related to technical characteristics were consistent with those indicated in the existing literary publications on the subject, the play activities and moderation of groups significantly influence the production of content in research with children. Regarding the qualitative evaluation of the service, the speech of children remained directed to the description of specific aspects related to the physical space and the dynamics of psychotherapeutic care for them experienced without the deepening of the most complex process that involves.

Keywords: Primary Health Care; Child; Focus Groups; Psychology socio-historical; Mental health.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Identificação dos participantes – Grupo A..... 77

Quadro 2 - Identificação dos participantes – Grupo B..... 78

Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CSE	Centro de Saúde Escola
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
GF	Grupo focal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NEPPEM	Núcleo de Psicologia Social, Educação e Saúde: Contribuições do Marxismo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMAR	Universidade de Marília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - A ATENÇÃO DESTINADA À CRIANÇA NO BRASIL.....	18
1.1 PERCURSO HISTÓRICO	19
1.2 SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	25
CAPÍTULO 2 - DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO NA CRIANÇA.	33
CAPÍTULO 3 - GRUPOS FOCAIS NA PESQUISA COM CRIANÇAS	43
3.1 CONCEITUAÇÃO E ORIGEM DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL.....	46
3.2 CARACTERÍSTICAS DO USO DA TÉCNICA DE GRUPO FOCAL	48
3.3 ESPECIFICIDADES NO USO DE GRUPOS FOCAIS COM CRIANÇAS.....	53
4 OBJETIVOS	58
4.1 OBJETIVO GERAL	58
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
5. METODOLOGIA.....	59
5.1 O MÉTODO NA PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA.....	59
5.2 LOCAL DA PESQUISA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	63
5.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	68
5.3.1 Grupos focais infantis.....	69
5.3.2 Análise dos dados	72
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	73
6. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE	75
6.1 OS GRUPOS FOCAIS INFANTIS	76
6.1.1 Caracterização dos participantes	77
6.1.2 Trajetória dos participantes no serviço de saúde mental infantojuvenil	79
6.2 ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS INFANTIS.....	89
A. Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental	89
B. A técnica qualitativa de grupo focal infantil	96
C. Avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil	105
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117

REFERÊNCIAS	121
APÊNDICES	129

Apresentação

Minha afinidade pelos campos da saúde pública e mental surgiu ainda durante minha graduação em Psicologia¹. Nesse período, meu contato com tais áreas ficou restrito principalmente às aulas teóricas na universidade, sendo que minha experiência mais próxima com a rede pública de saúde foi através de um estágio curricular em psicologia hospitalar, apesar de breve, significativo e relevante à minha trajetória profissional.

Meu interesse em atuar nessa área pôde ser concretizado a partir da experiência de realização do meu Aprimoramento Profissional em Psicologia em Saúde Pública², após minha formação inicial. Durante toda sua realização trabalhei em um serviço de saúde mental, inserido na atenção básica do município de Botucatu, onde passei a residir. E é nesse mesmo serviço que a minha investigação com crianças, traduzida através desta dissertação, se desenvolveu.

O meu gosto pela pesquisa e o contato com a população durante esse período haviam me feito perceber a possibilidade existente entre a interface saúde coletiva e saúde mental e no decorrer do meu Aprimoramento me senti cada vez mais motivada a realizar um trabalho científico.

Ficou claro para mim que meu relacionamento com os usuários do serviço, incluindo na saúde mental infantojuvenil, deu margem ao desejo de ampliar o conhecimento teórico nessa área, mas assumo que a afeição pelo trabalho de pesquisa exclusivo com crianças somente se fortaleceu com minha inserção no mestrado acadêmico e início do meu projeto de pesquisa.

A dissertação aqui apresentada possui como objeto de estudo um método de investigação que se traduz pela possibilidade de diálogo entre um grupo de indivíduos reunidos com o propósito de discutirem um tema em comum e com o qual possuam determinada relação, mas que ainda se configura pouco

¹ Graduação em Psicologia pela Universidade de Marília (UNIMAR), concluída em dezembro de 2012.

² Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Psicologia em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Botucatu, concluído em Fevereiro de 2014, bolsista nesse período pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP).

usual com crianças, intitulado de Grupo Focal.

O principal objetivo deste trabalho é fundamentar e desenvolver o uso da técnica de grupo focal com crianças em pesquisas de caráter qualitativo, utilizando como temática a avaliação de um serviço de saúde mental infantojuvenil, inserido na atenção primária de saúde. A definição deste objeto de pesquisa foi sendo adquirida num intrincado e constante processo de apropriação deste tema de estudo, por isso, nessa produção, não nos incomoda a permanência de resquícios dos caminhos adotados, ao contrário, compreendemos que são esses os aspectos que dão a vivacidade requerida a todo trabalho acadêmico.

A primeira vez que tomei conhecimento da possibilidade deste tema, utilização da técnica de grupos focais com crianças ocorreu quando a professora responsável pela orientação desta dissertação me apresentou o projeto intitulado “Saúde mental infantojuvenil: avaliação de tecnologias de atenção de um serviço de saúde na atenção primária”³, com sua coordenação, que tem como a técnica de grupo focal um dos métodos adotados numa avaliação que conta com a participação de crianças e adolescentes em diversas faixas etárias, seus pais e/ou responsáveis e os trabalhadores do serviço.

O projeto inicialmente pensado para ser desenvolvido durante meu mestrado acadêmico, originado do estudo citado, enfatizava a avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil⁴ com o uso de outras técnicas de pesquisa além do grupo focal e voltada para crianças de uma faixa etária específica. Um projeto amplo, com uma proposta um tanto quanto audaciosa, que certamente teria restrições para ser concluído durante o período de curso do mestrado. Aliado a isso, a ideia de trabalhar com uma técnica não usual na pesquisa com crianças foi

³ Projeto de pesquisa apresentado para o Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição de 2012, aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa, com parecer nº 670.516, com o objetivo de avaliar um serviço de saúde mental infantil na atenção básica. Pesquisadora e coordenadora Prof^a. Dr^a. Sueli Terezinha Ferrero Martin; Pesquisadora principal Prof^a. Ass. Dr^a. Flávia Helena Pereira Padovani; Equipe técnica Ms. Cintia Aparecida de Oliveira Nogueira (Psicóloga) e Danilo Lima Tealdi (Psicólogo).

⁴ O propósito de avaliar este serviço surgiu de uma necessidade expressa pela própria equipe profissional atuante na área no momento de idealização do projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação.

tomando nossa atenção e, gradualmente, o projeto foi se modificando.

Lembro-me bem das inúmeras vezes em que alguns colegas e professores demonstraram surpresa com a proposta de utilização da técnica de grupo focal infantil, principalmente pela restrição de pesquisas que se dedicam ao estudo e à utilização deste método com crianças. Em uma das disciplinas do programa em que tive a oportunidade de apresentar o projeto de mestrado, ainda no início do curso, uma das professoras chamou nossa atenção para o fato de que o trabalho que tínhamos que percorrer estruturando e adequando a técnica de grupo focal para o uso com as crianças já traria dados suficientes para a realização de uma dissertação de mestrado, já que este método é usualmente utilizado com a população adulta. Mas ainda não estávamos totalmente convencidas de que este seria o melhor caminho a ser tomado.

Ao mesmo tempo, recebíamos constantes notícias de um processo de transformação e deterioração das condições do serviço de saúde mental no qual esta pesquisa fora realizada, causando preocupações que nos fizeram delimitar o projeto às crianças, já que o atendimento à saúde mental infantil foi o único que não sofreu mudanças significativas. Assim, acabamos por optar pela participação unicamente das crianças na avaliação do serviço e determinamos usar somente o método de grupo focal infantil, mesmo com todos os indícios do potencial de uma pesquisa que investigasse propriamente o singular uso da técnica com crianças.

Seguimos até o exame de qualificação construindo o texto da dissertação num misto de valorização da avaliação do serviço de saúde mental e do método de investigação com as crianças, e foi, nessa etapa, a partir das contribuições da banca, que percebemos que o objeto de estudo ainda não se encontrava totalmente delimitado. Ao vivenciar esse momento nossas dúvidas se dissiparam, não poderia desconsiderar de forma alguma a avaliação do serviço, ela seria um dos componentes do trabalho, mas o principal objeto da dissertação passava a ser o desenvolvimento da técnica de grupo focal como forma de participação ativa de crianças em pesquisas científicas.

Impossível imaginar essa trajetória sem relembrar a relação com

aqueles que constituem os grupos de estudos e pesquisas dos quais participei, além da orientadora desta dissertação, os quais sustentaram junto a mim o desejo de trabalhar com a Psicologia Sócio-Histórica e o Materialismo Histórico-Dialético, abordagens que revestem as discussões construídas neste trabalho e pelas quais a criança é concebida nessa dissertação enquanto um sujeito de direitos inserido na sociedade.

Apesar da participação social da criança ter sido historicamente negada, este trabalho foi engajado com o propósito de não somente dar voz à criança, mas de desenvolver um meio pelo qual ela possa ser ouvida, ter seu discurso valorizado e suas concepções de mundo reconhecidas.

Nessa dissertação os primeiros capítulos apresentados, assim como seus desdobramentos, revestem teoricamente a investigação realizada e estão divididos entre: Capítulo 1 – A atenção destinada à criança no Brasil; Capítulo 2 – Desenvolvimento do psiquismo na criança e; Capítulo 3 – Grupos focais na pesquisa com crianças. Os objetivos e a metodologia, posteriormente, traduzem o caminho percorrido e os resultados, incluindo a análise dos conteúdos produzidos, se revelam. Por último, elucidamos nossas considerações finais a respeito da investigação percorrida.

CAPÍTULO 1 - A ATENÇÃO DESTINADA À CRIANÇA NO BRASIL

As discussões e análises construídas na presente pesquisa foram fundamentadas com base na Psicologia Sócio-Histórica, perspectiva que concebe a construção da criança e da infância pela via social e histórica. Em cada sociedade, num dado período histórico, há uma forma específica de compreensão da criança e da infância que determina a forma como as relações são com elas estabelecidas.

Não há como determinar uma definição absoluta e universal de criança e infância, estas são produzidas e contextualizadas de maneira particular em cada cultura no processo histórico, produto das relações entre os homens.

A concepção de criança e de infância é há tempos atravessada pela expressão do poder e do domínio adulto e reflete a contradição de classe existente no capitalismo, modo pelo qual a economia na sociedade brasileira está estruturada. (PEREIRA; RIZZINI; THAPLIYAL, 2007; SIQUEIRA, 2011).

a alteridade social da infância é determinada historicamente pela modificação nas formas de organização da sociedade. Na sociedade capitalista, na medida em que mudam a inserção e o papel social da criança na comunidade, a sociedade burguesa trata de administrar também o seu tempo da vida, portanto, sua infância (SIQUEIRA, 2011, p. 23).

A criança representa o sujeito e a infância o tempo deste sujeito, conforme explica Sousa (2015), existem distinções entre os dois termos. Para a autora:

O termo criança refere-se ao sujeito empírico, individual e concreto (ex. João, Maria, Júlia); infância se refere ao conjunto de conceitos, concepções, significados, ideias que definem e distinguem esse momento da vida humana, como distinto de outros do processo de vida do ser humano. Os significados de ambos os termos são produzidos sócio-historicamente e expressam o lugar ocupado pela criança no mundo adulto e as concepções de infância em dado contexto sócio-histórico (p. 73)

Existe uma mútua dependência na relação entre a criança e a infância. Siqueira (2011) afirma “criança e infância são interdependentes, já que não é

possível deixar de apreender na criança a infância, muito menos reconhecer que na infância há uma expressão da criança, mas as suas categorias não são as mesmas” (p. 23).

As discussões e análises apresentadas nesse trabalho seguirão os aspectos aqui fundamentados pelos autores referidos, admitindo a criança como um sujeito de direitos, capaz de construir sua própria concepção de mundo a partir do relacionamento que estabelece socialmente e historicamente e que é também determinado por suas singularidades e pelo momento de seu desenvolvimento psíquico.

1.1 Percurso histórico

A maneira com que a sociedade se refere à criança em um determinado período do tempo se atrela diretamente às formas de cuidado que são destinadas para essa população. Este item busca apresentar os modos de atenção e de “proteção” que foram destinados à criança no decorrer das mudanças políticas no país, utilizando uma perspectiva de historicidade.

Antes de adentrarmos os conteúdos que contemplam este item, façamos um parêntese sobre as classificações etárias adotadas para enquadrar a criança como indivíduo e que divergem entre as regras jurídicas existentes e as políticas sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) entende a criança como sendo a pessoa que possui entre zero e nove anos de idade completos, a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1990 (BRASIL, 1990a) estabelece como criança toda pessoa até 18 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), também de 1990 (BRASIL, 1990b), considera criança a pessoa até doze anos⁵. Ao concebermos a criança como sujeito social, ao trazer

⁵ Apesar de este trabalho ter seu objeto de estudo dirigido para a criança, parte dos conteúdos e dados aqui apresentados poderão também contemplar os adolescentes, assim utilizaremos a terminologia infantojuvenil sempre que pretendermos nos referir tanto à criança quanto ao adolescente.

questões relacionadas a ela e à infância, não nos cabe aqui estabelecer um limite etário à discussão.

Como já mencionamos, a ideia moderna de infância e as atuais relações familiares presentes na sociedade brasileira são organizadas pelas necessidades capitalistas (MIRANDA, 1991). Entretanto, a criança já possuiu um papel que a distanciava dos interesses da classe burguesa e lhe dava a possibilidade de decisão.

No século XVII, antes da formação e estruturação da sociedade industrial, as crianças conviviam com os adultos e partilhavam do trabalho e de seus jogos, sendo sua socialização através do convívio direto com a população em geral. Sua dependência maior se restringia apenas quando esta ainda necessitava de cuidados físicos mais específicos, até aproximadamente os sete anos de idade (MIRANDA, 1991).

Ao citar o historiador Philippe Ariès e sua obra “História social da criança e da família”, com a primeira publicação datada de 1960 na França e de 1978 no Brasil, Sousa (2015) afirma que:

O século XVII representa um marco na construção social da infância na modernidade. A pesquisa de Ariès demonstra que, naquele período histórico, multiplicam-se os retratos de crianças vivas, nasce o sentimento de infância, ocorre o início do interesse pela criança, aparecem os retratos de crianças sozinhas e retratos de família com a criança no centro da cena e também começam os primeiros registros da linguagem infantil. Essas transformações ocorridas na vida das crianças do século XVII marcam profundamente o lugar social ocupado por elas no mundo ocidental, desde então até os nossos dias (p. 78).

Com o aparecimento da burguesia no século XVIII, a criança se distancia do convívio com a sociedade adulta, ficando restrita à família e à educação escolar, passando a ser socializada somente por estas vias. Essa “retirada” do convívio com a sociedade, citada por Miranda (1991), torna-a exclusivamente consumidora dos bens e ideias produzidos pelos adultos. É nesse período que a concepção de criança se atrela à rejeição e marginalização no campo social, econômico e político.

A atenção destinada às crianças, e aos adolescentes, no Brasil é marcada pelo que Rizzini (2005) nomeia de “tradição de internação”, sendo estabelecida, segundo a autora, por “uma cultura de institucionalização” (p. 32). Seu início se origina ainda na Colônia com os filhos das famílias ricas.

Naquela época, devido à alta mortalidade e a preocupação com a educação das crianças, os colégios e demais instituições educacionais passaram a ser vistas como “a instituição ideal, onde a infância e a mocidade poderiam ser reservadas de qualquer mal, de qualquer influência perniciosa” (RIBEIRO, 2006, p. 31).

Muitos filhos de famílias ricas e dos setores pauperizados da sociedade passaram pela experiência de serem educados longe de suas famílias e comunidades. Colégios internos, seminários, asilos, escolas de aprendizes artífices, educandários, reformatórios, dentre outras modalidades institucionais surgidas ao sabor das tendências educacionais e assistenciais de cada época, foram sendo criados no País desde o período colonial. [...] Após a segunda metade do século XX, o modelo de internato cai em desuso para os filhos dos ricos, a ponto de praticamente serem inexistentes no Brasil há vários anos. Essa modalidade de educação, na qual o indivíduo é gerido no tempo e no espaço pelas normas institucionais, sob relações de poder totalmente desiguais, é mantida para os pobres, até bem recentemente, e, em certo grau, até os dias de hoje (RIZZINI, 2005, p. 31-32).

De acordo com a autora, se analisarmos a documentação histórica a respeito da assistência às crianças nos séculos XIX e XX, podemos observar que esta parcela da população mais vulnerável economicamente tinha na institucionalização o resultado do “apoio” oferecido pelo Estado naquela época. A esse respeito, Rizzini (2005) afirma:

O interesse desta análise centra-se nas iniciativas educacionais entrelaçadas com os objetivos de assistência e controle social de uma população que, junto com o crescimento e reordenamento das cidades e a constituição de um Estado nacional, torna-se cada vez mais representada como perigosa. A ampla categoria jurídica dos menores de idade (provenientes das classes pobres) assume, a partir da segunda metade do século XIX, um caráter eminentemente social, passando a caracterizar parte da

população infantil e juvenil pobre como alvo privilegiado da intervenção formadora/reformadora do Estado e de outros setores da sociedade, como as instituições religiosas e filantrópicas (p. 32).

Até a década de 1900, período marcado pela transição do Império à República, o cuidado à população pobre do país fica sob a responsabilidade da Igreja católica através de instituições como as Santas Casas, devido à inexistência de políticas sociais estabelecidas pelo Estado. Foi nessa época que se estabeleceu o “Sistema de Roda”, o qual tinha por finalidade o recolhimento institucional de crianças abandonadas (RIBEIRO; PAULA, 2013).

Num contexto em que a situação de pobreza era reconhecida como “geradora de ‘crianças abandonadas’” (BRASIL, 2014, p. 9), a República Velha fica marcada, como um período no qual as medidas de proteção à infância dependiam unicamente da filantropia, tendo como principal exemplo os modelos ideológicos e institucionais do médico higienista Arthur Moncorvo Filho. (REIS et al., 2010; WADSWORTH, 1999).

Tal modelo propiciou a expansão de diversas instituições de caráter filantrópico, organizadas sob a primazia do controle e da proteção, muitas vezes em detrimento do atendimento das necessidades de crianças e adolescentes.

Na lógica do isolamento dos “desviantes”, a privação de liberdade por intermédio da institucionalização foi um dos meios empregados para segregar crianças e adolescentes pobres, autores de atos infracionais, com deficiências e com transtornos mentais, entre outros tidos como “incapazes” (BRASIL, 2014, p. 9).

Com o estabelecimento da República, marcado pela transição entre a economia com modelo agroexportador para a industrialização e consequente urbanização, o Estado começa a assumir o controle dos cuidados relacionados à população infantojuvenil. Assim, surgiam novas formas de compreender a criança, e também o adolescente, nos campos jurídicos e sociais. (BRASIL, 2014). Em 1923 é criado o Juizado de Menores, com o primeiro juiz de menores da América Latina, Mello Mattos (nomeado em 1924). Surge então, o Código Mello Mattos (Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927).

Embora elaborado exclusivamente para o controle da infância abandonada e dos delinquentes de ambos os sexos, menores de 18 anos (art.1º), o Código Mello Mattos seria, apesar disto, o primeiro diploma legal a dar um tratamento mais sistemático e humanizado à criança e ao adolescente, consolidando normas esparsas anteriores e prevendo, pela primeira vez, a intervenção estatal nesta delicada seara social (AZEVEDO, 2007, p. 3).

Com a Revolução de 1930, se inicia a Era Vargas, assim denominada devido à assunção do presidente Getúlio Vargas no período de 1930 a 1945, e as transformações surgidas em seu governo também conhecido como Estado Novo. Aliado ao Movimento de Higiene Mental emerge o Serviço Social que tem, em seus profissionais, o engajamento de sua presença nos serviços de saúde mental do país (REIS et al., 2010) e, em 1942, é criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), órgão do Ministério da Justiça, que disponibilizava instituições de caráter correccional e repressiva, destinada a crianças e adolescentes “ator de ato infracional e para o menor carente e abandonado” (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 330).

Em 1946, com a volta das instituições democráticas, foi adotada uma nova Constituição no país. Nesse período o Poder Público inicia um processo de tensão e movimentação no intuito de seguir as recomendações da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e da Declaração dos Direitos da Criança (1959) “consagrando valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes” (BRASIL, 2014, p. 11). Nessa mesma época, foi instalado o primeiro escritório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no Brasil, em 1950 (RIBEIRO; PAULA, 2013).

No período que se sucedeu, durante o Regime Militar (1964-1979), outras legislações específicas para as crianças e adolescentes entraram em vigência no Brasil. Em 1964 foi criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM, Lei n.º 4.513, de 01 de Dezembro de 1964 (BRASIL, 1964 citado por RIBEIRO, PAULA, 2013) e, o Código de Menores de 1979, Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979 (BRASIL, 1979). No texto sobre atenção psicossocial às crianças e adolescentes (BRASIL, 2014), é possível

compreendermos a mudança ocorrida em comparação com o anterior Código Mello Mattos.

Em 1979 entrou em vigor o Código de Menores, caracterizado pelo entendimento de que existiam situações de risco na realidade infantojuvenil que precisavam ser controladas com internações em massa. Embora o referido código tenha incorporado avanços em relação à legislação anterior, ele manteve a conotação estigmatizante de crianças e adolescentes pobres como “menores”, o que representou um motivo de enormes críticas [...].

O Código de Menores era aplicado, em grande medida, a crianças e adolescentes que se encontravam em situações vulneráveis em decorrência de abandono, carência, vitimização em crimes ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração (p. 10).

Com a abertura democrática na década de 1980, as discussões a respeito da infância e da adolescência começam finalmente a se ampliarem entre dois divergentes grupos, de acordo com as autoras Ribeiro e Paula (2013), de um lado os que defendiam a manutenção do Código de Menores e, do outro, os que lutavam pela mudança e instituição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos.

O movimento nacional de promoção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes vislumbrou maior êxito na década 1980, quando influenciou a Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988), a partir da emenda popular denominada “Criança, Prioridade Nacional”, que incluiu na Constituição Federal de 1988 o texto do artigo 227, segundo o qual cabe à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade para com os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014, p. 10).

Com a consolidação da democracia na década de 1990, os avanços obtidos na atenção à criança finalmente se consolidam com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, atual legislação vigente no Brasil (BRASIL, 1990b).

1.2 Saúde Mental Infantil

O resgate histórico realizado até este momento buscou dados mais relacionados a questões jurídicas sobre a construção dos direitos das crianças e de como esses sujeitos foram reconhecidos pela sociedade, o que nos forneceu informações sobre como essa população tem sido tratada com o passar dos anos. Nesse tópico, porém, propomos considerar a criança no âmbito da saúde coletiva e saúde mental brasileira, considerando que este é um trabalho que se insere nestas áreas.

O Sistema Único de Saúde foi construído na história do país a partir do movimento da Reforma Sanitária em meados de 1970 com o início da mobilização social, inaugurado em 1990 concretizado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990c), principal conquista obtida no campo da atenção à saúde pública no país (RIBEIRO; PAULA, 2013).

A Reforma sanitária foi sedimentada com a construção do Sistema Único de Saúde que através de seus princípios de universalidade, integralidade equidade e participação da comunidade implantada no país, em 1990, uma verdadeira política de saúde de natureza democrática alicerçada em um sistema público dotado de equipamentos sociais organizados a partir da atenção básica (REIS et al., 2010, p. 126).

O processo de avanço na saúde coletiva contou também com momentos imprescindíveis na história como a Conferência de Alma-Ata de 1978, na qual se enfatizou a importância dos cuidados primários em saúde enquanto direito fundamental como o “completo estado de bem-estar que envolve as dimensões biológicas, mentais e sociais e propondo a meta de atingir, no ano de 2000, saúde para todos” (REIS et al., 2010, p. 118), tornando-se a definição de saúde cunhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946.

Esse grande movimento promoveu uma forte influência no Estado para que este começasse a assumir responsabilidades diretas à saúde da criança. Entretanto, as mudanças efetivas no campo da saúde mental infantil somente começaram a surgir no século XXI. A III Conferência de Saúde Mental realizada

em 2001 pode ser citada como tendo tido um importante papel nas transformações que se seguiram (RIBEIRO; PAULA, 2013).

Permeados ao processo de conquista dos direitos básicos da criança, na saúde mental surgiu um movimento social engajado na luta pelo tratamento desinstitucionalizado de pessoas, incluindo crianças e adolescentes, com problemas mentais e/ou sofrimento psíquico no Brasil, nomeado de Movimento pela Reforma Psiquiátrica, com início no século XX. De acordo com Amarante (1995):

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento assim como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização. (AMARANTE, 1995, p. 91).

A Reforma Psiquiátrica brasileira é mais comumente associada à população adulta, porém ela contempla também a população infantil do país institucionalizada em asilos e hospitais psiquiátricos, sujeita ao tratamento desumanizador e violento nesses espaços e excluída do convívio familiar e em sociedade. Marcada por intensas lutas democráticas, a Reforma esteve atravessada pela Luta Antimanicomial iniciada em 1987, contínuo processo de engajamento a favor da desinstitucionalização de doentes mentais e da criação de dispositivos de acolhimento e tratamento substitutivos aos manicômios.

A despeito dos progressos alcançados, malgrado fato de se ter construído no Brasil, por meio da Reforma Psiquiátrica, as bases para desenvolvimento de uma saúde mental infantojuvenil autônoma, democrática, comunitária e apesar ainda dos progressos tecnológicos e intelectuais verificados, muito resta a percorrer, em virtude de o fato de ser este campo um sistema dinâmico e multidisciplinar interagindo com as mudanças e

transformações da sociedade na qual se acha inserido (REIS et al., 2010, p. 128).

Diversos autores defendem que a principal ação tomada pelo Governo Federal em relação à saúde infantojuvenil foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPS i), pela Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 enquanto principal serviço substitutivo de saúde mental no atendimento de crianças e adolescentes (BRASIL, 2002; RIBEIRO; PAULA, 2013).

Os Caps i vieram conseqüentemente incluir crianças e adolescentes em sofrimento psíquico intenso que ficaram historicamente à margem dos cuidados ou, no melhor dos casos, relegados em serviços filantrópicos, mantidos pela iniciativa privada, condicionado a perspectivas delimitadas e, não raro, incipientes. Resultou disso e de dificuldades inerentes à própria natureza da psicopatologia o fato de existirem pouquíssimas informações acerca da distribuição e da frequência de transtornos mentais, dos mecanismos de acolhimento postos em prática, do modo de encaminhamento e da inserção escolar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (REIS et al., 2010, p. 127-128).

Além dos CAPSi foi inaugurado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil em 2004, implantado através da Portaria GM nº 1.608 de 03 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004), com o objetivo de se conhecer, mais precisamente, as ações e práticas executadas nos dispositivos psicossociais instalados no país.

Posteriormente, em 2005 é lançado pelo Ministério da Saúde o documento intitulado “Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil” (BRASIL, 2005), o qual inaugura o processo de construção efetiva da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Mais recentemente, em 2014, o Ministério da Saúde apresentou o documento “Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos” para orientação de profissionais da área da justiça e da saúde, em especial aqueles que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e no SUS (BRASIL, 2014).

Os estudos científicos dispostos a considerar o campo dos transtornos

mentais infantis se configuram atualmente importantes meios de apoio e sustentação à difícil tarefa de construir e desenvolver uma Política que defenda especificamente a Saúde Mental de crianças e adolescentes no SUS. São alguns desses estudos pelos quais, a partir de agora, damos continuidade à nossa discussão sobre a identificação das características da população infantil que ocupa os serviços de saúde mental infantis presentes na atenção primária de saúde do território brasileiro.

O trabalho de autoria de Borsa et al. (2013), refere dados sobre a caracterização da clientela infantojuvenil atendida no Centro de Avaliação Psicológica de uma universidade brasileira do sul do país. As autoras descrevem a realização de seu estudo e os principais resultados obtidos através de instrumento padronizado. Informações sobre 59 crianças, entre 6 e 18 anos de idade, foram obtidas através das mães, pais e outros informantes.

Em sua pesquisa, puderam concluir que 45 dos participantes eram meninos (76,3%) e 54 (91,5%) frequentava o ensino fundamental. Ao analisar sua amostra, Borsa et al. (2013) realizam a caracterização demográfica desses usuários e perceberam que a maioria era encaminhada por profissionais médicos e faziam uso de medicamento. As principais queixas foram “dificuldade de aprendizagem ou transtornos que afetam a cognição (deficiência mental, dislexia, problemas de atenção e ou hiperatividade)” (p. 79).

Em um estudo mais amplo, com o objetivo de caracterizar a população jovem atendida em clínicas-escola brasileiras de psicologia, de acordo com o sexo, a faixa etária e as principais queixas, Wielewicki (2011) realizou o levantamento de 21 publicações acerca do tema. Em sua pesquisa, a autora conclui que os resultados dos estudos demonstram que:

[...] meninos ainda correspondem à maior parte dos encaminhamentos, tendo a predominância deste sexo variado nos estudos entre 53% e 89%. As idades mais frequentes foram de 7 a 12 anos, seguida de 0 a 6 anos, e de 13 a 14 anos. As principais queixas relacionavam-se a problemas de aprendizagem, comportamentos externalizantes e relacionamento interpessoal. Porém, observa-se que os estudos

variaram quanto ao tamanho das amostras (de 24 a 1.202 clientes infantis), quanto ao período estudado (de 1995 a 2009) e quanto às idades limites (6 a 18 anos), o que dificulta a comparação entre os dados produzidos (p. 381).

Em relação às principais queixas apontadas em cada faixa etária analisada, Wielewicki (2011) afirma que:

[...] a queixa mais frequente a crianças com até 5 anos de idade foi de comportamento agressivo. Para a faixa etária de 6 a 9 anos, os comportamentos mais frequentemente relatados foram: comportamento agressivo, oposição e ansiedade/agitação/irritação, além de dificuldades escolares, como dificuldades de aprendizagem, falta de atenção e desinteresse. Na faixa etária de 10 a 12 anos, as dificuldades relacionadas à escola se mantiveram e também os comportamentos agressivos, verificados como uma das queixas principais em todas as faixas etárias (p. 381).

Conforme citamos anteriormente, os CAPSi representam hoje um dos principais mecanismos de ação efetivos na Reforma Psiquiátrica no que se refere à atenção ofertada à população jovem. Nesse contexto, algumas pesquisas propõem a realização de análises desses dispositivos, como por exemplo, o estudo produzido pelas autoras Falavina e Cerqueira (2008), em um serviço no município de São Paulo, com o objetivo de “analisar o perfil da clientela e o histórico de acesso aos serviços de saúde, com ênfase nas formas de assistência recebidas pelas famílias” (p. 31).

De acordo com relatos dos pais e/ou responsáveis de crianças entre 6 e 14 anos de idade e que frequentavam o serviço há pelo menos seis meses, pontos centrais puderam ser explorados, como “a escolarização, a socialização dos usuários do CAPS, os relacionamentos familiares e a importância da utilização dos serviços de saúde pelas famílias” (p. 31-32).

Quanto às barreiras encontradas que impediram ou dificultaram o acesso de seus usuários aos serviços de saúde, nesse mesmo estudo, foram citados os seguintes obstáculos:

Quanto à barreira econômica, são relatadas dificuldades em pagar a condução e comprar medicamentos. O obstáculo

cultural se relaciona à impossibilidade das famílias compreenderem os termos técnicos, de se colocar e se expressar nas consultas com os profissionais de saúde. Os problemas geográficos no acesso envolvem a relação tempo/ distância das unidades de saúde até a residência dos usuários. As barreiras funcionais evidenciam os problemas de estruturação dos serviços — dificuldade para marcar e realizar consultas, retornos e exames, horários dos atendimentos, farmácias ineficientes — e de qualidade — falta de atenção, acolhimento e escuta por parte dos profissionais (FALAVINA; CERQUEIRA, 2008, p. 32).

Apesar das dificuldades evidenciadas pelo estudo em questão, principalmente no que tange aos equipamentos de saúde existentes no Brasil, Falavina e Cerqueira (2008) concluem que a possibilidade de atendimento de qualidade na área de saúde mental infantojuvenil é possível e real.

Outro relevante estudo com foco nos CAPSi contemplou sete serviços distribuídos nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Hoffmann, Santos e Mota (2008) utilizaram dados obtidos dos registros de atendimento realizados no ano de 2003 por CAPSi habilitados nas regiões descritas para desenvolver um estudo descritivo de corte transversal. Com uma amostra de 1.456 usuários, os autores puderam concluir que 62,8% eram do sexo masculino, sendo a média de idade de 11,1 anos.

Com o propósito de identificar as características diagnósticas, demográficas e os procedimentos terapêuticos presentes nesses serviços, a pesquisa pôde demonstrar que a clientela atendida é compatível com as normas preconizadas em relação à faixa etária e ao território de abrangência. Os transtornos de comportamento foram apontados como os mais frequentes, independente da faixa etária pesquisada e não foram identificados atendimentos referentes ao uso de substâncias psicoativas.

Seguindo no mesmo contexto dos CAPSi, não podemos deixar de citar a pesquisa realizada por Delfini et al. (2009), a qual analisou as variáveis sexo, idade, hipótese diagnóstica, origem do encaminhamento, inserção escolar e motivo de consulta de 103 prontuários ativos de um CAPSi no município de São Paulo.

Seus resultados demonstraram que a maioria dos usuários atendidos

tinha entre 5 e 15 anos (68,9%) e, como nos demais estudos apresentados, a maioria destes era do sexo masculino (61,2%). A maior parte dos encaminhamentos era de origem do Conselho Tutelar. Em relação à hipótese diagnóstica, esta se concentrou principalmente entre os transtornos de comportamento e os emocionais (21,4%) e os transtornos do desenvolvimento global (16,2%). As principais queixas apresentadas como motivos de consulta foram as neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%).

Cavalcante, Jorge e Santos (2012), buscando compreender como tem sido utilizado o apoio matricial como ferramenta no cuidado à criança com problemas de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza – Ceará, realizaram entrevistas com trabalhadores destas unidades e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e familiares das crianças atendidas. Os autores se deparam com narrativas que afirmavam a quase inexistência de casos de matriciamento com crianças nesse campo.

Primeiro, apesar dos avanços históricos, a criança ainda tem pouca visibilidade no cenário da saúde e, de forma especial, na saúde mental. Mesmo em um equipamento que tem como objetivo o trabalho com a família, a criança é pouco lembrada dentro do contexto sociocultural dos adultos.

Segundo, a dificuldade dos profissionais em lidar com problemas de saúde mental em crianças tem-se tornado um obstáculo à efetivação desse cuidado. Ademais, esse cuidar tem implicado uma centralização no uso de medicação, e, conseqüentemente, na medicalização do cotidiano desses pequenos indivíduos ainda em formação. Essa concepção de cuidado gera limitações à atuação dos profissionais da atenção básica, mas também em profissionais da saúde mental não especializados na área da infância. Assim, a questão da capacitação no cuidado à saúde mental infantil torna-se basililar à eficácia desse cuidado (p. 174).

Para Cavalcante, Jorge e Santos (2012), esses profissionais se sentem impotentes diante das situações a serem enfrentadas na atuação dessa área. A dificuldade de as mães das crianças exporem tais problemas também foi apontada como característica importante.

Ademais, a limitação da exposição dos problemas de saúde mental das crianças por parte dos seus familiares também tem minimizado o cuidado a essa população no âmbito da ESF. Isso porque o tabu associado à loucura é também existente na população infantil, com a diferença de que este provém, de forma especial, dos familiares que não desejam expor suas crianças a partir de um diagnóstico psiquiátrico (p. 175).

Em relação a estudos realizados em Centros de Saúde Escola (CSE), espécie de serviço no qual a presente pesquisa foi realizada, o trabalho de Santos (2006), buscou caracterizar a clientela infantil atendida em um CSE localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, inserido na atenção básica de saúde e identificar as queixas mais comuns para essa população.

A autora considerou as informações referentes a 129 crianças e adolescentes atendidos com idade variando entre 2 e 17 anos de idade e verificou-se que as queixas mais frequentes foram: agressividade (32,6%), dificuldades de aprendizagem (30,2%), baixa tolerância à frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos (24,8%) e desinteresse pela escola (19,4%).

A descrição desses estudos possibilita percebermos ainda um reduzido número de pesquisas a respeito dos problemas de saúde mental infantojuvenil, a restrita oferta de serviços e a dificuldade de utilização desses dispositivos por seus usuários, que representam uma parte dos impedimentos em planejar e desenvolver ações no sentido de avançar na política pública de saúde mental para essa população. A visível lentidão no processo com que passamos a reconhecer as crianças enquanto sujeitos de direitos reflete na atenção que é hoje disponibilizada para essa faixa da população.

A restrição de trabalhos que incluam a criança como participante de pesquisas e estudos capazes de lhes darem 'voz' denuncia o histórico de negação à participação da criança em questões de sua importância, sobretudo aquelas portadoras de doenças mentais e/ou sofrimento psíquico, inseridas ou não em serviços de atenção à saúde mental infantil.

CAPÍTULO 2 - DESENVOLVIMENTO DO PSIQUISMO NA CRIANÇA

Nesse capítulo apresentamos os principais aspectos referentes ao desenvolvimento psíquico, sobretudo na criança, os quais fundamentam o objeto de investigação desta pesquisa, com base na Psicologia Sócio-Histórica, inaugurada por Lev Semionovitch Vigotski⁶ (1896-1934), tido como principal representante dessa perspectiva, e pelos autores Aleksandr Romanovitch Luria (1902-1977) e Aleksei Nikolaievitch Leontiev (1903-1979).

O grupo formado por esses estudiosos da Psicologia Soviética – conhecido como Troika – utilizaram como método de trabalho o materialismo histórico-dialético presente inicialmente na obra de Karl Marx. A teoria marxista compreende as transformações históricas da sociedade como geradoras da consciência e do comportamento do homem, concebendo-o como um ser fundamentalmente social através de uma visão historicizante da formação da psique humana, “tudo o que tem de humano nele provém da sua vida em sociedade, no seio da cultura criada pela humanidade” (LEONTIEV, 1978, p. 261 – grifos do autor).

A Psicologia Sócio-Histórica de base marxista admite a influência da natureza sobre o homem, assim como a capacidade que este possui de agir sobre ela, promovendo mudanças e novas condições à existência da humanidade (VIGOTSKI, 1989). Para Leontiev (1978) a relação do homem com a natureza é a condição fundamental ao aparecimento da consciência humana. A forma superior do psiquismo do homem o diferencia qualitativamente dos animais.

Para Luria (1991), a atividade consciente do homem não se vincula nem se baseia, obrigatoriamente, às leis biológicas. Sua relação com a natureza que, conforme citamos, é condição fundamental ao surgimento da consciência, se mediatiza pelas relações estabelecidas com o trabalho.

O trabalho surge da ligação do homem com a natureza. As modificações nesta, por ele realizadas, dependem de suas necessidades. A

⁶ Neste trabalho a grafia do nome de *Vigotski* respeitará a forma usada na edição citada da obra. Nos demais casos, adotaremos a forma *Vigotski*.

interação com outros homens através do trabalho institui o caráter de coletivo a esta atividade que lhe é específica (LEONTIEV, 1978).

A tese inicial do marxismo sobre a consciência consiste em que esta é uma forma qualitativamente particular da psique. Embora a consciência tenha também uma longa pré-história na evolução do mundo animal, no homem aparece pela primeira vez no processo em que se foram estabelecendo o trabalho e as relações sociais. (LEONTIEV, 1984, p. 26 – traduzido pela pesquisadora)⁷.

A aquisição de instrumentos construídos e utilizados pelo homem através de sua atividade laboral, representam, por suas próprias características, a incorporação do trabalho que se acumula no objeto e passa a simbolizar a forma prática do conhecimento humano (LURIA, 1991). Os produtos gerados pelo trabalho, atividade criadora e produtiva do ser humano e, essencialmente social, conforme afirma Leontiev (1978), cristalizam as aptidões e os conhecimentos do homem, tornando possível a apropriação de seus elementos pelas gerações subsequentes “desde o começo – afirma Marx e Engels em “A ideologia Alemã” – a consciência é um produto social” (p. 26 – traduzido pela pesquisadora)⁸.

Nesta perspectiva, o traço fundamental do psiquismo humano é que este se desenvolve por meio da atividade social, a qual, por sua vez, tem como traço principal a mediação por meio de instrumentos que se interpõem entre o sujeito e o objeto de sua atividade. As funções psicológicas superiores (tipicamente humanas, tais como a atenção voluntária, memória, abstração, comportamento intencional etc.) são produtos da atividade cerebral, têm uma base biológica, mas fundamentalmente, são resultados da interação do indivíduo com o mundo, interação mediada pelos objetos construídos pelos seres humanos (FACCI, P. 65-66, 2004).

⁷ No original: La tesis inicial del marxismo sobre la conciencia consiste en que ésta es una forma cualitativamente particular de la psiquis. Aunque la conciencia tiene también una larga prehistoria en la evolución del mundo animal, em el hombre aparece por primeira vez em el processo em que se fueron estableciendo el trabajo y las relaciones sociales (LEONTIEV, 1984, p. 26).

⁸ No original: Desde el comienzo –afirman Marx y Engels em “La ideologia alemana” – la conciencia es un produto social (LEONTIEV, 1984, p. 26).

A linguagem também é condição para o aparecimento da consciência no homem que se origina ao mesmo tempo em que o trabalho: “as condições que originam o fenômeno devem ser procuradas nas relações sociais do trabalho cujos primórdios de surgimento remontam ao período de transição da história natural à história humana” (LURIA, 1991, p. 79). A linguagem surgiu na necessidade de comunicação no processo de trabalho.

Enquanto sistema de códigos que designam os objetos, suas ações, qualidades ou relações e serve de meio de transmissão de informação, a linguagem teve importância decisiva para a posterior reorganização da atividade consciente do homem. Por isto, têm razão os cientistas que afirmam que, a par com o trabalho, a linguagem é o fator fundamental de formação da consciência (LURIA, 1991, p. 80).

Segundo o autor, com o surgimento da linguagem, o homem pôde modificar suas funções psicológicas superiores (percepção mais profunda, transformação dos processos de memória, surgimento da imaginação e criação orientada, surgimento das formas de pensamento abstrato e concreto e reorganização da vivência emocional), diferenciando-as das funções elementares comuns aos homens e animais (como atenção e memória involuntárias), inicialmente consideradas na análise de Vigotski sobre a relação entre o biológico e o cultural.

Estes aspectos constituem os princípios mais gerais contemplados na Psicologia Sócio-histórica a respeito da ontogenia e do surgimento da consciência no homem. Daremos início à apresentação das características do desenvolvimento psíquico da criança assim como das peculiaridades de sua periodização segundo essa perspectiva.

Parte das abordagens psicológicas que tratam do desenvolvimento do psiquismo na criança adotam uma perspectiva naturalista em suas investigações. Miranda (1991) nos esclarece a respeito da dicotomia existente entre as influências biológicas e sociais:

A ênfase à natureza infantil encontra seu fundamento, segundo muitos autores e mesmo a nível do senso comum, no processo biológico de desenvolvimento da criança. Sem dúvida, ela é um

ser em formação biológica, ainda não plenamente constituída do ponto de vista maturacional. Contudo, o desenvolvimento biológico não corresponde a toda realidade da criança. Mesmo porque o aspecto biológico se caracteriza como um componente do desenvolvimento que sofre as determinações da condição social do indivíduo. Na verdade, o que caracteriza o homem é sua condição de ser social, o que é em parte determinado pela sua condição biológica, mas não inteiramente (p. 128).

O desenvolvimento da criança é mediado pelo adulto, sendo o relacionamento entre eles constituído de maneiras distintas de acordo com a condição social e econômica em que vive a criança. Para a autora não há uma natureza infantil, apenas a condição de ser criança determinada historicamente por fatores biológicos e sociais produtores de uma realidade concreta e específica para cada criança.

A periodização do desenvolvimento infantil proposta por Vigotski considera a faixa etária da criança, as singularidades do momento em seu desenvolvimento psíquico e seu meio social, revelados pelo autor pelos conceitos de *estrutura de idade*, *novas formações centrais* e pela *situação social do desenvolvimento* em cada idade.

Dessa forma, Vygotski (1996) postula que se deve investigar o novo tipo de estrutura da personalidade e da atividade da criança, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam a consciência da criança e sua relação com o meio. Em cada etapa do desenvolvimento infantil, para o autor, encontra-se sempre uma *nova formação central*, que constitui uma espécie de guia para todo o processo de reorganização da personalidade da criança. Diferenciam-se, nesse processo, as *linhas centrais do desenvolvimento* – que se referem aos processos diretamente relacionados a essa nova formação específica da idade – e as *linhas acessórias*, que estariam ligadas aos processos secundários. Cabe ressaltar que os processos constitutivos das linhas principais de desenvolvimento em uma idade convertem-se em linhas acessórias na fase seguinte, e o oposto também é verdadeiro (PASQUALINI, 2009, p. 35).

As idades consistem em formações globais e dinâmicas e em cada período há uma estrutura específica própria e única, que não se repete “em cada etapa de idade encontramos sempre uma nova formação central como uma espécie

de guia para todo o processo de desenvolvimento que caracteriza a reorganização de toda a personalidade da criança sobre uma nova base” (VYGOTSKY, 2006, p. 262).

não pode haver nenhum outro critério para distinguir os períodos concretos de desenvolvimento infantil ou idades a exceção das formações novas, graças a qual se pode determinar o essencial em cada idade. Entendemos por formações novas o novo tipo de estrutura da personalidade e de sua atividade, as mudanças psíquicas e sociais que se produzem pela primeira vez em cada idade e determinam, no aspecto mais importante e fundamental, a consciência da criança, sua relação com o meio, sua vida interna e externa, todo o curso de seu desenvolvimento no período dado (VYGOTSKY, 2006, p. 254-255 – traduzido pela autora⁹).

O autor propôs um esquema de periodização caracterizado pela alternância entre períodos estáveis e períodos críticos do desenvolvimento psíquico infantil: *crise pós-natal; primeiro ano de vida; crise do 1º ano; primeira infância; crise dos três anos; idade pré-escolar; crise dos sete anos; idade escolar; crise dos 13 anos; puberdade e; crise dos 17 anos*. A forma com que um estágio se alterna ao outro não se deve a uma via evolutiva, mas confirma, segundo Vygotsky (2006), o caráter de revolucionária. A relação estabelecida entre a criança e seu contexto social é também totalmente peculiar para cada criança e em cada idade:

Claro está que nem sempre é assim. Os períodos críticos são distintos em distintas crianças. Incluindo as crianças muito parecidas pelo tipo de desenvolvimento e posição social durante a crise apresenta muitas mais diferenças que nos períodos estáveis. Há muitas crianças que não apresentam dificuldades no território educativo, não diminuem seu rendimento escolar. O volume das variações durante estas idades entre as diversas

⁹ No original: ni puede haber ningún otro criterio para distinguir los períodos concretos del desarrollo infantil o de las edades a excepción de las formaciones nuevas, gracias a las cuales se puede determinar lo esencial en cada edad. Entendemos por formaciones nuevas el nuevo tipo de estructura de la personalidad y de su actividad, los cambios psíquicos y sociales que se producen por primera vez en cada edad y determinan, en el aspecto más importante y fundamental, la conciencia del niño, su relación con el medio, su vida interna y externa, todo el curso de su desarrollo en el período dado (VYGOTSKY, 2006, p. 254-255).

crianças, a influência de condições externas e internas sobre a própria crise são tão importantes e profundas que muitos autores acreditam ser preciso perguntar se as crises do desenvolvimento infantil não eram um produto exclusivo de condições externas adversas pelo qual deviam considerar mais bem exceções do que regras na história do desenvolvimento infantil (Busemann y otros) (VYGOTSKY, 2006, p. 256 – traduzido pela autora¹⁰).

Para o estudo proposto nesta dissertação é necessário darmos ênfase principalmente à *crise dos sete anos* e à *idade escolar*, períodos que se aproximam da faixa etária das crianças que participaram dos grupos focais realizados. A *crise dos sete anos* é caracterizada pelo momento em que a criança passa a ter consciência de suas vivências, as generaliza e também seus afetos, passando a lhes atribuir sentido, e também pelo início da perda da espontaneidade infantil (VIGOTSKI, 1996). Na idade anterior à entrada da criança na escola não há suficiente diferenciação entre sua vida interior e exterior, sendo esta, portanto, espontânea. Segundo Pasqualini (2009), a perda da espontaneidade passa a significar a incorporação do fator intelectual à vivência infantil.

Com a crise dos sete anos, a criança passa a ser capaz de julgar a si mesma e a valorar sua posição no contexto social. A partir deste sentido – o que significa que a criança que está chateada agora é consciente de que está chateada. Dessa forma, tornam-se possíveis novas relações da criança consigo mesma (PASQUALINI, 2009, p. 38).

As complexas relações entre desenvolvimento e aprendizagem também se destacam, uma vez que, em sua teoria Vigotski (1989) afirma existir uma ligação entre ambos desde os primeiros dias de vida da criança. Para o autor,

¹⁰ No original: Claro está que no siempre es así. Los períodos críticos son distintos en los distintos niños. Incluso en niños muy parecidos por el tipo de su desarrollo y posición social el curso de la crisis presenta muchas más diferencias que en los períodos estables. Hay muchos niños que no presentan dificultades en el terreno educativo, ni disminuyen su rendimiento escolar. El volumen de las variaciones en el curso de dichas edades entre los diversos niños, la influencia de condiciones externas e internas sobre la propia crisis son tan importantes y profundas que muchos autores creyeron preciso preguntarse si las crisis del desarrollo infantil no eran un producto exclusivo de condiciones externas adversas por lo cual debían considerarse más bien excepciones que reglas en la historia del desarrollo infantil (Busemann y otros) (VYGOTSKY, 2006, p. 256).

algo totalmente novo se revela no desenvolvimento infantil com a inserção da aprendizagem escolar. É por essa via também que ele aborda questões relacionadas à educação¹¹.

Considerada deste ponto de vista, a aprendizagem não é, em si mesma, desenvolvimento, mas uma correta organização da aprendizagem da criança conduz ao desenvolvimento mental, ativa todo um grupo de processos de desenvolvimento, e esta ativação não poderia produzir-se sem a aprendizagem. Por isso, a aprendizagem é um momento intrinsecamente necessário e universal para que se desenvolvam na criança essas características humanas não-naturais, mas formadas historicamente (VIGOTSKI, 1988, p. 115).

Outro aspecto importante da teoria de Vigotski (2001) é o fato de o autor ter concebido o pensamento e o afeto como inseparáveis, afirmando a inviabilidade de decomposição da totalidade complexa do psiquismo em unidades:

existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda idéia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa idéia. Ela permite revelar o movimento direto que vai da necessidade e das motivações do homem a um determinado sentido do seu pensamento, e o movimento inverso da dinâmica do pensamento à dinâmica do comportamento e à atividade concreta do indivíduo. O método que aplicamos permite não só revelar a unidade interna do pensamento e da linguagem como ainda estudar, de modo frutífero, a relação do pensamento verbalizado com toda a vida da consciência em sua totalidade e com as suas funções particulares (VIGOTSKI, 2001, p. 17).

O trabalho com a periodização do desenvolvimento psíquico infantil realizado por Leontiev e Elkonin possui como uma de suas principais características a sistematização dos diferentes momentos de vida da criança de acordo com o conceito de *atividade principal* ou também chamada *atividade guia*, que é, numa definição simplificada, a forma com que a criança se relaciona com o mundo, isto é, aquela atividade que desempenha a principal função de mediar a

¹¹ Consideramos a importância de determinado assunto apesar de não nos determos às questões que o envolvem.

relação da criança com a realidade objetiva que a circula.

Conforme vimos no início desse capítulo e retomamos agora na fala de Facci (2004) “o homem – a partir do desenvolvimento de suas atividades, tal como elas se formam nas condições concretas de sua vida – adapta-se à natureza, modifica-a, cria objetos e meios de produção desses objetos, para suprir suas necessidades” (p. 66), uma das formas com que a criança se relaciona com o mundo é também através de suas atividades principais tendo, em cada momento de sua vida, a formação de necessidades psíquicas específicas.

Se bem que os estágios de desenvolvimento tenham um lugar determinado no tempo, os seus limites dependem, portanto, do seu conteúdo, o qual é por sua vez determinado pelas condições históricas concretas em que se desenrola o desenvolvimento da criança.

Assim, não é a idade da criança que determina, enquanto tal, o conteúdo do estágio de desenvolvimento, mas pelo contrário, a idade da passagem de um estágio a outro que depende do seu conteúdo e que muda com as condições sócio-históricas (LEONTIEV, 1978, p. 294).

Leontiev (1978) explica que a reorganização de uma atividade e, a consequente passagem de um estágio de desenvolvimento psíquico a outro, ocorre pelo fato de existir, naquele momento, uma contradição latente “entre o modo de vida da criança e as possibilidades que já superam este modo de vida” (p. 295). Sobre a crise dos sete anos o autor contribui:

Mas pouco a pouco os conhecimentos da criança tornam-se mais vastos, as suas capacidades maiores, as suas forças crescem e a atividade do jardim-de-infância perde para ela o seu sentido, <<escapa>> cada vez mais à vida do jardim-de-infância. Ou antes, esforça-se por nele encontrar um novo conteúdo; formam-se grupos de crianças que começam a viver a sua própria, oculta, e que já nada tem de pré-escolar; a rua, o pátio, a sociedade com crianças mais velhas tem um atractivo crescente. Cada vez mais a afirmação de si mesma toma na criança formas que atentam contra a disciplina. É aquilo a que se chama a crise dos sete anos (p. 295).

Na obra de Leontiev são apontadas como atividades principais no decorrer do desenvolvimento psíquico do homem a brincadeira, o estudo e o

trabalho. Retomando, para o autor em cada período se formam necessidades específicas e a evolução de cada atividade da criança proporciona importantes mudanças em seus processos psíquicos e também nas características psicológicas próprias de sua personalidade (FACCI, 2004, p. 67).

Cada nova necessidade interior da criança resulta na mudança do tipo de atividade dominante e, conseqüentemente, na transição de um estágio ao outro. Essa necessidade corresponderá também, para Leontiev (1978), ao avanço de sua consciência. Para o pesquisador, as crises representam uma ruptura conseqüente de um avanço não realizado em seu devido tempo.

O estudo é a atividade principal da criança em idade escolar, as relações da criança com os adultos são, portanto, intermediadas não unicamente, mas principalmente por ele nesse estágio do desenvolvimento. Ao se inserir na escola, a criança ganha um novo aspecto, suas obrigações antes vinculadas apenas aos seus cuidadores mais íntimos agora se estendem também para a sociedade como um todo, ela tem a possibilidade de assumir então “seu lugar na vida, sua função e o papel social e, portanto, como conseqüência, todo o conteúdo da sua vida futura” (LEONTIEV, 1978, p. 289).

Em sua obra, Elkonin avançou nos estudos em relação à periodização do desenvolvimento infantil detalhando a caracterização de cada estágio vivenciado pela criança, estruturando-o da seguinte maneira: Primeira infância – constituída do nascimento ao primeiro ano de vida pelo período de comunicação emocional direta com os adultos e, posteriormente, até os três anos de vida, pela atividade objetal manipuladora; Infância – dos três aos seis anos, caracterizada pela atividade de jogo/brincadeiras (na idade pré-escolar) e, dos seis aos dez, pela atividade/estudo (na idade escolar); Adolescência – até quatorze anos composta pelo período de comunicação íntima/pessoal, seguido do quatorze aos dezoito anos de idade pela atividade profissional de estudo (ELKONIN, 1987).

Por fim, é necessário afirmarmos que a transição de um estágio a outro provoca na criança em geral, transformações em suas ações, operações e funções psíquicas superiores, na percepção, atenção, memória, pensamento, entre outras.

Na Psicologia Sócio-Histórica, compreende-se que a construção da atenção voluntária segue um longo percurso que depende da mediação de signos estabelecidos na interação do adulto com a criança, seguindo o processo de internalização. As funções psíquicas complexas são produzidas, portanto, no processo de desenvolvimento sociocultural desses sujeitos (EIDT; FRANCO; TULESKI, 2014).

A intercomunicação com os adultos gera uma transformação não apenas no conteúdo, mas também da forma da atividade consciente da criança, reorganizando todos os seus processos mentais. Isso significa um aperfeiçoamento do reflexo da realidade e a criação de novas formas de atenção, memória, pensamento, ação e imaginação, que se manifestam como ações voluntárias (EIDT; TULESKI, 2010, p. 133).

O grupo focal, que é a técnica investigada neste trabalho, propõe que os participantes reflitam sobre algo, um tema específico em comum que, neste caso, é sobre as experiências que eles vivenciaram num serviço de saúde mental infantojuvenil e pede que os mesmos tentem qualificá-las, exigindo, portanto, determinado nível de desenvolvimento destas funções que, na faixa entre oito a dez anos de idade ainda estão se constituindo, o que pode refletir certa dificuldade de aprofundamento de determinado assunto.

CAPÍTULO 3 - GRUPOS FOCAIS NA PESQUISA COM CRIANÇAS

Neste capítulo introduzimos questões referentes diretamente ao objeto de estudo desta pesquisa, ou seja, aqui procuramos expor informações sobre a técnica qualitativa de grupo focal, elencada neste trabalho como sendo valiosa, porém pouco explorada, forma de inclusão da participação de crianças em pesquisas científicas.

A relação estabelecida entre a criança e a sociedade esteve frequentemente entrelaçada por uma concepção de infância capaz de afastá-la do convívio social e das questões culturais e políticas que envolvem a comunidade da qual estes sujeitos também fazem parte. Neste item coube abordarmos a forma com que tal aspecto influencia na restrição da participação de crianças em investigações científicas sobre temas diretamente ligados a elas.

A seguir uma fala de Sousa (2015):

Defendo o pressuposto de que pesquisar a subjetividade infantil significa instalar a criança num lugar de protagonismo, em defesa do seu *status* de sujeito. Um sujeito com particularidades e especificidades, mas, fundamentalmente, um sujeito ativo que constrói a sua subjetividade na relação com o mundo, representado pelos adultos, adolescentes e outras crianças com quem se relaciona direta ou indiretamente.

De certa forma, pesquisar a subjetividade infantil implica a ruptura de padrões preestabelecidos, seja por trazê-la, essa subjetividade, ao plano da pesquisa científica, seja por tratar a infância – bem como a criança real e concreta que a define – como merecedora de investigação (p. 73 – grifo da autora).

Nesse trecho, a autora nos atenta para a necessidade e a importância de se investigar as características subjetivas da criança e da infância, às quais podem também ser compreendidas como a personalidade de cada um desses sujeitos, como meio da crescente inclusão dessa população em estudos investigativos.

É comum gerarmos ainda certa estranheza ao falar sobre a possibilidade de se realizar pesquisa *com* a participação de crianças. Tradicionalmente, no campo científico, as investigações se direcionaram quase sempre para pesquisas *sobre* crianças.

A concepção dominante de infância carrega traços da raiz etimológica da palavra que a designa. O termo infância tem sua origem na palavra latina *infante*, que significa ausência de fala. Empregada inicialmente para referir as crianças pequenas, que não tinham desenvolvido ainda a expressão oral, essa palavra passou a abranger, gradativamente, todas as crianças. Chama imediatamente a atenção o fato de a infância ser conceituada a partir da negatividade, ou seja, daquilo que a criança não possui (no caso, a fala) e não de suas capacidades/potencialidades cognitivas e/ou afetivas. A criança é comparada ao adulto, possuidor (pelo menos em tese) de habilidades que ela não possui (SOUSA, 2015, p. 77 – grifo da autora).

Ao olhar para o objeto de estudo da presente pesquisa e buscar referências que ajudassem na sua construção teórica, nos deparamos com uma série de investigações que se ocupam com a produção de dados e conhecimento pautada unicamente nas informações geradas por outros que não a própria criança, informantes eleitos como suficientemente capazes de oferecerem aquilo que se busca sobre a infância. À criança foi negada a possibilidade de falar e de ser ouvida.

Nesse contexto, consideramos que é preciso superar o mito do protagonismo infantil e analisar criticamente as mudanças nos papéis e nas formas de interação entre crianças e adultos, compreendendo a infância como categoria e as crianças como sujeitos empíricos em interação constante com crianças, jovens e adultos. [...] Ver: observar, construir o olhar, captar e procurar entender, reeducar o olho e a técnica. Ouvir: captar e procurar entender; escutar o que foi dito e o não dito, valorizar a narrativa, entender a história. Ver e ouvir são cruciais para que se possa compreender gestos, discursos e ações. Este aprender de novo a ver e ouvir (a estar lá e estar afastado; a participar e anotar; a interagir enquanto observa a interação) se alicerça na sensibilidade e na teoria e é produzida na investigação, mas é também um exercício que se enraíza na trajetória vivida no cotidiano (SILVIA; BARBOSA; KRAMER, 2005, p. 47-48).

Algumas pesquisas têm se dedicado a romper com esse histórico, adotando métodos que permitem à criança uma participação ativa e que suas contribuições possam ser incluídas na construção de dados. Na pesquisa intitulada “Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa”, Oliveira, Muylaert

e Reis (2012), motivados em descobrir se e como as crianças e adolescentes são inseridos em pesquisas na área de saúde mental, realizaram uma revisão da literatura científica a respeito de pesquisas com a participação destes sujeitos. Os autores constataram que em 32 artigos eles aparecem como participantes da investigação, sendo que a maioria tem como método a utilização de escalas, questionários padronizados e testes.

Os autores observaram que existe uma lacuna em pesquisas que priorizem a escutas desses sujeitos, dentre quatorze pesquisas de cunho qualitativo, apenas seis incluíam trechos das falas das crianças. Os autores ressaltaram ainda que nenhuma das pesquisas explicitava a utilização do Termo de Assentimento como forma de obtenção da autorização das crianças para uso das informações por elas oferecidas.

Em relação a estudos que discutem preceitos éticos na realização de pesquisas com a participação da criança, podemos citar o trabalho de Kramer (2002) ‘Autoria e autorização: questões éticas nas pesquisas com crianças’, ‘Pesquisa envolvendo crianças: aspectos éticos’ da autora Gaiva (2009) e, mais recentemente, o artigo de Francischini e Fernandes (2016), ‘Os desafios da pesquisa ética com crianças’, entre outros.

Existe uma diversidade de métodos e técnicas pelos quais é possível obter dados qualitativos na pesquisa com crianças, dentre eles o uso de grupo focal infantil. Tivemos acesso a apenas uma pesquisa brasileira que utilizou, dentre a triangulação dos procedimentos, levantamento de informações através de documentos, entrevistas estruturadas, registros fotográficos e registros de campo, num modelo de pesquisa etnográfica, a técnica de grupo focal com crianças.

Intitulada “Infância e espaço urbano: Significados e sentidos de morar em posse urbana para crianças com idade entre sete e onze anos”, de 2006, autoria de Luiz do Nascimento Carvalho, a dissertação de mestrado orientada pela Profa. Dra. Sônia Margarida Gomes Sousa, discorre sobre os significados e sentidos atribuídos por crianças de camadas populares, moradoras de posse urbana. No estudo de Carvalho (2006), cinco crianças compuseram o grupo focal sobre a

temática descrita. O autor não fez considerações a respeito da fundamentação e do desenvolvimento da técnica de grupo focal utilizada em seu trabalho com crianças.

Nos próximos itens trazemos esclarecimentos sobre a técnica de grupo focal, as características de sua aplicação em investigações e as particularidades de sua utilização com crianças.

2.1 Conceituação e origem da técnica de grupo focal

O *focus group* ou grupo focal (GF), traduzido para o português, é hoje amplamente empregado enquanto técnica qualitativa de coleta de dados em pesquisas científicas, sobretudo na saúde pública e tem, como especial característica, a interação estabelecida entre os participantes que o constituem¹².

Proposto pela primeira vez na década de 1950 pelo sociólogo Robert Merton (CALINI-COTRIM, 1996; GOMES, 2003), os grupos focais eram, na época, aplicados principalmente em pesquisas mercadológicas, sua expansão a outras áreas de conhecimento, como a antropologia, as ciências sociais, a

¹² Destacamos que o grupo focal é uma técnica grupal definida por aspectos peculiares e se aplica somente à pesquisa. Em sua utilização não há o estabelecimento de vínculo entre os participantes, o número de encontros e o tempo de realização são delimitados, o moderador é menos ativo e não realiza intervenções, não sendo aplicado com o objetivo de transformação do sujeito. Assim, afirmamos a diferença entre grupo focal e processo grupal. Martins (2007), parafraseando Sílvia Lane, aponta em seu texto o caráter histórico e dialético do grupo evidenciado pela autora ao tratar de processo grupal, destacando a experiência histórica deste. Em seu texto, Martins (2007) afirma que “o grupo é também uma estrutura social, uma realidade total, um conjunto que não pode ser reduzido à soma de seus membros, supondo alguns vínculos entre os indivíduos, ou seja, uma relação de interdependência. À semelhança de qualquer vivência humana, o processo grupal implica relações de poder e de práticas compartilhadas e, ao se realizar, desenvolve a sua identidade (intragrupo e intergrupos). A atividade grupal tem, portanto, a dimensão *externa* relacionada com a sociedade e/ou outros grupos, quando o grupo deve ser capaz de produzir um efeito real sobre eles para afirmar sua identidade, e a *interna*, vinculada aos membros do próprio grupo, em direção à realização dos objetivos que levem em consideração as aspirações individuais ou comuns” (p. 77 – grifos da autora). Na presente dissertação, não nos concentraremos no estudo do processo grupal, embora não desconsideramos sua relevância na investigação do tema desta pesquisa, optamos, ao traçar o caminho metodológico da presente investigação, nos delimitar a revisar teoricamente somente a técnica de grupo focal.

educação e a saúde, ocorre a partir da década de 1980 (BACKES et al., 2011; DIAS, 2000).

A definição de método qualitativo trazida por Minayo (2007) introduz as especificidades da técnica:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (p. 57).

A aplicação do grupo focal pode ter distintas abordagens que variam conforme os conteúdos que se pretende investigar, sendo no geral utilizado na identificação e compreensão de percepções, sentimentos, atitudes e ideias acerca de diferentes assuntos, atividades, produtos ou serviços. (CARLINI-COTRIM, 1996; DIAS, 2000).

À medida que o grupo focal se fundamenta na interação humana, possibilita que seus integrantes compartilhem opiniões e atitudes, gerando diálogos problematizados e aprofundados acerca de temas específicos. Sintetizando tal conceito, os autores Backes et. al (2011) afirmam que:

Os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação. Desse modo, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (p.438 e 439).

O grupo focal é ainda uma técnica de estruturação própria, possuindo sempre um propósito que é alcançado através de sua formação, como tamanho e composição, e sua concretização, ou seja, a dinâmica com que acontece. As discussões que se produzem são guiadas por tópicos previamente selecionados pelo pesquisador e seguidas pelo moderador eleito para orientá-las. Conduzido em um ambiente permissivo e, ao mesmo tempo, livre de constrangimentos, o

material obtido, sua transcrição, pode ser analisado (WESTPLTAL; BÓGUS; FARIA, 1996; CARLINI-COTRIM, 1996).

Com isso, seu planejamento é para as autoras Carlini-Cotrim (1996) e Dias (2000), a primeira e principal fase a ser estruturada quando se utiliza tal técnica de investigação, sendo a definição dos objetivos que se quer alcançar essencial nesse processo.

Frequentemente, são elencadas por alguns autores, dentre eles Gomes (2003), vantagens no uso do grupo focal como seu baixo custo e reduzido tempo na obtenção de dados. Já Heary e Hennessy (2002) vão além, afirmando que a produção de informações variadas, sua utilidade no desenvolvimento de programas, métodos e modelos conceituais, assim como sua flexibilidade em combinar-se com outros métodos qualitativos e quantitativos em investigações científicas, podem ser consideradas valiosas vantagens de sua utilização.

Em contrapartida, a limitação a pequenas amostras da população e sua inadequação para estudar a frequência com que comportamentos específicos ocorrem, são consideradas desvantagens do uso da técnica (CARLINI-COTRIM, 1996; HEARY; HENNESSY, 2002).

2.2 Características do uso da técnica de grupo focal

Conforme anunciado no item anterior, a construção de um grupo focal é intencional e algumas de suas características podem ser consideradas para todo o tipo de pesquisa que utiliza tal técnica, o que se conclui com base na concordância que existe entre os estudiosos do tema.

A esse respeito, uma vez conhecidos os objetivos a serem alcançados com a proposta de coleta de dados através do uso de grupo focais, em princípio, deve ser elencado um roteiro com temas sobre a investigação. Realizada essa tarefa, é necessário eleger o moderador, que deverá guiar a discussão e, o observador que o apoiará durante esse processo.

Em pesquisas acadêmicas é comum que o próprio pesquisador assuma

o papel de moderador do grupo focal, porém essa não é uma regra. Segundo Dias (2000), além de ser imprescindível o conhecimento dos objetivos da pesquisa, o moderador deve estar consciente de suas habilidades enquanto orientador de um grupo ao tempo em que se mantém neutro e flexível em relação aos pontos de vista expostos pelos participantes.

Na qualidade de facilitador do debate, para Gomes (2003), o moderador é responsável por “promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros” (p. 4). Ainda segundo o autor, é papel do moderador promover um ambiente com atmosfera agradável, controlar o tempo, estar atento às expressões e gestos dos participantes, sabendo reconhecê-las e incentivar a participação daqueles mais reservados.

Já no papel do observador, Aschidamini e Saupe (2004) referem que este deve estar atento ao grupo, auxiliando o moderador na condução do mesmo, podendo “tomar nota das principais impressões verbais e não verbais” (p. 12). Cuidar dos aparelhos selecionados para gravação em áudio das discussões também pode ser de sua responsabilidade. Segundo as autoras, após a realização de um grupo focal, moderador e observador devem, juntos, avaliar a discussão, elencando suas percepções em relação ao grupo e que emergiram no decorrer do encontro com os participantes e elaborar estratégias para a melhoria de futuras reuniões.

A escolha dos participantes do grupo focal é relevante e deve ser intencional no sentido de implicar no alcance aos objetivos da investigação. Critérios como sexo, idade (desde que sem grandes discrepâncias), escolaridade, diferenças culturais, econômicas e sociais, estado civil, entre outros, podem variar para cada participante num mesmo grupo. No entanto, é imprescindível que haja ao menos uma característica em comum entre eles, a qual permita que os mesmos consigam desenvolver diálogo a respeito do tema escolhido (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; GOMES, 2003; IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Sobre o número de encontros, assunto capaz de gerar contradições entre alguns autores, Aschidamini e Saupe (2004) sugerem que a escolha “varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa, podendo ser alterado após análise conjunta (do moderador e observador) dos dados coletados” (p. 11).

O local ou espaço físico onde o grupo focal deverá ser desenvolvido e sua organização também contribuem para a produção de discussões com qualidade. Apesar de alguns autores indicarem a neutralidade nessa tarefa, normalmente o espaço escolhido se vincula a um local comum entre os participantes selecionados, como o trabalho, a escola, serviços de saúde, etc., dependendo da investigação. Aschidamini e Saupe (2004), que optam pela escolha de um ambiente neutro, orientam que seja um local de fácil acesso para todos.

É consenso entre os autores aqui abordados que, a forma com que as cadeiras são colocadas facilita a participação e interação do grupo, desde que os participantes consigam ver uns aos outros e estejam no campo de visão do moderador. (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004; DIAS, 2000; GOMES, 2003). Dias (2000), sugere a disposição dos assentos em círculo ou em volta de uma mesa redonda e revela também a preocupação com que este espaço seja agradável, tranquilo e sem interferências externas.

A forma com que o grupo focal é conduzido resulta nos dados gerados por seus integrantes. Para a autora Dias (2000), “A dinâmica e a interação do grupo torna-se parte integrante da técnica [...]” (p. 5), os participantes comunicam-se entre si e com o moderador, as discussões se ampliam conforme a geração de diferentes respostas e ideias capazes de ativar novas experiências.

Ao recrutar os integrantes e, ao encontrá-los, o moderador deve informar os objetivos da pesquisa e seus direitos enquanto participantes desta, sobretudo a possibilidade de se desvincularem do grupo a qualquer momento sem prejuízos e o direito à confidencialidade, ou seja, a garantia de que estes não serão identificados ao se trabalhar com os dados coletados (DIAS, 2000). Estas

informações podem ser devidamente garantidas através de um documento impresso e assinado individualmente pelos participantes.

Frequentemente, o moderador do grupo opta pela condução em formato de progressão, iniciando por sua apresentação e do observador e dando a oportunidade de apresentação para cada um dos participantes. Informar sobre a duração do encontro também é necessário (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Gomes (2003) refere que o moderador deve explicar como será a discussão, dando informações simples como, dizer que todas as opiniões interessam e são importantes e que cada membro deve respeitar a sua vez de falar. Para Dias (2000), “Diferentemente de outras técnicas de reunião, seu objetivo é a sinergia entre as pessoas e não o consenso. Quanto mais idéias surgirem, melhor” (p. 5). Sobre os temas para discussão, estes também devem ser abordados de forma gradual, iniciando dos mais gerais para os mais específicos.

É possível observar em determinadas pesquisas, mais comumente na área de marketing e naquelas realizadas na Europa e América do Norte, a remuneração dos participantes. Na área acadêmica e, sobretudo, considerando os aspectos culturais e éticos de nosso país, tal prática não é exercida no Brasil. Entretanto, como sugere Dias (2000), é possível o reembolso de despesas com o transporte até o local de encontro do grupo focal, assim como oferecer aos participantes um lanche após a reunião.

Por fim, é necessária a realização das transcrições do áudio das discussões geradas nos grupos focais. Indica-se que essa seja feita no formato literal, ou seja, fiéis à forma de pronuncia dos participantes, podendo incluir indicações de expressões e outros importantes elementos, como, por exemplo, momentos de silêncio. Tais transcrições tornam possível a análise dos dados obtidos.

Existem diferentes métodos de análise do conteúdo produzido através da técnica de coleta de dados pelo grupo focal e a escolha da melhor forma de realização dessa tarefa fica a critério de cada pesquisador.

Os grupos focais com adultos possuem longa tradição, sendo a utilização da técnica tida como forma de coleta de dados em investigações distintas. Sua aplicação segue os mesmos critérios descritos no item anterior a respeito das características em seu uso, entretanto, algumas questões devem ser consideradas.

O primeiro aspecto se refere ao número de participantes. Sobre esse assunto há uma constante variação nos trabalhos apresentados pelos autores aqui consultados. Carlini-Cotrim (1996), Dias (2000), Gomes (2003) e, Iervolino e Pelicioni (2001) concordam ao indicarem como favorável um grupo que contenha entre seis a dez participantes. Aschidamini e Saupe (2004) orientam que este número varie entre oito a dez, já Backes et al. (2011) e Westpltal, Bógus e Faria (1996) ampliam para entre seis a quinze. É comum encontrarmos ainda, outros intervalos apontados por diferentes autores.

Ao invés de tentar chegar a uma conclusão a respeito do número de participantes, numa pesquisa, deve-se considerar que o tamanho do grupo esteja adaptado aos propósitos da investigação (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). De acordo com Dias (2000):

O número de pessoas deve ser tal que estimule a participação e a interação de todos, de forma relativamente ordenada. Por experiência prática com dinâmicas de grupo, pode-se considerar que 6 pessoas são suficientes para promover uma discussão. Com menos de seis pessoas, as idéias e interações tendem a ser mais esparsas e há maior probabilidade de algumas pessoas se sentirem intimidadas pelos mais extrovertidos. Grupos com mais de 10 pessoas, por outro lado, são mais difíceis de serem gerenciados quanto ao foco da discussão e à distribuição do tempo disponível para a participação efetiva de todos (p. 3).

Outro aspecto a ser considerado é o tempo de realização de um grupo focal. Os autores Aschidamini e Saupe (2004), Carlini-Cotrim (1996), Dias (2000), Gomes (2003) e, Iervolino e Pelicioni (2001) concordam que a duração varie entre uma a duas horas. Alguns autores sugerem que os níveis de cansaço dos participantes sejam observados, assim o grupo pode se estender desde que os participantes estejam confortáveis e, conseqüentemente, as discussões se

mantenham produtivas.

2.3 Especificidades no uso de grupos focais com crianças

As publicações a respeito da técnica de grupo focal com crianças datam da década 1980, mesmo período em que a técnica qualitativa de investigação é ampliada para novas áreas de conhecimento além da mercadológica.

Ainda pouco explorada nas pesquisas nacionais, os estudos publicados a respeito da técnica de grupo focal infantil são de maioria estrangeira com concentração de trabalhos norte-americanos. As peculiaridades de sua utilização com crianças destacadas na presente pesquisa foram redigidas com base nas poucas fontes especializadas a respeito do tema. Ressaltamos, portanto, a importância de interpretar as informações apresentadas e adaptá-las de acordo com a cultura e o contexto em que vivem as crianças brasileiras.

As autoras Greene e Hogan (2005) referem que nos últimos dez anos houve um aumento considerável no número de publicações a respeito do tema, em geral estudos no campo da psicologia da saúde e educação para a saúde, mas também utilizado em muitas outras áreas de investigação. Algumas dessas disciplinas, com o exemplo de autores com publicações na área, são:

[...] trabalho social (Charlesworth & Rodwell, 1997), sociologia (Wight, 1994), pesquisa de mercado (McDonald & Topper, 1988), aconselhamento escolar (McMahon & Patton, 1997), educação (Lewis, 1992), psiquiatria infantil (MacMullin & Odeh, 1999), crianças com necessidades especiais (Morningstar, Turnbull, & Turnbull, 1995; Rinne, 1997), e antropologia (Agar & MacDonald, 1995). Dentro destas disciplinas os grupos focais têm sido utilizados para diferentes fins e em diferentes etapas do processo de pesquisa, por exemplo, a fim de explorar as ideias e valores das crianças, desenvolver e adaptar questionários para as crianças e, desenvolver programas educacionais. (GREENE; HOGAN, 2005, p. 3 – traduzido pela pesquisadora)¹³.

¹³ No original: “[...] social work (Charlesworth & Rodwell, 1997), sociology (Wight, 1994), market research (McDonald & Topper, 1988), school counselling (McMahon &

Assim como na utilização com adultos, nos grupos focais infantis a interação das crianças com seus pares é uma das principais e mais relevantes características da técnica. Greene e Hogan (2005), afirmam que tal interação contribui para corrigir o desequilíbrio de poder que pode se estabelecer entre o adulto pesquisador e a criança.

Segundo Mauthner (1997), o grupo focal é capaz de recriar um ambiente familiarizado pelas crianças, já que estas estão comumente acostumadas aos pequenos grupos formados nas escolas e salas de aula, tornando sua aplicação confortável nesse sentido. É preciso lembrar de que essa não é a realidade da maioria das escolas públicas brasileiras, nas quais um grande número de crianças é agrupado em uma única sala de aula, entretanto a afirmação trazida pelo autor nos indica que aquelas crianças que já frequentam a escola terão maior possibilidade de se adequarem à técnica ao participar de um grupo focal, pois já socializam com outras pessoas fora do convívio familiar.

Na pesquisa com crianças, a utilização de grupos focais como método de coleta de dados qualitativos se torna possível quando o pesquisador analisa as características gerais da técnica e as peculiaridades próprias da criança, enquanto ser em desenvolvimento, aliando ambos os conceitos com o tema da pesquisa e os objetivos que se deseja alcançar com a investigação.

Aqui serão discutidos critérios específicos sobre a composição e a execução dos grupos focais que os tornam adequados para a utilização com crianças, seja como técnica única de pesquisa ou parte de uma ampla metodologia de investigação.

O primeiro fator a ser considerado ao se planejar a formação de um grupo focal infantil diz respeito à idade de seus participantes. Sinner et al. (2013),

Patton, 1997), education (Lewis, 1992), child psychiatry (MacMullin & Odeh, 1999), children with special needs (Morningstar, Turnbull, & Turnbull, 1995; Rinne, 1997), and anthropology (Agar & MacDonald, 1995). Within these disciplines focus groups have been used to different ends and at different stages of the research process, for example, in order to explore children's ideas and values, develop and adapt questionnaires for children, and develop educational programmes” (GREENE; HOGAN, 2005, p. 3).

referem que para a execução de um grupo focal com crianças ser bem-sucedida, estas devem ter a partir de seis anos de idade, possivelmente devido a estas já estarem frequentando a escola. Hoppe et al. (1995) recomendam evitar que hajam grandes discrepâncias de idade entre os participantes do grupo.

Nesse mesmo sentido, nos deparamos com o fator tamanho do grupo. De acordo com Sinner et al. (2013), grupos focais infantis podem conter de quatro a seis participantes quando formados por crianças entre seis e dez anos. Os autores indicam que se pode chegar a um limite de oito crianças por grupo quando essas possuírem mais de dez anos, em média crianças mais velhas, respeitando-se o tema e os objetivos da pesquisa.

Outros autores indicam como típica recomendação grupos que contenham pelo menos cinco crianças e não mais do que oito. Greene e Hogan (2005) ressaltam que “O perigo com grupos menores do que isso é que eles podem se tornar entrevistas paralelas, enquanto grupos maiores podem tornar mais difícil para o moderador manter o foco da discussão” (p. 8 – traduzido pela pesquisadora)¹⁴.

Diferente dos aspectos abordados pelos autores a respeito da composição dos grupos focais adultos observados neste capítulo, na pesquisa com crianças surgem também questão de homogeneidade e heterogeneidade. Segundo as autoras Greene e Hogan (2005), algumas pesquisas exploram tópicos sensíveis, como sexualidade, em que se deve considerar a possibilidade de composição de grupos por participantes do mesmo sexo.

O nível de conhecimento, vinculação e familiaridade entre as crianças também determina o funcionamento de um grupo. Quando as crianças estão reunidas pela primeira vez, estas podem ter a necessidade de se conhecerem antes a fim de se sentirem confortáveis para iniciar uma discussão, fato que exige um maior tempo programado para a atividade. No caso de um grupo infantil, o fato das crianças se conhecerem previamente, como por exemplo, através da escola,

¹⁴ No original: “The danger with groups smaller than this is that they may become parallel interviews, while larger groups may make it more difficult for the moderator to maintain the focus of the discussion” (GREENE; HOGAN, 2005, p. 8).

não se torna impedimento para sua execução, podendo até mesmo facilitar a utilização de tal abordagem (GREENE; HOGAN, 2005).

Entre tantos fatores que impedem ou facilitam discussões produtivas em grupos focais infantis, há uma última consideração, sobre o tempo máximo de um encontro. Como forma de orientação, Greene e Hogan (2005) orientam no máximo de 45 minutos de discussão para um grupo constituído por crianças menores de 10 anos de idade e recomendam, para crianças entre dez e quatorze anos de idade, o tempo máximo de uma hora. Segundo as autoras “O moderador deve estar preparado para encerrar a discussão cedo se as crianças parecerem entediadas ou cansadas e pode prolongar a sessão, se as crianças parecerem estar entretidas e ansiosas para contribuir” (p. 9 – traduzido pela pesquisadora)¹⁵.

Além das orientações gerais a respeito do papel do moderador e do observador de um grupo focal, no que se refere à participação de crianças, Sinner et al. (2013) indicam que os mesmos possuam experiência no trabalho com a faixa etária definida e possuam conhecimento prévio sobre seus processos de desenvolvimento.

Sobre esse assunto, dentre as indicações realizadas pelas autoras Greene e Hogan (2005), está a constante atenção às contribuições das crianças, procurando colaborar para que suas falas possuam determinada clareza e, afirmam ainda que, ao receber uma resposta potencialmente ambígua ou contraditória nem sempre o moderador deve exigir uma coerência entre o tema, considerando que a percepção e a forma de se expressar da criança é diferente da do adulto e que, de qualquer forma, o mais importante é garantir que todos os pontos de vistas sejam abordados. Buscar entre as crianças diferentes ideias daquelas já expressas pode evidenciar divergências ainda não reveladas, de acordo com as autoras.

As informações sobre o grupo focal devem igualmente ser transmitidas aos adultos responsáveis pela participação das crianças na pesquisa e

¹⁵ No original: “The moderator should be prepared to terminate discussion early if children appear bored or tired and may prolong the session if children appear engaged and eager to contribute” (GREENE; HOGAN, 2005, p. 9).

às próprias crianças, nesse caso utilizando-se uma linguagem adaptada e considerando a quantidade de detalhes de acordo com a faixa etária. O início do grupo é o momento favorável para tratar destas questões e falar também sobre as questões éticas envolvidas, como a confiabilidade do conteúdo que será discutido (GREENE; HOGAN, 2005).

Ainda durante o processo de introdução do grupo, indica-se a aplicação de atividades que contribuem para a vinculação das crianças no grupo, com o moderador e que, também servirão como o início da definição do cenário que se buscará alcançar durante o desenvolvimento da discussão. Assim se as tarefas centrais do grupo envolvem atividades físicas é interessante iniciar com jogos que envolvam movimento, objetos, etc., ou se as tarefas fundamentais têm foco na discussão ou na utilização de textos e imagens virtuais, é importante que estas também possam refletir nas atividades escolhidas (GREENE; HOGAN, 2005).

Algumas características estruturais precisam ser consideradas no planejamento do grupo focal, entre elas a organização de um local adequado para o encontro. Segundo Sinner et al. (2013), um ambiente desconhecido pode ser desencadeador de um estado ansioso, principalmente nas crianças mais jovens, dessa maneira, as crianças podem se sentir mais confortáveis em ambientes familiares a elas. A localização e a facilidade de acesso também devem ser consideradas.

O conjunto das informações aqui apresentado compõe uma base para a utilização da técnica de grupo focal com crianças e são capazes de inspirar e guiar sua aplicação em trabalhos como este. Devido ao limite de referências que tratam do tema, estas configuram o pontapé inicial para a estruturação mais específica da técnica de grupo focal em pesquisas com crianças, assim como a criação de atividades capazes de possibilitar sua aplicação na prática.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Desenvolver e fundamentar o uso da técnica de grupo focal com crianças em pesquisas de cunho qualitativo, utilizando como temática a avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde.

4.2 Objetivos específicos

- Planejar e estruturar o uso da técnica de grupo focal com crianças;
- Identificar os principais aspectos que constituem a técnica de grupo focal quando utilizada com crianças na faixa etária entre oito e dez anos de idade;
- Discutir os principais conteúdos que envolvem a avaliação do serviço de saúde mental realizada pelas crianças enquanto temática dos grupos focais.

5. METODOLOGIA

O presente capítulo pretende expor os pressupostos envolvidos na concepção do objeto de investigação deste trabalho. Entende-se aqui que a definição dos procedimentos abrangidos na pesquisa de campo e a escolha do método de análise dos conteúdos obtidos são determinantes do caminho que possibilitou a apreensão da totalidade do objeto em estudo como tarefa substancial na construção de conhecimento científico.

5.1 O método na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica

Propor a investigação de uma técnica para seu uso na pesquisa qualitativa com crianças pressupõe considerar as concepções que estes sujeitos possuem de suas próprias realidades, construídas num determinado contexto social e histórico. A Psicologia Sócio-Histórica oferece os pressupostos teóricos necessários a esse trabalho ao compreender que a consciência humana é determinada pelas atividades do homem e suas relações historicamente estabelecidas na sociedade.

Conforme citamos anteriormente Vigotski é o principal representante dessa perspectiva que, inspirado pela teoria marxista, utilizou o materialismo histórico-dialético como base filosófica e metodológica em seus trabalhos científicos. Para o autor, a historicidade proposta por este método deve ser compreendida como a verdadeira base do estudo teórico e não complementar a ele, afirmando que *“estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança; esse é o requisito do método-dialético”* (VIGOTSKI, 1989, p, 74 – grifo do autor).

Para Martins (2008) “a história é o produto dos modos pelos quais os homens organizam sua existência ao longo do tempo e diz respeito ao movimento e as contradições do mundo, dos homens e de suas relações” (p. 42). Estes pressupostos nos direcionam para a construção deste trabalho e, principalmente,

na análise dos conteúdos aqui considerados, ou seja, a história de cada uma das crianças que participaram desta pesquisa, localizada na descrição existente em seus prontuários institucionais.

No materialismo histórico dialético compreende-se a matéria como essencial à existência da consciência e do pensamento humano, conforme aponta Martins (2008) “As sensações, as idéias, os conceitos, etc. não emergem da consciência a partir de si mesma, mas originam se na materialidade do real” (p. 41), para a autora:

O materialismo dialético como método sistematiza princípios que orientam a construção do conhecimento de todos os aspectos de um fenômeno, da realidade e, sobretudo, das relações mútuas, das interdependências que entre elas existem e por isso prima por ser um método de compreensão do real como totalidade. (MARTINS, 2008, p. 51)

O psiquismo do homem é determinado por sua interação com a sociedade, mediada pela atividade dominante num dado período de seu desenvolvimento. Não há, portanto, outra forma de compreender sua totalidade se não pela lógica material-dialética.

Os sujeitos participantes desta pesquisa, as crianças, se encontram em processo de formação e desenvolvimento de suas funções psíquicas superiores e da definição das singularidades de suas personalidades o que dependerá das condições sociais, históricas e econômicas de suas vidas que, no caso desta pesquisa expressam questões relacionadas à saúde mental ao serem inseridas num serviço neste campo.

Anteriormente vimos que o homem se apropria dos fenômenos da realidade objetiva através de suas relações sociais construídas na história e que um dos determinantes da consciência humana é a atividade principal, o trabalho na vida adulta, mas também e, ao mesmo tempo, a linguagem por meio da qual ele pensa sobre a realidade e se comunica (LURIA, 1991).

No processo de apropriação individual da realidade cultural pelo homem, este modifica a natureza e tem sua consciência também por ela

transformada. Como afirmam Aguiar e Ozella (2006) “o homem, no agir humano, realiza uma atividade externa e uma interna, e ambas as situações (divisão essa somente para fins didáticos) operam com os significados” (p. 226).

Os significados são produções históricas e sociais que permitem a comunicação e a transmissão da experiência humana. Para Aguiar e Ozella (2006), os significados também são transformados no decorrer da história no momento em que a natureza se modifica internamente para o homem transformando seu pensamento entendido, nessa perspectiva, como um processo.

Ao tratar das diferentes funções psíquicas presentes na atividade consciente do homem, Vigotski (2001) destaca as relações estabelecidas entre o pensamento e a palavra. Em seus estudos o autor aponta a diferença entre um método que decompõe a totalidade complexa do pensamento humano e um método que o desmembra em unidades (produto das propriedades do todo), preservando suas propriedades inerentes. A palavra reflete o aspecto interno do pensamento, seu significado.

Sua investigação se direciona, entretanto, para a compreensão da forma como a unidade, que preserva as propriedades inerentes à totalidade do pensamento verbalizado, ou seja, a palavra pode ser encontrada em seu aspecto interno, seu significado.

[...] Ao mesmo tempo, porém, o significado é parte inalienável da palavra como tal, pertence ao reino da linguagem tanto quanto ao reino do pensamento. Sem significado a palavra não é palavra mas som vazio. Privada do significado, ela já não pertence ao reino da linguagem.

Por isso o significado pode ser visto igualmente como fenômeno da linguagem por sua natureza e como fenômeno do campo do pensamento. Não podemos falar de significado da palavra tomado separadamente. O que ele significa? Linguagem ou pensamento? Ele é ao mesmo tempo linguagem e pensamento verbalizado. Sendo assim, fica evidente que o método de investigação do problema não pode ser outro senão o método da análise semântica, da análise do sentido da linguagem, do significado da palavra (VIGOTSKI, 2001, p. 10).

Vigotski compreende em sua teoria, conforme já referenciamos neste

trabalho, as unidades intelecto e afeto como sendo inseparáveis na atividade consciente do homem, o pensamento humano é sempre emocionado (Aguiar e Ozella, 2006). Segundo o autor:

Quem separou desde o início o pensamento do afeto fechou definitivamente para si mesmo o caminho para a explicação das causas do próprio pensamento, porque a análise determinista do pensamento pressupõe necessariamente a revelação dos motivos, necessidades, interesses, motivações e tendências motrizes do pensamento, que lhe orientam o movimento nesse ou naquele aspecto (VIGOTSKI, 2001, p. 16).

O homem atribui ao significado, enquanto unidade pré-existente para ele, um sentido pessoal e subjetivo. Aguiar e Ozella (2006) nos ajudam a compreender o que estas duas unidades distintas, mas dependentes uma da outra, constituem:

Afirma-se, assim, que o sentido é muito mais amplo que o significado, pois o primeiro constitui a articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente a uma realidade. [...] O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. O sentido deve ser entendido, pois, como um ato do homem mediado socialmente. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída (AGUIAR, OZZELA, 2006, p. 226-227).

O materialismo histórico-dialético presente na Psicologia Sócio-Histórica, afirma Vigotski (2001), permite a revelação das unidades internas pensamento e linguagem e o estudo da relação entre o pensamento verbalizado e a vida consciente do homem em sua totalidade e com seus elementos particulares.

Ela mostra que existe um sistema semântico dinâmico que representa a unidade dos processos afetivos e intelectuais, que em toda ideia existe, em forma elaborada, uma relação afetiva do homem com a realidade representada nessa idéia. Ela permite revelar o movimento direto que vai da necessidade e das motivações do homem a um determinado sentido do seu pensamento, e o movimento inverso da dinâmica do pensamento à dinâmica do comportamento e à atividade concreta do indivíduo (VIGOTSKI, 2001, p. 16-17).

Conhecer alguns dos aspectos referentes ao momento do desenvolvimento psíquico, às singularidades da criança, assim como os determinantes na forma com que ela comumente se relaciona socialmente, atribuirá qualidade ao trabalho que utiliza uma técnica metodológica baseada na comunicação verbal desses sujeitos e na interação com seus pares, como no caso dos grupos focais.

5.2 Local da pesquisa: contextualização histórica

O estudo de campo realizado por este trabalho foi conduzido na área de saúde mental infantojuvenil do serviço de saúde intitulado Centro de Saúde Escola (CSE), compreendido como Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu¹⁶ (FMB-UNESP), emergiu enquanto instituição de saúde de um projeto de ensino na comunidade por meio de uma Unidade de Saúde que se insere na Rede de Atenção Primária de saúde do município.

A apresentação do processo de geração e implantação do local da pesquisa, contextualizado de maneira histórica, condiz com o caminho que esta investigação optou por traçar ao revelar algumas das características sobre a relação que o serviço de saúde em questão estabeleceu com a população que se propõe a assistir no decorrer dos anos.

A escolha do local em que se dá a exploração do objeto de pesquisa em campo se constituiu pela proximidade da autora com a instituição e as áreas de interesse que permeiam tal relação, já devidamente esclarecidas no início deste trabalho, mas também pelo motivo deste serviço possuir verdadeiramente determinada vinculação com a comunidade em que atua em correlação com os princípios da Reforma Psiquiátrica, desde sua implantação.

Inaugurado em dezembro de 1972, a inserção do CSE no município foi

¹⁶ Segundo o IBGE (2010), a cidade de Botucatu é considerada um município de médio porte, com um total de 127.328 habitantes, localizada no interior do estado de São Paulo, a 230 km da capital paulista. Dados mais recentes revelam uma estimativa de 139.483 habitantes residentes em Botucatu no ano de 2015 (IBGE, 2010).

pensada a fim de abranger parte da área urbana e rural da cidade, ocupando instalações provisórias durante seu primeiro decênio de existência, entre os anos de 1973 a 1982. Desde sua criação, assumiu características peculiares “de um lado, pela complexidade do trabalho coletivo existente, e de outro, pelo nítido compromisso assistencial” (CYRINO, 1993, p. 91).

No início, o CSE compreendia três programas básicos: Saúde do adulto, Saúde da criança e Saúde da gestante, além do subprograma de Prevenção de Câncer Ginecológico. Posteriormente, foram incluídos os subprogramas de tuberculose, em 1976 e, de hanseníase, em 1982. Nesse mesmo ano inaugurou-se uma segunda instalação, localizada em um bairro diferente da Unidade de referência, porém com o serviço de assistência voltado às mesmas áreas de atuação citadas acima (CYRINO, 1993, p. 91).

Progressivamente, a partir da década de 1980, foram sendo incluídas no CSE outras áreas de atenção, com atividades assistenciais específicas, como Oftalmologia, Dermatologia, Saúde Ocupacional, Saúde Bucal, Fonoaudiologia e Saúde Mental (SM) (CYRINO, 1993). Além das atividades de prevenção, promoção e reabilitação à saúde, o CSE assumiu um espaço de ensino ao receber estudantes dos cursos de graduação, residência e aprimoramento profissional da FMB-UNESP (NAKAMOTO, 1992) além de desempenhar atividades na comunidade (fora do espaço físico).

A atenção à saúde da criança esteve presente no plano assistencial do CSE desde sua inauguração, sendo que, um dos três primeiros médicos contratados tinha formação com Residência em Pediatria, direcionando suas atividades na Unidade para essa população. Com atuação voltada à saúde pública, o mesmo contribuiu ainda para a “formulação dos roteiros de trabalho” (CYRINO, 1993, p. 158), nessa especialidade. Com a posterior implantação da área de Saúde Mental, a população infantojuvenil residente na área delimitada pelo serviço passou a ser acolhida pela equipe com atividades assistenciais diretamente direcionadas a saúde mental de crianças e adolescentes.

Há uma descrição atual do serviço disponível no site da FMB-UNESP

que pode ser acessada através do link Unidade Auxiliar, seguido de Centro de Saúde Escola, onde consta:

O Centro de Saúde Escola é uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (FMB) com administração própria. É um órgão de integração docente-assistencial para atenção primária à saúde, destinado ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência com extensão de serviços à comunidade. O CSE é parte do Sistema Único de Saúde (SUS) de Botucatu, respondendo por aproximadamente 30% da atenção básica do município em diversas modalidades de atendimento: consultas individuais, grupos terapêuticos, atividades de educação em saúde, busca ativa, vigilância em saúde, visitas domiciliares, atividades em sala de espera, aconselhamento, coleta de exames, vacinação, pequenos procedimentos cirúrgicos, procedimentos odontológicos, entre outros (FMB, 2014).

A criação de uma área específica para Saúde Mental, em 1993, surgiu sob a influência da iniciativa do governo Franco Montoro em criar equipes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Estado de São Paulo, aderindo aos princípios da Reforma Psiquiátrica (RP), sendo o CSE a primeira instituição com tal característica no município de Botucatu-SP (ABDALA, COLENCI e MORENO, 2003; NAKAMOTO, 1992).

O sub-programa de Saúde Mental foi implantado no CSE, em julho de 1983, por uma equipe multiprofissional que contava com: auxiliar de enfermagem, assistente social, psicopedagoga, psicóloga e médico psiquiatra. As atividades eram desenvolvidas através de terapia de grupo para: alcoolistas, familiares de alcoolistas, orientação conjugal e psicoterapia verbal de adultos. A auxiliar de enfermagem realizava a triagem dos casos para os respectivos grupos. Posteriormente, passou a realizar ainda, um trabalho de educação em saúde para trabalhadores de diferentes empresas do município, voltado ao diagnóstico mais precoce do alcoolismo (CYRINO, 1993, p. 100).

Em nota, o autor afirma ainda que:

Inicialmente, havia apenas uma médica psiquiatra contratada pelo CSE em 20 horas/semanais. O restante do grupo era constituído pela equipe multiprofissional de saúde mental do

Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, que trabalhava parte do tempo no CSE. Posteriormente, a unidade contratou psicóloga (40 hs/sem.) e ampliou a jornada da psiquiatra (40 hs/sem.). (CYRINO, 1993, p. 100)

A FMB-UNESP descreve em sua página *on-line*, cada uma das áreas do CSE, sendo a SM caracterizada como uma área que:

Oferece assistência integral em nível primário a indivíduos adultos ou crianças, que apresentem sofrimento psíquico ou transtornos mentais, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, conforme suas necessidades.

Desde sua implantação, tanto a própria instituição quanto as áreas que constituem o CSE enquanto Unidade Básica de Saúde enfrentaram diversas mudanças em sua estrutura física, em seus recursos humanos e na caracterização de suas atividades assistenciais.

A área de Saúde Mental, mais especificamente, vem sofrendo, no decorrer dos anos, drásticas alterações em sua equipe profissional. No início de 2013, faziam parte do quadro de profissionais, uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem, e três Psicólogos (as) (responsáveis pelos atendimentos infantis e adultos)¹⁷, uma Assistente Social (contratada por tempo determinado), um Psiquiatra e, um (a) Psicólogo (a) do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia em Saúde Pública. A partir de 2013, psicólogos (as) vinculados (as) aos programas de Aprimoramento em Psicologia da Saúde também realizam atividades na área de Saúde Mental.

A partir de 2013, com a reabertura dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso e, posteriormente, em 2016, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, os psicólogos vinculados a esses programas, todos pela FMB-UNESP, também passaram a compor a equipe durante um período significativo do ano letivo.

No segundo semestre de 2013 e início de 2014, uma das Psicólogas e a Assistente Social se desligaram do serviço, sem novas reposições. Em seguida, o

¹⁷ Uma das psicólogas é responsável, também, pela coordenação da área de SM.

Psiquiatra também se desvinculou. É importante ressaltar que a restrição da equipe profissional pode ter atingido tanto a área de saúde mental adulta quanto infantojuvenil, entretanto houve um esforço mútuo da equipe para que os atendimentos infantis não sofressem prejuízos.

O serviço de Saúde Mental sempre funcionou com “portas abertas” à população adstrita em seu território de abrangência. O acolhimento ao público que chega ao serviço seja por demanda espontânea ou encaminhada por outras áreas do CSE ou outros serviços de saúde do município, é realizado através da Triagem.

A Triagem, para a população adulta e infantojuvenil¹⁸, se caracteriza por um espaço de escuta ampliada, que direciona a construção dos processos terapêuticos de cada usuário acolhido na área, após as discussões dos membros da equipe. Tal procedimento é realizado pelos psicólogos da equipe de SM e caracteriza o primeiro atendimento ao usuário, requisito obrigatório para ser inserido nas categorias de atendimento propostas (NOGUEIRA, 2009).

Atualmente, as principais atividades desenvolvidas na área, tanto aos adultos quanto às crianças e adolescentes, são atendimentos individuais e grupais (grupo de apoio e grupo de terapia para adultos). A equipe tem se reestruturado e expandido sua atuação através da utilização de matriciamento¹⁹ das demais áreas de saúde da Unidade.

No processo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. (BRASIL, 2011, p. 13).

¹⁸ A Triagem é realizada na presença de pelo menos um dos pais e/ou responsáveis.

¹⁹ O Ministério da Saúde define “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011, p. 13).

5.3 Procedimentos metodológicos

A pesquisa empírica se delimitou a contemplar como participantes crianças entre oito e dez anos de idade. A opção pela faixa etária se embasa na Psicologia Sócio-Histórica e suas contribuições ao que se relaciona ao desenvolvimento da consciência na criança, conforme discussão apresentada no terceiro capítulo deste trabalho.

O início do processo de exploração em campo foi dedicado à identificação das crianças atendidas no serviço de saúde mental nos anos de 2013, 2014 e 2015, através da busca por informações em diferentes documentos, sendo o primeiro deles os Livros de Triagens²⁰.

A consulta dos Livros de Triagem possibilitou a identificação de quais crianças possuíam atualmente (no momento da realização dos grupos focais) idade entre oito e dez anos, como critério de inclusão na pesquisa, abrindo caminho para o acesso aos seus respectivos prontuários. A leitura desse segundo documento consultado permitiu, por sua vez, conhecer a trajetória de cada criança que seria posteriormente convidada para participar do grupo focal.

Ainda nessa fase, foram delimitados critérios de inclusão da participação nos grupos focais sendo, ter participado de ao menos quatro atendimentos individuais e/ou grupais com o psicólogo (a) antes de serem desvinculados do serviço (por encaminhamento, alta clínica ou alta por abandono²¹) se for o caso e, possuir capacidades cognitivas e de verbalização

²⁰ O Livro de Triagens é um documento elaborado pela própria equipe de saúde mental (psicólogos (as) servidores públicos) e psicólogos (as) dos Programas de Aprimoramento Profissional e/ou Residência), que possui como finalidade o registro de informações básicas dos usuários do serviço ao serem atendidos pela primeira vez. No livro são preenchidos os seguintes dados: data do primeiro atendimento realizado; número de registro do prontuário; nome da criança ou adolescente atendido; telefone do responsável para contato; idade; como chegou ao serviço (por encaminhamento ou de forma espontânea); período que frequenta a escola; principal queixa identificada como motivo que o levou a buscar o serviço e; conduta realizada pelo profissional psicólogo (a) que os atendeu.

²¹ Configura-se alta por abandono quando o usuário falta três vezes consecutivas aos

preservadas, conforme necessidade requerida pela técnica de grupo focal. Também se objetivou a formação de um grupo focal com crianças que permaneciam em atendimento no serviço de saúde mental, no período em que os grupos focais foram realizados, respeitando-se os critérios de participação definidos, considerando que o objeto de pesquisa é o desenvolvimento da técnica e, garantindo, portanto, a não interferência em seus processos psicoterápicos em andamento.

As crianças identificadas, que não permaneciam mais no serviço, foram agrupadas de acordo com a forma com que seus processos psicoterápicos se encerraram. Assim, seis crianças se desvincularam do serviço de saúde mental após serem encaminhadas e/ou receberem alta clínica, doze crianças romperam seus atendimentos por alta por abandono e onze crianças permaneciam sendo atendidas no período de realização dos grupos focais.

Os grupos focais foram assumidos com o propósito principal de desenvolvimento e fundamentação de uma técnica que permite a escuta de crianças em pesquisas de caráter qualitativo, método de apreensão de dados subjetivos, sobre suas experiências e vivências em diferentes campos de investigação e que, nessa pesquisa específica, se direcionou para a temática de avaliação do serviço de saúde mental no qual foram acolhidas em determinado período e atendidas por profissionais inseridos na área.

5.3.1 Grupos focais infantis

O planejamento, a escolha pela estrutura e a realização dos grupos focais com as crianças participantes da pesquisa, envolveram diferentes etapas de construção embasadas por aspectos específicos da literatura que trata sobre o tema, pensando estratégias de inclusão da criança numa atividade de expressão e opinião libertárias e independentes sem desconsiderar o papel do lúdico nesse processo. A seguir estão apresentados os documentos, materiais e atividades

atendimentos agendados sem justificativa.

desenvolvidos para a utilização da técnica de grupo focal com crianças nessa pesquisa.

Um dos documentos construídos foi uma carta (Apêndice A) que servisse como convite para participação voluntária das crianças na pesquisa e que foi endereçada aos pais e/ou responsáveis. Nela continham os objetivos da investigação e as orientações necessárias para participar, assim como informada a necessidade de presença de um acompanhante adulto responsável pela criança na data do encontro. Posteriormente, próximo aos dias dos encontros, foram realizados telefonemas com o propósito de retomar o convite realizado através das cartas e esclarecer possíveis dúvidas em relação a esse processo. Essa ação possibilitava também estimar o número de participantes dos grupos.

Sobre a configuração dos grupos, optou-se por realizá-los na mesma sala de ludoterapia em que as crianças haviam sido atendidas ou ainda estavam em processo de atendimento psicoterápico, definição que teve por intenção perceber a possível identificação que as crianças estabeleceriam com o ambiente além da probabilidade de ser um espaço que transmitisse segurança aos participantes, devido à existência de prévia familiarização com o local.

Ao proceder com os grupos focais, no início de cada encontro realizado, foram priorizadas as questões éticas inicialmente com os pais/responsáveis reunidos em separado para devida apresentação das pesquisadoras (moderadora e moderadora observadora), obtenção formal do consentimento para participação das crianças na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e esclarecimento de dúvidas.

Ao reunir as crianças para início do grupo, os mesmos procedimentos éticos foram realizados, sendo: apresentação das pesquisadoras e a leitura e esclarecimento do Termo de Assentimento (Apêndice C, devidamente adequado para a faixa etária), como forma de obtenção de seus consentimentos para participarem na pesquisa. Nesse momento, as crianças foram esclarecidas sobre os motivos pelos quais foram convidadas a comparecer no serviço e os objetivos da

pesquisa, informadas sobre a gravação em áudio da discussão no grupo focal e da garantia de confidencialidade das informações, sempre com uma linguagem adequada para sua compreensão.

Um roteiro semiestruturado (Apêndice D) foi elaborado enquanto forma de ordenação das discussões em grupo com temas e estratégias que contemplavam os objetivos desta pesquisa. Também ficou definida a utilização de algumas regras simples com as crianças, outra forma para mínima organização do grupo, sendo: “Falar um de cada vez; Pensar com calma antes de responder; Perguntar quando não estiver entendendo; Não há resposta certa ou errada; Nossa conversa ficará em segredo”.

Ficou definida uma atividade opcional, possível de ser utilizada no início dos grupos de acordo com a necessidade momentânea observada pela moderadora e que dizia respeito à confecção de crachás por cada uma das crianças com seus respectivos nomes caso se fizesse preciso alguma atividade que estendesse a apresentação inicial dos participantes com o propósito de ampliar o vínculo entre eles.

A primeira atividade desenvolvida para introduzir a temática da discussão do grupo focal foi a apresentação de figuras que representam situações, objetos ou locais do CSE e da área de saúde mental e que, poderiam ou não ter sido vivenciadas pelas crianças em suas experiências com o serviço em geral e posteriormente possíveis de serem qualificadas pelas crianças através de figuras que expressassem as opções “Gosto”, “Não sei” e “Não gosto”.

Para abranger os temas relacionados de maneira mais específica com o acolhimento e atendimentos psicoterápicos ofertados no serviço optou-se pela utilização de duas opções de Livros infantis²²: Tudo bem ser diferente e O livro dos sentimentos, ambos do autor Todd Parr, capazes de dar margem para as discussões que deveriam ser estabelecidas entre a moderadora e crianças

²² Os livros utilizados nos encontros foram selecionados a partir do artigo intitulado “Tecendo a manhã - a literatura infantil como recurso no preparo para o enfrentamento da revelação diagnóstica em crianças que vivem com HIV-AIDS”, de autoria de Ângelo Antônio Abrantes e Andréa Cristina Menezes Durgan.

participantes. No decorrer das discussões outras figuras com as expressões, “Louco”, “Tanto faz”; “Choro”; “Feliz”; “Raiva”; “Desconfiado”; “Medo”; “Dor”; “Triste” e “Cansado” foram inseridas e contempladas ao tema dos grupos focais.

A finalização do grupo, última etapa do processo, requer a retomada dos conteúdos abordados durante a discussão com as crianças e a oferta de que as mesmas pudessem expressar algo a mais. A oferta de um lanche fica definida no reencontro das crianças com seus responsáveis.

Foram realizados dois grupos focais, um com as crianças que foram encaminhadas ou receberam alta clínica ao encerrarem seus atendimentos psicoterápicos individuais ou grupais, dividido em dois encontros²³ e outro com as crianças que se encontravam em processos psicoterápicos no serviço²⁴. Houve uma tentativa de realização de grupo focal com as crianças que receberam alta por abandono após passarem por atendimento psicoterápico, seguindo os mesmos critérios de seleção e convocação aqui definidos, porém nenhum participante compareceu na data e local definidos.

5.3.2 Análise dos dados

O materialismo histórico-dialético constituiu a base metodológica de análise dos dados produzidos na presente pesquisa. A interpretação teórica dos dados obtidos com os grupos focais infantis foi realizada com base nos conceitos explorados na Psicologia Sócio-Histórica, sobretudo ao que diz respeito ao desenvolvimento psíquico da criança na visão de seus principais representantes.

A apropriação dos conteúdos produzidos nos diálogos estabelecidos com as crianças foi inspirada na obra de Aguiar e Ozella, os quais fazem uso do

²³ A necessidade de um segundo encontro foi identificada posteriormente ao primeiro encontro e sua avaliação preliminar.

²⁴ Enquanto as crianças, que ainda permaneciam em atendimento no serviço, participavam do grupo focal, foi também realizado, ao mesmo tempo, um grupo focal com seus pais e/ou responsáveis. Tal proposta faz parte de outro projeto, mais amplo, a respeito da avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil.

método materialista histórico e dialético no trabalho com a análise de dados qualitativos a partir da identificação de núcleos de significação e de sentido.

A análise de dados se tornou possível nessa pesquisa a partir das transcrições literais dos áudios dos grupos focais infantis. No início foram realizadas incessantes leituras desse material, tarefa intitulada por alguns autores como ‘leituras flutuantes’. Aguiar e Ozella (2006) tratam desse mecanismo como sendo parte do processo de familiarização do pesquisador com o conteúdo obtido:

Irão emergindo temas os mais diversos, caracterizados por maior frequência (pela sua repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas, etc. (AGUIAR e OZELLA, 2006, p.).

As inúmeras leituras desse material direcionaram a determinação de três temáticas de análise: (A) Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental; (B) A técnica qualitativa de grupo focal infantil e; (C) O serviço de saúde mental infanto-juvenil. Através dessas temáticas os dados da pesquisa foram apresentados e realizados interpretações teóricas, assim como realizada a verificação da relevância dessas temáticas para os objetivos da investigação, critério básico apontado por Aguiar e Ozella (2006).

O desafio de trabalhar com uma metodologia pouco explorada na pesquisa nessa faixa etária, nos conduziu para a adoção de um formato singular de análise, condizente com os objetivos do trabalho, buscando explorar ao máximo todos os conteúdos produzidos na experiência de realização dos grupos focais infantis.

5.4 Aspectos éticos

O projeto inicial deste trabalho obteve parecer favorável, de nº 1.141.184, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP, estando em conformidade com as normas éticas estabelecidas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012). Anteriormente a esse processo, obteve autorização formal da

diretoria do CSE, assim como da Coordenação da área de Saúde Mental.

Em relação às práticas de pesquisa, foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas aos participantes do estudo, que envolviam o TCLE para autorização dos pais e/ou responsáveis das crianças para participação nos grupos focais e o Termo de Assentimento para as crianças que participaram dos grupos focais²⁵, ambos contendo todas as informações necessárias sobre os objetivos do estudo, os métodos de coleta de dados utilizados, o sigilo e a garantia do direito de desligamento do participante do estudo a qualquer momento, sem prejuízos²⁶.

Também se destaca como aspecto ético, a prévia construção e delimitação metodológica adequada ao estudo, como garantia da justa análise e apresentação dos resultados, assim como o comprometimento com a apresentação do material obtido com a pesquisa, após sua conclusão, a todos os envolvidos, através de entrevista devolutiva.

²⁵ O Termo de Assentimento foi construído de forma coerente para a compreensão das crianças, respeitando as necessidades e singularidades de sua faixa etária.

²⁶ Cada participante, adultos e crianças, receberam uma cópia do TCLE.

6. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE

Neste capítulo apresentamos os dados coletados a partir da pesquisa empírica desenvolvida no presente trabalho, em especial a análise construída na experiência de realização dos grupos focais infantis e dos conteúdos produzidos pelas crianças a respeito do tema proposto na aplicação da técnica.

O local da pesquisa é um serviço de saúde mental, conforme citado anteriormente, considerado uma das áreas específicas de atendimento ao público presentes no Centro de Saúde Escola de Botucatu-SP, se constituindo atualmente como um dos principais dispositivos de atenção à saúde mental infantojuvenil inserido na atenção primária de saúde do município, orientado para o acolhimento e cuidado de crianças e adolescentes inseridas em seu território de abrangência.

Os dados obtidos através do Livro de Triagens, meio de documentação, produzido pela própria equipe de saúde, do primeiro atendimento realizado com cada criança que busca o serviço de saúde mental, nos ofereceu uma breve identificação de toda a demanda que procurou por atendimento entre os anos de 2013 e 2015 nesse serviço. Posteriormente partimos aos dados mais específicos sobre as crianças que participaram dos grupos focais obtidos através da leitura de prontuários institucionais.

Identificamos que em 2013 foram realizadas 127 triagens com crianças e adolescentes entre dois e dezoito anos de idade, em 2014 esse número foi de 106 atendimentos e em 2015 o número foi ainda menor, 85 atendimentos iniciais. No final de 2013, a equipe de saúde mental foi reduzida com a saída de uma psicóloga que realizava atendimentos na área infantil, sem nova reposição dessa profissional, a queda no número de triagens provavelmente se deve a necessidade da equipe em trabalhar com o agendamento semanal de casos novos. O que antes funcionava de acordo com a livre demanda possivelmente passou a limitar o número de atendimentos.

Somando o período entre 2013 e 2015, o número total de triagens com usuários do sexo feminino correspondeu a 126 (39,62%), sendo, portanto, inferior

ao masculino, o qual se totalizou em 192 (60,38%). Esta informação condiz com grande parte dos estudos brasileiros na área, analisados no primeiro capítulo desta dissertação, os quais afirmam que os meninos são maioria dos usuários dos serviços de saúde mental infantojuvenil (DELFINI, 2009; HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; WIELEWICKI, 2011; BORSA et al., 2013).

Na categoria idade, foi possível concluir que a faixa etária com maior número de atendimentos registrados no Livro de Triagens esteve entre cinco e sete anos de idade com 87 (27,35%) dos casos novos no período avaliado. As crianças que participaram dos grupos focais infantis, de oito a dez anos, correspondem a segunda faixa etária com maior número de atendimentos realizados no serviço com 78 (24,52%) registros entre 2013 e 2015. Wielewicki (2011) revela em seu estudo que crianças entre sete e 12 anos de idade compõem a maior faixa etária presente nos serviços de saúde mental infantil. Hoffmann, Santos e Mota (2008) indicaram que a principal faixa foi de 11,1 anos de idade e Delfini (2009) entre cinco e 15 anos.

A análise das demais faixas etárias que procuraram por atendimento no serviço no período investigado demonstrou: de 11 a 13 anos de idade foram realizados 57 (17,92%) triagens; entre 14 e 16 anos foram 51 (16,03%); 36 (11,32%) atendimentos iniciais entre dois e quatro anos e apenas nove casos novos na faixa entre 17 e 18 anos de idade.

Informações referentes às principais queixas apresentadas e aos meios de encaminhamento ao serviço de saúde mental foram analisadas somente nos prontuários das crianças que participaram dos grupos focais infantis, sendo a apresentação detalhada destes dados realizada nos próximos itens.

6.2 Os grupos focais infantis

Como proposta de coleta de dados qualitativos, foram realizados dois diferentes grupos focais infantis. O primeiro grupo contemplou três crianças que já haviam se desvinculado do serviço de saúde mental ao encerrarem seus

atendimentos psicoterápicos individuais ou grupais através de alta clínica, o nomeamos de Grupo A. Já o segundo contou com a participação de sete crianças que ainda se encontravam em processos psicoterápicos no serviço, individuais ou grupais, o reconhecemos como Grupo B.

Os Grupos A e B se constituíram de maneiras bem singulares e com diferenças significativas, tanto em sua composição quanto na própria forma com que se estruturaram e se desenvolveram. Os próximos itens apresentados trazem importantes informações sobre os participantes que nos ajudarão na análise a respeito dessas produções tão peculiares.

6.2.1 Caracterização dos participantes

Os quadros a seguir sintetizam e ilustram alguns dados relevantes sobre cada uma das crianças que participaram dos grupos A e B²⁷, sendo a primeira referente aos participantes do Grupo A.

Quadro 1 - Identificação dos participantes – Grupo A

Nome	Sexo	Idade	Acompanhante	Encaminhamento	Atendimento Recebido	Tempo de Inserção no Serviço
Bebel	Feminino	8 anos	Avó Materna	Pediatria CSE	Grupal e Individual	6 meses
Caetano	Masculino	9 anos	Avó Paterna	Escola	Grupal	5 meses
Chico	Masculino	9 anos	Mãe	Escola	Grupal	6 meses

O primeiro grupo exposto foi realizado em dois encontros, sendo que no segundo encontro somente duas das crianças participaram, Caetano e Chico. Bebel justificou que não poderia estar presente, pois teria um compromisso na data agendada para a realização do mesmo. A próxima tabela é referente aos participantes do Grupo B.

²⁷ Os nomes adotados para cada um dos participantes são fictícios.

Quadro 2 - Identificação dos participantes – Grupo B

Nome	Sexo	Idade	Acompanhante	Encaminhamento	Atendimento Recebido	Tempo de Inserção no Serviço
Cássia	Feminino	9 anos	Mãe e Irmã	Serviço de saúde	Grupal	1 ano e 1 mês
Nando	Masculino	10 anos	Pai	Escola	Individual	10 meses
Ney	Masculino	8 anos	Avó materna	Escola	Individual e Grupal	1 ano e 10 meses
Malu	Feminino	9 anos	Avó paterna	Pediatra CSE	Individual	2 meses
Maria	Feminino	8 anos	Mãe	Pediatra CSE	Individual e Grupal	2 anos e 2 meses
Raul	Masculino	10 anos	Mãe	Escola	Grupal	3 anos e 1 mês
Elis	Feminino	10 anos	Avó materna	CAPS I	Grupal	10 meses

Com base nas informações descritas através dos quadros percebemos que as avós (maternas ou paternas) corresponderam a 50 % dos responsáveis que acompanharam as crianças no momento dos grupos focais, muitas delas sendo as principais cuidadoras destes sujeitos e/ou residentes na mesma habitação em que vivem as crianças e outros familiares.

Em relação aos encaminhamentos a maioria teve origem nas escolas, seguido de outros serviços de saúde geral e um encaminhamento de outro serviço de saúde mental inserido na rede de atenção básica do município, o CAPS I. Na apresentação da trajetória de cada um dos participantes dos grupos, revelada no próximo item, é possível percebermos a relação entre estes dispositivos de encaminhamento ao serviço de saúde mental e as principais queixas apresentadas pelos responsáveis por cada uma das crianças que procurou por atendimento na área.

Antes de adentrarmos estas características subjetivas de cada um destes sujeitos, de maneira geral é possível adiantarmos que grande parte dos motivos que justificam a procura pelo serviço revelados nos prontuários está relacionada ao ambiente escolar (dificuldades de aprendizagem; baixo rendimento escolar; *bullying*; dificuldade de concentração), informações relatadas pelos responsáveis de sete das dez crianças que constituíram os grupos focais.

Aqui cabe ressaltarmos a relação existente entre os dados coletados e aqueles revelados por outras pesquisas científicas, às quais demonstraram a predominância de queixas escolares entre os motivos de procura por atendimento nos serviços de saúde mental. No trabalho de Borsa et al. (2013) e de Wielewicki

(2011) as dificuldades de aprendizagem são a principal justificativa da necessidade de atendimento infantil nestes serviços, e na investigação de Delfini (2009) e Santos (2006) este é apontado como a segunda principal queixa revelada.

Na metade dos participantes, foram também apontadas nos prontuários, queixas de ansiedade e agitação exacerbada. O uso de medicamentos contínuos por quatro dentre as dez crianças participantes da pesquisa representa outro dado significativo na descrição dos participantes, além do acompanhamento por outros serviços de saúde como na área de neuropediatria. No estudo de Borsa et al. (2013) dentre a demanda de crianças investigadas enquanto usuários de um serviço de saúde mental a maioria fazia uso de medicamentos.

Estas informações compreenderam significativa relevância na análise dos grupos focais propriamente ditos e das discussões produzidas com esta técnica utilizada na presente pesquisa.

6.2.2 Trajetória dos participantes no serviço de saúde mental infantojuvenil

Cada criança que participou dos grupos focais possui uma trajetória independente que foi ou ainda permanecia sendo construída no serviço de saúde mental infantojuvenil no momento de realização dos encontros. As singularidades de cada uma delas enquanto usuárias deste dispositivo de saúde e as relações nele estabelecidas serão descritas individualmente a seguir, conforme dados obtidos das anotações existentes em cada um de seus prontuários, na ordem em que aparecem em ambas as tabelas apresentadas acima²⁸.

²⁸ Como os dados foram obtidos dos prontuários, as informações coletadas a respeito dos participantes podem não ser as mesmas para todos, pois dependem das anotações feitas pelo profissional que realizou o atendimento de triagem. Apesar desse documento, principal meio de obtenção dos dados aqui descritos, conter campos para dados como: raça, renda econômica e religião, os quais julgamos importantes, observou-se que em nenhum dos prontuários consultados esses dados foram preenchidos. Além disso, estas informações correspondem ao período anterior às datas dos encontros grupais podendo ter se modificado posteriormente.

Bebel

Bebel passou por duas vezes no serviço de saúde mental. Na primeira, realizou Triage em fevereiro de 2013, recebeu atendimento psicoterápico grupal, porém abandonou o tratamento. A segunda vez em que foi recebida no serviço foi em setembro de 2014, a qual será considerada no presente relato.

Na última vez em que Bebel procurou o serviço de saúde mental esteve acompanhada de seu pai. Na época, ela possuía sete anos de idade, inserida no segundo ano do Ensino Fundamental I numa escola municipal pública e estudava no período da manhã. No momento da pesquisa seus pais estavam casados e Bebel possui um irmão; sua mãe, com 36 anos, trabalhava como lojista, e seu pai, com 44, era comerciante.

Bebel foi encaminhada ao serviço de saúde mental pela área Pediátrica do CSE. Nesse período ela se encontrava em tratamento, estava acima do peso e realizando uma mudança em seus hábitos alimentares. Seu pai elegeu, durante a Triage, queixas relacionadas à ansiedade e agitação. Bebel passava o dia com a avó materna, ficando sob os cuidados dos pais somente à noite e aos finais de semana e cobrava a presença dos mesmos. Queixas relacionadas à escola também foram citadas em seu prontuário. Segundo dados do documento, a mesma apresentava nervosismo ao realizar as tarefas escolares em casa e dificuldades na leitura.

Bebel passou, portanto, a receber atendimento individual no serviço de saúde mental. Foram realizadas, no total, nove sessões individuais com Bebel e duas sessões de orientação com seus responsáveis. A mesma recebeu alta clínica em fevereiro de 2015.

Caetano

Caetano chegou ao serviço de saúde mental pela primeira vez em junho de 2013, acompanhado de sua avó paterna. Na ocasião, a mesma buscava

também atendimento para a irmã de Caetano que é um pouco mais velha do que ele. Nessa época, Caetano tinha sete anos de idade e cursava o segundo ano do Ensino Fundamental I em uma escola municipal pública, no período da manhã.

Caetano foi encaminhado ao serviço de saúde mental pela escola onde estudava com queixas relacionadas à baixa frequência escolar e pouco estímulo familiar. Ao ser atendido em Triagem junto com sua avó paterna, essa relatou queixas de dificuldade de acompanhamento das atividades de ensino e pouca concentração.

Em seu prontuário, constam indagações do profissional que os atendeu em relação à possível atraso da fala e de uma estrutura familiar complexa. Não havia informações a respeito dos pais de Caetano, sabe-se que ambos não viviam juntos e que ele e a irmã residiam com a avó paterna e um tio portador de doença mental.

Como proposta terapêutica, o serviço de saúde mental, via discussão de equipe, ofereceu a Caetano, naquele período, atendimento psicoterápico grupal. Foram registradas vinte sessões em grupo e três sessões de orientação à sua responsável. Em dezembro de 2013, ao final do ano letivo, Caetano recebeu alta clínica por sua evolução observada no grupo ao qual estava inserido, justificada pela resolução das queixas, com base no relato de sua avó paterna.

Chico

Chico foi recebido no serviço de saúde mental pela primeira vez também em junho de 2013, acompanhado de sua mãe. Assim como Caetano, ele possuía sete anos de idade e cursava o segundo ano do Ensino Fundamental I na mesma escola municipal pública, no período da manhã, porém em turmas diferentes. No período de coleta dos dados constava que seus pais eram casados; sua mãe, com 28 anos de idade era dona de casa e seu pai, com 33 era pedreiro. Chico não possuía irmãos.

Encaminhado ao serviço de saúde mental através de sua escola, Chico

apresentava queixas de dificuldade na aprendizagem e leitura. Durante a Triage, sua mãe contou que o mesmo manifestava ansiedade além de chorar quando precisava ir para a aula. A mesma referiu ainda que ele era organizado e adequado em sala de aula, além de ter atingido as notas na média esperada.

A mãe de Chico relatou que no ano anterior à triagem ele havia sofrido *bullying* e que por isso precisou mudar de escola, se adaptando bem ao novo ambiente. A mesma elegera queixas sobre seu relacionamento interpessoal, afirmando que o mesmo se irritava e chorava ao ser contrariado, porém afirmou também que o mesmo tinha amigos e, em geral, uma boa socialização.

A atenção destinada a Chico pela equipe do serviço de saúde mental foi através de atendimento psicoterápico grupal. O mesmo passou por quatorze sessões em grupo e sua mãe foi atendida em três sessões para possíveis orientações durante esse período. Com base nos relatos da mãe, devido à melhora das queixas relatadas, Chico recebeu alta clínica em dezembro de 2013 e sua responsável foi orientada a procurar o serviço novamente caso julgasse necessário.

Cássia

Cássia esteve no serviço de saúde mental pela primeira vez em novembro de 2014, porém o primeiro relato de atendimento psicoterápico com ela data de julho de 2015. Sua mãe a acompanhou na triagem e, naquele momento, Cássia possuía sete anos de idade e estava inserida no Ensino Fundamental I de uma escola municipal pública, no período da tarde.

Consta no momento da triagem que os pais de Cássia eram separados e a mesma residia com a mãe, dona de casa, na época com 44 anos e a irmã com 18 anos de idade e quase não possuía contato com o pai. Provavelmente Cássia foi encaminhada por outro serviço de saúde, pois em seu prontuário constava somente os nomes de dois médicos responsáveis por seu direcionamento ao serviço de saúde mental.

As anotações de seu primeiro atendimento no serviço trazem a

apresentação de um histórico de queixas relacionadas à agitação exacerbada, desde aproximadamente os três anos de idade. Sua mãe contou que a mesma não conseguia prestar atenção, assistir filme, levava tudo à boca, não permanecia sentada em sala de aula e mexia nas coisas dos colegas na escola. Iniciou acompanhamento em serviço de neuropediatria em 2013, com base nessas queixas e desde então fazia uso de Ritalina®²⁹, alegando melhora após início do uso da medicação. Havia tido duas convulsões recentes naquele ano e seus exames não apontaram nenhuma causa biológica.

Não foram relatadas queixas relacionadas ao desenvolvimento, em seu prontuário constava que sua mãe manteve sua gestação em segredo, mas realizou os exames de pré-natal. Foi informado também que Cássia não aceitava a imposição de regras e limites, sendo que o relato do profissional que a atendeu em triagem confirma tais queixas ao ter observado a criança nesse dia, além de ter indicado a presença de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)³⁰.

Cássia passou, até o momento de realização do grupo focal, por 15 sessões em grupo com outras crianças e sua mãe foi recebida no serviço de saúde mental duas vezes para possíveis orientações.

Nando

Nando já havia passado por acompanhamento na área de saúde mental, tendo realizado Triagem em novembro de 2012 e retornado no início de 2013 para início dos atendimentos psicoterápicos em grupo, em seu prontuário não há anotações sobre sua desvinculação do serviço neste período, somente que na época

²⁹ Ritalina® é o nome comercial para metilfenidato, principal substância receitada a crianças diagnosticadas com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (EIDT; TULESKI, 2010), utilizado para controlar a atenção e a conduta de crianças (EIDT; TULESKI; FRANCO, 2014).

³⁰ Na Classificação estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é indicado pela sigla F90.0 – Distúrbios da atividade e da atenção (OMS, 1996).

surgiram mudanças positivas. Passou por Triagem pela segunda vez em julho de 2015, sendo os dados a seguir correspondentes a esse segundo momento.

Quando retornou ao serviço para uma segunda Triagem Nando estava com nove anos de idade e cursava o quarto ano do Ensino Fundamental I em uma escola municipal pública no período da tarde. Sua mãe, com 44 anos, o acompanhou em seu primeiro atendimento. Seu pai tinha 38 anos de idade, eles eram casados e Nando tem um irmão de 17 anos de outro relacionamento de sua mãe.

A escola em que estudava o encaminhou ao serviço de saúde mental. Na Triagem constavam relatos da mãe sobre o mesmo estar em processo de avaliação pela área de neuropediatria, com suspeita de diagnóstico de dislexia. Também foram relatadas queixas de dificuldades em impor limites ao filho e da ausência do pai em sua educação, além de outras questões mais pontuais, mas que já haviam sido resolvidas.

Nando foi acolhido através de atendimentos psicoterápicos individuais e permanecia em acompanhamento no serviço, totalizando nove sessões até a data de realização do grupo focal, além de um atendimento prestado à sua mãe durante esse período.

Ney

Ney compareceu pela primeira vez ao serviço de saúde mental em julho de 2014. Na época ele tinha seis anos de idade e estava próximo de completar sete anos. Quem o acompanhou foi sua avó materna, com quem residia, além de sua mãe. Ney estudava no período da tarde em uma escola municipal pública de Ensino Fundamental e Educação Infantil. Seus pais eram separados; sua mãe possuía 34 anos e trabalhava na área da saúde e seu pai, na época com 39 anos, possui outra filha além de Ney, na época com oito anos de idade.

O encaminhamento de Ney ao serviço foi através de sua escola, com queixas relacionadas a baixo desempenho escolar, dificuldades de concentração e

agitação, entretanto sua avó afirmou que em casa Ney era pouco impulsivo e bem concentrado em suas brincadeiras e atividades diárias. Ela também relatou que Ney havia apresentado dificuldades ao começar a falar e que possuía problemas de fonética (no momento da pesquisa o mesmo realizava também tratamento na fonoaudiologia).

Outra característica destacada durante a Triagem foi o fato de Ney ser muito carinhoso, apontada essa como sendo uma justificativa para sua dificuldade em se relacionar interpessoalmente com outras crianças e se socializar. Sua alimentação foi descrita como sendo muito restrita. A avó ainda trouxe dados sobre uma gestação conturbada, devido a conflitos com o pai, o qual chegou a ser afastado judicialmente do convívio com o filho e demais integrantes da família por um determinado período de tempo. O pai possuía desde então pouco contato com Ney.

No serviço de saúde mental, no início Ney passou por atendimentos psicoterápicos individuais, totalizando seis sessões e no momento da coleta de dados era acompanhado em grupo com outras crianças, tendo passado por 21 sessões até o momento de realização do grupo focal. Sua avó materna foi recebida em nove sessões para as orientações necessárias.

Outro dado importante constatado em seu prontuário era o início do uso de Ritalina® em março de 2016, medicamento prescrito a Ney através do ambulatório de neuropediatria no qual ele estava em acompanhamento, devido à ‘distúrbios de aprendizagem’ e, há anotações sobre Ney ter apresentado mal-estar geral após seu uso além de ter sofrido diversos efeitos colaterais causados pelo medicamento.

Malu

Malu iniciou acompanhamento no serviço de saúde mental em 2016. Na Triagem ela esteve acompanhada de sua avó paterna, com a qual residia além de seu avô. Malu tinha nove anos de idade e estava no quarto ano do Ensino

Fundamental I de uma escola municipal pública. Sua mãe, com 36 anos era diarista e residia num município vizinho, seus pais eram separados e seu pai possuía 36 anos de idade. Malu tem um irmão na época com 11 anos e outro com 13 anos de idade, este último somente por parte de sua mãe.

Ao ser recebida em Triagem, a avó de Malu contou que ela tinha bom desempenho escolar, apesar de terem ocorrido alguns desentendimentos com outras crianças. Nas anotações de seu prontuário constava que Malu tinha fala infantilizada, fez tratamento com a fonoaudiologia por nove meses, mas se recusava a fazer os exercícios orientados. Também havia conflitos relatados com o avô. Segundo sua avó, a mãe de Malu era ausente e seu pai estava detido. O profissional que realizou a Triagem aponta queixas de dificuldades no relacionamento além de observações sobre impaciência da avó com a neta.

Malu foi encaminhada pelo pediatra e havia começado a participar de atendimentos individuais no momento em que a pesquisa foi realizada.

Maria

Maria passou por Triagem no serviço de saúde mental em março de 2014 acompanhada de sua mãe. Ela tinha sete anos de idade e estava no segundo ano do Ensino Fundamental I e estudava à tarde numa escola municipal pública. Sua mãe, na época com 41 anos, trabalhava como cozinheira e seu pai, com 32 anos de idade era trabalhador rural, eles estavam separados há cinco anos. Sua mãe havia se casado novamente, o padrasto de Maria tinha 45 anos e era montador, no momento da Triagem. Em seu prontuário constava que Maria tem uma irmã mais velha, na época com 19 anos.

Sua mãe relatou queixas relacionadas a dificuldades escolares, contou que Maria era desligada e se dispersava com facilidade. Ela fazia fonoterapia e ainda não sabia ler e nem escrever. Segundo a mãe não havia outras crianças de companhia para brincar e na escola Maria acabava também ficando sozinha, ela também relatou que tanto seu pai quanto outros integrantes da família paterna

eram ausentes. A mãe referiu ainda que quando Maria tinha apenas um mês teve uma crise em que ficou vermelha e trêmula, sem muitos detalhes. Logo que entrou na escola, com cinco anos de idade, demonstrou dificuldades na aprendizagem. Nas demais anotações da Triagem aparecem dificuldades no relacionamento e vinculadas à escolaridade.

Em seu prontuário consta que Maria era atendida no serviço de neuropediatria desde julho de 2014 e que havia uma suspeita de epilepsia descrita como “crise de ausência”, e que a mesma fazia uso de todos os seguintes medicamentos, no momento desta pesquisa: Depakene®, Depakot®, Clobozan®, Ibuprofeno® e Bromaprida®.

Maria foi encaminhada ao serviço pela médica Pediatra do CSE. Na área de saúde mental a atenção inicial direcionada a ela foi através de atendimentos psicoterápicos individuais, 16 sessões no total e, depois Maria passou a ser acompanhada em grupo com outras crianças, sendo 12 sessões até a data de realização do grupo focal. Só havia um registro de sessão com sua mãe.

Raul

Raul chegou ao serviço de saúde mental em abril de 2013 acompanhado de sua mãe. Na época ele tinha sete anos e cursava o segundo ano do Ensino Fundamental I, no período da manhã, de uma escola municipal pública através da qual ele foi encaminhado. Sua mãe e seu pai tinham 37 anos de idade e ambos eram empresários, donos de um negócio próprio.

O profissional que os atendeu em Triagem descreveu “*bullying*” como hipótese diagnóstica inicial. Na época sua mãe relatou que ele estava com dificuldades na escola e que não se encontrava totalmente alfabetizado, não sabia ler fluentemente e ainda não conseguia escrever com letra cursiva, além de não copiar os conteúdos das aulas e não realizar as tarefas. Referiu que um colega estava batendo nele e que nenhuma atitude era tomada por parte da coordenação da escola.

Não foram relatadas queixas referentes a comportamentos indesejados, a mãe de Raul contou apenas que o filho não falava muito sobre o que sentia ou pensava. O profissional que realizou o atendimento de Triagem escreve ter observado que Raul era tímido e inibido. Esse mesmo profissional fez uma carta encaminhada à coordenação da escola para tratar das questões referidas pela mãe.

Raul foi acolhido no serviço, passou por três sessões individuais e logo em seguida iniciou os atendimentos psicoterápicos em grupo, totalizando 48 sessões até a realização do grupo focal. Sua mãe compareceu 11 vezes para sessões de orientação.

Elis

Elis foi encaminhada pela primeira vez ao serviço em março de 2013, através da área de pediatria do CSE. Nessa ocasião ela foi encaminhada para a neuropediatria e não havia demais anotações em seu prontuário. Num segundo momento, Elis veio ao serviço de saúde mental encaminhada pelo Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) do município e passou por uma segunda Triagem em julho de 2015, a qual será considerada no relato a seguir.

Compareceu ao serviço acompanhada de sua avó materna com quem residia. Elis possuía oito anos de idade e cursava o quarto ano do Ensino Fundamental I de uma escola municipal pública, no período da tarde. Sua mãe com 28 anos de idade era dona de casa e seu pai, também com 28 anos, era trabalhador rural, eles eram separados. Elis tem uma irmã, no período de coleta de dados com 11 anos, um irmão com cinco anos e outro com seis meses, os dois últimos de outros dois relacionamentos de sua mãe. Em seu prontuário consta que ela fazia, naquele período, uso dos medicamentos Depakene® e Urbanil®, pois possuía epilepsia.

Nas anotações de sua Triagem consta que ela tinha crises convulsivas desde que nasceu e que estas estavam controladas, além de possuir sonambulismo. Em relação ao rendimento escolar este foi descrito como sendo mediano, a avó

relatou que ela conversa muito em sala de aula, recebendo diversas reclamações da professora. Sua linguagem iniciou mais tarde do que o esperado, o mesmo para começar a andar e parar de usar fraldas. Ainda fazia uso de mamadeira e chupava o dedo. Sua avó também contou que Elis tinha muitos medos e sofria de terror noturno. Há dados de que a própria Elis contou durante a Triagem que era muito irritada e chorava facilmente em conflitos com os irmãos. O profissional que realizou a Triagem apontou dificuldades no relacionamento interpessoal e manifestação de ansiedade e agressividade como principais queixas.

Desde então, Elis havia passado por duas sessões individuais e naquele período participava de atendimentos psicoterápicos em grupo, sendo 11 sessões realizadas até o grupo focal. Sua avó compareceu três vezes no serviço para orientações. Elis foi também encaminhada para a neuropediatria.

6.3 Análise dos grupos focais infantis

A análise do material coletado com os grupos focais infantis é o resultado da soma entre o processo de leitura das transcrições literais das gravações em áudio e da interpretação teóricas desses conteúdos, apresentada nesse item através das temáticas: (A) Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental; (B) A técnica qualitativa de grupo focal infantil e; (C) Avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil.

A. Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental

A fundamentação da técnica de grupo focal para sua utilização com crianças não se restringe aos aspectos teóricos dessa metodologia de pesquisa, a relação entre o período de desenvolvimento psíquico e as singularidades de cada uma das crianças que participaram dos grupos focais realizados, constituem parte significativa na construção deste trabalho.

As crianças que participaram desta pesquisa possuíam entre oito e dez anos de idade no momento de realização dos grupos focais, contudo foram vinculadas ao serviço de saúde mental com idades que variam entre seis e nove anos. Ney (Grupo B) iniciou atendimento psicoterápico aos seis anos de idade; Bebel, Caetano, Chico (Grupo A), Cássia, Maria e Raul (Grupo B) aos sete anos; Elis (Grupo B) aos oito e; Nando e Malu (Grupo B) aos nove anos de idade.

As crianças que constituíram os grupos focais se comportaram de maneiras muito distintas durante os encontros, a tranquilidade e a organização das atividades e das discussões no Grupo A não pôde ser observada no Grupo B, que se caracterizou por ser um grupo mais agitado e com poucas falas consistentes.

Com base na periodização do desenvolvimento psíquico infantil, proposta por Vigotski, anteriormente mencionada no segundo capítulo deste trabalho, as informações apresentadas sobre as crianças indicam que a maioria delas procurou por atendimento no serviço de saúde mental e foram incorporadas em processos psicoterápicos na faixa etária que corresponde à crise dos sete anos. Todas as crianças que formaram o Grupo A tinham, em seus prontuários, o relato de queixas quase que exclusivamente sobre a escola, relacionadas a dificuldades de escrita e leitura. Nesse grupo, durante o primeiro encontro, em determinado momento da discussão as próprias crianças trouxeram estes dados que estão relatados em seus prontuários.

Pesquisadora 1: Me fala uma coisa, vocês vinham aqui por que? Vocês sabem? A mãe de vocês ou o pai ou a avó explicou porque que vocês vinham brincar aqui?

Caetano: Não. [...]

Chico: Não. Ah eu já sei, por que eu não sabia ler.

Caetano: Escrever.

Pesquisadora 1: É, por que você não sabia ler?

Chico: Ah, escrever eu sei.

Pesquisadora 1: E você Caetano? Ela te falou porque que você...

Caetano: No segundo ano a minha vó, ela pois eu aqui.

Pesquisadora 1: É?

Caetano: Causa que no segundo ano eu não sabia ler e nem escrever. [...]

Chico: Ah o dia que minha outra professora lá me confundiu a minha cabeça eu não sabia mais.

Pesquisadora 1: Hum

Caetano: O que? [...]

Chico: A Professora [cita o nome da professora], ai confundi minha cabeça, ai eu não sei ler.

Bebel: Eu acho que por que eu tinha dificuldade.

Pesquisadora 1: No que? Dificuldade no que?

Bebel: De ler um pouquinho.

Pesquisadora 1: Hãh?

Bebel: E de escrever.

Na trajetória de outras quatro crianças do Grupo B, inseridas no serviço aos seis e aos sete anos de idade, foram também apontadas significativas dificuldades enfrentadas no ambiente escolar³¹.

Retomando o conceito de atividade principal presente nas obras de Leontiev e Elkonin, já anteriormente mencionado ao tratarmos da perspectiva dos autores sobre o desenvolvimento psíquico infantil, identificamos que, possivelmente, a atividade dominante na faixa etária dos participantes dos grupos focais era, no momento de realização dos encontros, o estudo, evidenciada pelo conteúdo dos áudios dos grupos focais infantis.

A análise das transcrições literárias revela como o discurso das crianças esteve, em diversos momentos, relacionado ao ambiente escolar, seja sobre a aprendizagem (escrita/leitura) ou sobre as relações estabelecidas nesse espaço de socialização. Muitas das falas das crianças, em ambos os grupos, resgatavam aspectos deste contexto, traduzindo o momento vivenciado pelas crianças.

No trecho apresentado a cima, além da fala das crianças serem condizente com o relato de suas trajetórias no serviço, uma das falas do Chico (Grupo A) “Ah o dia que minha outra professora lá me confundiu a minha cabeça” também nos chamou a atenção para outras questões sobre relacionamentos estabelecidos e, por vezes, geradores de conflitos, no ambiente escolar. Ao retomarmos as informações sobre este participante, verificamos que sua mãe

³¹ Neste ponto, a fim de elucidarmos o contexto educacional do país, cabe mencionarmos que o início da escolarização formal/obrigatória no Brasil foi antecipado começando a ser introduzida na faixa dos seis anos de idade, coincidindo com o período da crise dos sete anos e o contato mais cedo da criança com a atividade de estudo.

descreveu que o mesmo chorava e se sentia ansioso ao ter que ir para a escola, além de ter apontado que ele sofreu *bullying*, infelizmente não há dados mais específicos sobre o que teria acontecido.

Em outro trecho, originário do segundo encontro deste grupo, Chico trouxe mais detalhes sobre o episódio.

Chico – Repeti de ano .

Pesquisadora 1 – Ce repetiu? É? Que que aconteceu?

Chico – É porque eu sabia lê ai a outra professora do terceiro ano B ela atrapalhou minha cabeça ai depois eu não consegui mais lê.

Pesquisadora 1 – Ela atrapalhou sua cabeça?

Chico – Eu fiquei do lado dela fazendo a lição.

Pesquisadora 1 – ãhn, mas como que ela atrapalhou, o que que ela fez, me explica melhor.

Chico – Quando eu entrei na sala dela pra fazer a lição ai depois ela chamou eu do lado.

Pesquisadora 1 – ãhn?

Chico – Ai depois não consegui mais lê.

Pesquisadora 1 – É?

Pesquisadora 2 – O que que você sentiu quando ela te chamou do lado, pra fica do lado dela?

Chico – ãhn... não senti nada.

Pesquisadora 2 – É?

Pesquisadora 1 – Você gostou disso? [responde negativamente balançando a cabeça] Não? É?! Mas por que será que ela te chamou pra fica do lado dela?

Chico – Ah só por que eu não sabia lê.

Neste momento, a fala de Chico possuiu um tom emocionado revelado pelo áudio registrado. Nele ficou claro que outros aspectos sobre seu relacionamento interpessoal puderam desencadear sintomas ligados à ansiedade capazes de terem interferido em seu desempenho escolar modificando a forma com que ele passou a se relacionar com os colegas (*bullying*). Com base no conceito de vivência, presente na Psicologia Sócio-histórica, existe uma relação entre a criança e o meio, que se expressa pela forma como ela se conscientiza e se relaciona com determinado acontecimento (VIGOTSKI, 2010).

A exclusão enfrentada pela criança na escola, principal meio em que ela se relaciona socialmente nessa faixa etária, dependendo das situações que tenha vivenciado, poderá determinar a forma com que ela passa a se posicionar

diante de outras pessoas e em outros ambientes. Outra criança, do Grupo B, possuía em seu prontuário informações de que também teria sofrido *bullying* na escola. Ao observarmos seu comportamento durante o encontro grupal percebemos que ela se comunicou muito pouco com as outras crianças, demonstrando-se mais introvertida.

A mesma observação pode ser feita para outra criança, nesse mesmo grupo, que se posicionou poucas vezes durante as discussões. Ela apresenta em seu prontuário informações sobre ter tido demandas específicas de cuidado em saúde desde muito cedo que, provavelmente, determinaram a forma com que ela se relacionava com outras crianças no ambiente escolar.

Os participantes do Grupo A já haviam se desvinculado do serviço de saúde mental, pois, de forma geral, tinham superado os principais motivos que os levaram a procurar por atendimento nessa área. As crianças do Grupo B permaneciam em processos psicoterápicos no serviço e, portanto, demandavam determinadas necessidades de cuidado em saúde mental.

Durante as discussões há o registro de diversas interrupções provocadas pelas crianças, bem mais presentes no Grupo B, no qual houve até mesmo a interrupção de algumas das atividades lúdicas propostas. Algumas das crianças deste grupo possuem queixas, registradas em seus prontuários, relacionadas à agitação exacerbada e a dificuldades de atenção e concentração, essas e outras características descritas em suas trajetórias refletiram na utilização da técnica de grupo focal com essas crianças.

A técnica de grupo focal, em especial a proposta de realizar uma avaliação qualitativa, exige da criança que essa tenha alcançado determinado nível de desenvolvimento das funções psicológicas superiores, como memória, concentração e atenção, por se tratar de um exercício reflexivo e subjetivo.

Retomando a discussão teórica realizada no segundo capítulo dessa dissertação, sabemos que o desenvolvimento complexo dessas funções ocorre através da interação social e da mediação de instrumentos e signos permitindo a aquisição de propriedades cada vez mais complexas, possibilitada através da

atividade guia de cada período do desenvolvimento psíquico, por exemplo, o estudo de conceitos científicos pela criança nessa faixa etária promove o caráter voluntário e consciente da atenção (EIDT; TULESKI, 2007).

Sobre esse aspecto, observamos que algumas das crianças do Grupo B tiveram indicado em seus prontuários o acompanhamento em outros campos da saúde, como na área de neuropediatria. Quatro participantes desse mesmo grupo faziam uso contínuo de medicamentos, sendo que duas utilizavam remédios frequentemente indicados em casos de diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, conforme o diálogo exposto a seguir.

Elis – Eu tomo isso [se refere à Figura – Remédios].

Pesquisadora 1 – Você toma isso? [...] Remédio?

Cássia – Eu também tomo.

Pesquisadora 1 – É Elis, faz tempo que você toma?

Elis – É, desde criança. [...]

Maria – Eu também tomo remédio. [...]

Elis – O meu pra crise convulsiva, e por que eu tenho a mancha na cabeça.

Pesquisadora 1 – Ah é?! Então todo dia você toma também!

Elis – É!

Cássia – Eu também tomo pra convulsão.

Pesquisadora 1 – É?!

Elis – De manhã e de tarde.

Cássia – Eu também tomo pra convulsão, eu já tive na escola, tremi na escola.

Uma das crianças que recebeu a prescrição do uso de Ritalina® foi encaminhada ao serviço por motivos de baixo desempenho escolar, dificuldades de concentração e agitação, mas no momento da triagem é relatado que em casa não são presenciados comportamentos impulsivos, que a criança se concentra nas brincadeiras e que tem sofrido sintomas adversos ao uso da medicação.

Pesquisadora 1 – Quem mais toma remédio, Ney? Se toma remédio? [responde positivamente balançando a cabeça] Todo dia? É? [...]

Ney – Não tudo!

Pesquisadora 1 – Não toma todo dia, é só quando tá doente?

Ney – Não, doente não. É pra eu i pra escola sim, eu tomo. [...]

Pesquisadora 1 – Quando o que?

Ney – Pra eu i na escola...

Pesquisadora 1 – Quando você vai na escola?

Ney – É. Eu tomo esse remédio só.

As informações presentes nos prontuários institucionais desses sujeitos seguem uma compreensão biológica e patologizante, muito presente em pesquisas na área de saúde mental, conforme demonstram Eidt, Franco e Tuleski (2014):

Os elevados índices e distúrbios de aprendizagem existentes na realidade brasileira nos convidam a pensar nos desdobramentos de diagnósticos indevidos, resultantes, em nossa opinião, de concepções negativas sobre a criança e seu desenvolvimento e de práticas educacionais e avaliativas que desconsideram a política educacional do país; a qualidade da escola oferecida aos seus usuários; a relação professor-aluno; a metodologia de ensino, a adequação de currículo e o sistema de avaliação adotado; diferenças sociais e culturais que não são respeitadas no sistema de ensino; a família – que ainda é vista como aquela que desvaloriza a educação formal em detrimento do trabalho, etc., responsabilizando a criança pelo não-aprender. Estas concepções, pautadas numa visão organicista e naturalizada de homem e sociedade só pode conceber o não-desabrochar das capacidades humanas tomadas como espontâneas como doença, patologia, inabilidade e incapacidade (p. 533).

Ignorando as contradições expostas, incluindo os efeitos colaterais provocados e que foram descritos no relato da trajetória de uma das crianças que participou dessa pesquisa, a falta de queixas consistentes analisadas sobre todos os aspectos, observamos um movimento de culpabilização e rotulação da criança que influenciará seu modo de convivência com as pessoas.

A criança escolar ainda não é capaz de regular a sua atenção com firmeza e de dominar seus processos atencionais, submetendo-os a sua vontade, por isso depende muito da mediação do adulto, que direcionará sua atenção para o essencial e a ajudará a estabelecer relações entre os indícios importantes nos conteúdos implicados nas atividades de estudo (EIDT; FRANCO; TULESKI, 2014, p. 89).

Eidt, Franco e Tuleski (2014) afirmam ser impossível pressupor que crianças entre cinco e sete anos de idade já possuam a atenção voluntária

consolidada ou que isso ocorra antes mesmo dessa faixa etária e afirmam: “Mesmo na idade de transição ou adolescência, vemos como extremamente temeroso que se explique a inexistência da atenção voluntária interna somente por aspectos orgânicos” (p. 93). Sabemos que algumas das crianças que participaram do Grupo B iniciaram o uso de medicamentos estando próximas da idade indicada pelas autoras.

Entendemos que informações mais específicas sobre a posição social e econômica das crianças que constituíram os grupos focais são de extrema relevância para a análise aprofundada da relação entre as peculiaridades presentes na vida dos sujeitos que participaram da presente pesquisa a configuração dos grupos focais realizados, porém nos restringimos aos dados dos quais tivemos acesso.

A próxima temática apresentada associada de maneira específica à técnica metodológica de grupo focal foi construída sem a desconsideração das singularidades no desenvolvimento psíquico destas crianças e de suas demandas em saúde mental, mas está também fundamentada por aspectos sociais e históricos presentes na vida desses sujeitos.

B. A técnica qualitativa de grupo focal infantil

A segunda temática de análise apresentada traz os principais aspectos relacionados ao uso da técnica de grupo focal, de caráter qualitativo, na pesquisa com crianças. Neste item, consideramos todos os fatores que se mostraram capazes de influenciar no manejo e na produção de conteúdos através dessa metodologia de pesquisa.

Conforme dito anteriormente, foram constituídos, na construção dessa investigação, dois grupos focais infantis com diferentes características, tanto na estrutura quanto na seleção de seus participantes que, condizente com as poucas referências teóricas que discutem questões metodológicas do uso da técnica de grupo focal com crianças, foram significativas para a singularidade do desenvolvimento de cada um dos grupos realizados.

Conforme já apresentamos, o Grupo A contou com apenas três crianças em seu primeiro encontro e duas no segundo e, o Grupo B, com sete crianças em um único encontro realizado, números um tanto quanto distantes. É claro que a quantidade de participantes em cada um dos grupos teve influência sob as discussões estabelecidas, entretanto esse não é o único aspecto relevante ao tratarmos da dinâmica dos grupos focais infantis.

As características individuais de cada criança, a trajetória no serviço e os motivos que as levaram a passar por atendimento psicoterápico na saúde mental são de suma importância para a discussão proposta por esta temática, além do fato de que em um grupo as crianças já haviam se desvinculado do serviço e no outro elas permaneciam sendo acompanhadas por profissionais da saúde, incluindo o psicólogo.

As inúmeras leituras da transcrição literal do áudio dos grupos focais infantis nos transmitiram a impressão de que as discussões produzidas no Grupo A possuíram uma linearidade que não é possível ser observada no Grupo B, seja em decorrência de um ou mais aspectos elencados acima. Obviamente, não devemos nos esquecer de que, se tratando de um grupo composto por crianças, com exceção das pesquisadoras, as interrupções serão sempre mais constantes e os diálogos se estabelecerão de maneira diferente se comparado a um grupo formado unicamente por adultos.

Greene e Hogan (2005) alertam para o fato de que grupos focais infantis com o número de participantes limitado podem se tornar entrevistas paralelas. As crianças que constituíram o Grupo A realizaram todas as atividades propostas do início ao fim, tanto no primeiro quanto no segundo encontro, contudo, seu número restrito de componentes indicou que os assuntos sugeridos para discussão pelas moderadoras poderiam ter sido mais explorados ou mais amplamente compartilhados se houvesse outras crianças participando.

Outro aspecto que contribuiu para essa questão e que também apareceu no Grupo B, é a posição mais assertiva que algumas crianças naturalmente assumem em relação a outras no decorrer dos encontros grupais o

que está relacionado às características individuais de cada uma delas. No Grupo A, as falas de Chico e de Caetano são maioria, pois estes participantes possuem aspectos de suas personalidades que contrapõem a introversão de Bebel que é outra participante que compôs este grupo. No Grupo B há poucos registros das contribuições de Maria e de Raul que também demonstraram características particulares na forma de se comportarem que podem justificar esse aspecto observado.

A forma de manejo das pesquisadoras da participação das crianças também são um indicativo da influência nas discussões que foram sendo geradas nos grupos focais. Greene e Hogan (2005) afirmam que os adultos responsáveis pela moderação dos grupos focais infantis possuem o papel de equilibrar a participação das crianças e seus diálogos. No Grupo A, a timidez de Bebel pôde ser superada com a constante solicitação de suas contribuições, o que surgiu efeito sobre o grupo e possibilitou que ela nos ofertasse informações relevantes sobre o foco de discussão.

Em contrapartida, por diversas vezes no Grupo B as pesquisadoras precisaram realizar um trabalho maior de organização das discussões, buscando conter as inúmeras interrupções e, ao mesmo tempo, orientar as falas das crianças. Tais intervenções restringiram o tempo qualitativo nesse grupo e influíram no desgaste das crianças. Por outro ângulo, a necessidade de controle explicitada também possui relação com as próprias crianças e suas singularidades.

Em relação aos diálogos promovidos, estes foram mais contínuos durante a realização das atividades lúdicas e apresentaram um aspecto mais consistente no Grupo A, em que os roteiros para execução dos encontros puderam ser mantidos e seu seguimento pelas pesquisadoras se deu de maneira tranquila. No Grupo B não houve linearidade na passagem de uma atividade à outra, sendo que algumas delas não foram nem ao menos finalizadas por completo, como a interrupção da leitura da história infantil, as súbitas mudanças de assunto durante o encontro e o próprio roteiro não fora totalmente contemplado.

A técnica de grupo focal, conhecida por proporcionar significativo

envolvimento entre os participantes e entre eles e os moderadores, demonstrou se intensificar ao ser utilizado na pesquisa com crianças.

A maior probabilidade de as crianças se sentirem cansadas no decorrer dos encontros, assim como a possibilidade de desinteresse pelas atividades propostas, são aspectos que influem na aplicação da técnica nessa faixa etária. A expressão de cansaço apareceu em todos os encontros dos dois grupos realizados. Mais explicitamente no segundo encontro do Grupo A, Caetano manteve uma postura bem menos ativa do que em sua primeira participação, verbalizando, mais de uma vez, que se sentia cansado e com sono. No trecho a seguir, ele mesmo justifica o motivo dessa sensação:

Pesquisadora 1: Cê tá cansado Caetano?

Caetano: Um pouquinho.

Pesquisadora 1: É?

Chico: Teve escola de manhã.

Pesquisadora 1: Cê acordou muito cedo hoje?

Caetano: Eu acordo 6 horas da manhã pra ir pra escola.

Pesquisadora 2: É, nossa, você deve tá cansado mesmo.

Apesar de esse segundo momento com o Grupo A ter adquirido uma dinâmica diferente na relação entre as crianças e entre elas e as pesquisadoras, sendo mais tranquilo se comparado ao primeiro, o comportamento de Caetano não refletiu perdas significativas na produção de conteúdos relevantes ao foco das discussões. No Grupo B a manifestação de cansaço aliada à falta de interesse ou de concentração por determinada atividade se fez presente em mais de um momento e por mais de uma das crianças, sobretudo durante a leitura do livro³².

O seguinte trecho apresentado traduz a forma que um dos participantes encontrou de manifestar como se sentia.

³² A atividade de leitura do livro infantil teve diferente influência no desenvolvimento dos dois grupos focais realizado, devido à necessidade da capacidade de leitura exigida às crianças. No Grupo A, apesar de uma das crianças não saber ler a realização de sua leitura mediou e contribuiu para a inserção dos temas e a produção da discussão focal. No Grupo B, a dificuldade de leitura aliada a outros aspectos relacionados à atenção e concentração expressos pelas crianças refletiu na atividade de leitura que se configurou num momento de desorganização do grupo, desinteresse das crianças e pouquíssimas falas produzidas e que se relacionavam ao tema proposto. Tais aspectos demonstram a necessidade de conhecimento prévio dos participantes que constituirão um grupo focal enquanto técnica de pesquisa com a participação destes sujeitos para a melhor definição das atividades lúdicas que serão utilizadas.

Ney – Tem travessero ai? [...] Tevesselo! Sabe onde que dorme?
 Pesquisadora 2/Pesquisadora 1 – Travesseiro?
 Ney – É! Se sabe que tem?
 Pesquisadora 1/ Pesquisadora 2 – Aqui não.
 Pesquisadora 1 – Aqui não. [...] Cê que deitar? Cê tá cansado?
 Ney – [Confirma de forma positiva com a cabeça] Um pouquinho.
 Pesquisadora 1 – É?! [...]
 Ney – To cansado por que... [Trecho inaudível] anda bem longe! Muito longe. [...] É porque minha casa é láááá longe! Perto da igreja.
 Pesquisadora 1 – E você sempre vem andando?
 Ney – [Confirma de forma positiva com a cabeça]

Outras maneiras de manifestação foram observadas na fala de Raul “Querira vê que hora são” e na sugestão de Cássia à pesquisadora “Acho que é melhor nem fica falando, acho que é melhor lê o livro e depois você fala sobre tudo”, posteriormente, também na ação de Cássia ao se levantar e se dirigir à outra mesa menor disposta na sala, seguida de Ney e Raul. O diálogo apresentado a seguir expõe esse momento, o qual sucedeu o desejo de uma das crianças por deixar o grupo focal.

Pesquisadora 1 – Cássia você num quer mais participar?
 Cássia – To com sono!!!
 Pesquisadora 1 – A gente, vem, vem pra gente continua lendo!
 Raul – Vou dormi. Vou dormi bem aqui ó.
 Pesquisadora 1 – Ney e Cássia, vou conversar sério com vocês, vocês não querem mais participar do grupo, é isso?
 Cássia – É por que a gente tá com sono.
 Ney – Não!
 Pesquisadora 1 – Você não quer mais participar, é isso? Não?
 Cássia – Porque ele ficou fazendo cosquinha nos otro.
 Pesquisadora 1 – Você quer ir embora?
 Pesquisadora 2 – Cê quer ir embora? A gente chama lá, quem que tá com você?
 Ney – Porque quer dormi só!
 Cássia – Não minha irmã, não Ney não! Não quero ir embora. Só queria ir mais rápido com as coisa!
 Pesquisadora 2 – Tá! Cê quer ir embora Ney, que cê tá cansado?
 Ney – Num to cansado, só to com dor nas costas, só andei.

Há ainda outras questões que podem ser analisadas na perspectiva da técnica de grupo focal e que são indispensáveis à qualidade de sua utilização na pesquisa com crianças, como no caso da determinação de regras, conforme Sinner

et al. (2013) fundamentam em sua investigação. O próprio comportamento e a atitude de duas das crianças sugerem a importância do investimento em determinadas normas de funcionamento dos encontros e que deve ser realizado no início dos grupos e reforçado no decorrer deles. Elis por muitas vezes manteve a postura de aguardar que as outras crianças fizessem silêncio para somente depois dar continuidade à sua fala. Por diversas vezes, Nando se direcionou para outras crianças afirmando que elas deveriam levantar a mão antes de começar a falar, o mesmo indicado pelas regras apresentadas a eles. A função das pesquisadoras no manejo dos grupos focais infantis tem relação com esse aspecto e para além dele.

A participação ativa do adulto que cumpre o papel de moderar o grupo focal infantil apontada por Greene e Hogan (2005) pôde ser facilmente observada tanto no Grupo A quanto no B em que as pesquisadoras se envolveram com as discussões e interagiram constantemente com as crianças, mas especialmente no Grupo B, suas falas são mais frequentes devido ao comportamento enérgico da maioria das crianças. Também nesse grupo foi necessário que uma das pesquisadoras se encarregasse de acompanhar os participantes sempre em que estes desejaram sair do grupo por motivos como ir beber água, ir ao banheiro ou mesmo deixar de participar do encontro.

O local de realização dos grupos focais, a escolha intencional pela sala de ludoterapia em que as sessões psicoterápicas são realizadas, conforme justificado na metodologia deste trabalho, pareceu ter transmitido segurança aos participantes por já estarem familiarizados ao ambiente. Greene e Hogan (2005) tratam da importância que essa segurança tem para a participação das crianças no grupo focal infantil. Devido às particularidades na composição dos grupos, houve diferenças na maneira com que os participantes se expressaram nesse espaço, já que no Grupo A as crianças estavam há aproximadamente um ano distantes do serviço e, no Grupo B elas permaneciam sendo atendidas nesse local ao menos uma vez na semana.

As crianças do Grupo A observaram a sala e perceberam as mudanças realizadas no ambiente após terem se desvinculado do serviço, ficaram mais

contidas e se focaram quase que exclusivamente nas atividades lúdicas desenvolvidas no grupo, permanecendo sentadas durante todo o tempo. Já as crianças do Grupo B tiveram outra experiência, conheciam muito bem a sala no formato em que se encontrava no período em que foi realizado o grupo focal e estavam habituadas aos materiais expostos, inclusive alguns haviam sido produzidos por elas próprias, como desenhos e objetos modelados com argila. Transitaram pelo ambiente e se levantavam diversas vezes durante as discussões, demonstrando uma exacerbação motora em comparação ao Grupo A.

Alguns trechos indicam que alguns dos componentes do Grupo B criaram a expectativa de que aquele encontro seria mais parecido com suas sessões psicoterápicas e se queixaram de que gostariam de brincar com os itens presentes no armário da sala. Em determinado momento Ney afirma “Ah primeiro a gente conversava, depois a gente só brincava, depois” indicando que era o que deveria ser também realizado no grupo focal.

A nossa preocupação em garantir os direitos das crianças ao inseri-las nessa pesquisa e ao mesmo tempo designar a elas a responsabilidade de responderem por si mesmas, foi traduzida pela adoção do Termo de Assentimento. Este documento foi utilizado como forma de oficializar a aceitação das crianças em participarem dos grupos, mesmo se tratando de um registro não obrigatório pelo Conselho de Ética em Pesquisa.

No primeiro Grupo realizado, Grupo A, as pesquisadoras optaram por não realizar a leitura desse documento com as crianças, explicando os critérios do encontro de maneira livre, porém uma das crianças, Caetano, decidiu ler o termo para si antes de assinar e no Grupo B algumas das crianças se prontificaram a realizar a leitura para todo o grupo, em especial Cássia e Malu. A liberdade em poderem optar pela participação, concretizada através da assinatura do termo e a atitude de ler o documento em que se encontravam as informações necessárias ao encontro sinalizaram o início de empoderamento das crianças nessa atividade.

Em ambos os grupos se desenvolveu uma breve discussão com os participantes sobre o fato dos encontros estarem sendo propostos com o objetivo

de realizar uma pesquisa. Caetano do Grupo A, conceituou esse termo, de seu modo, revelando a dinâmica e a interação esperada entre aquele que realiza a investigação e o outro capaz de contribuir com ela: “Quer dizer que você vai falar pra essa pessoa pra essa pessoa responder a pergunta” (primeiro encontro). Ele inaugurou, com essa simples fala, a possibilidade de participarem ocupando o espaço de ‘informantes’, isto é, de oferecerem os dados necessários à discussão que seria proposta.

No Grupo B a percepção das crianças sobre a atividade foi ainda mais espontânea, as próprias crianças nomearam aquele encontro como se tratando de uma pesquisa e se espantaram com a menção da moderadora de que para essa atividade seriam necessárias as contribuições deles.

Pesquisadora 1 – Pessoal, vocês sabem por que que eu te chamei, chamei vocês aqui?

Malu – Não.

Cássia – Tipo de uma reunião.

Pesquisadora 1 – Reunião?! É mais do que isso. Eu to fa...

Cássia – Pra conversa sobre nós.

Pesquisadora 1 – Mais ou menos.

Nando – Pesquisa. Pesquisar.

Pesquisadora 1 – Pesquisar. Eu to fazendo uma pesquisa.

Malu – Que a pesquisa é sobre nós.

Pesquisadora 1 – To fazendo uma pesquisa. Não, na verdade eu preciso da ajuda de vocês. [...] São vocês que vão me ajudar na minha pesquisa.

Malu – Áhn?! [Fala com espanto]

Nesse mesmo grupo, a compreensão do tema de foco da discussão foi imediata, as crianças começaram imediatamente a relatar dados sobre seus atendimentos psicoterápicos, mas logo a discussão se dispersou.

Pesquisadora 1 – Vocês vão me, me contar sobre quando vocês vêm aqui passar com o D. [Psicólogo], que que vocês fazem...

Cássia – Ah a gente vem toda segunda.

Pesquisadora 1 – Como que é, se vocês gostam...

[Todos falam ao mesmo tempo]

Malu – Eu vim ontem.

Nando – Faço desenho, brinco.

Pesquisadora 1 – Então tudo isso, tudo isso eu quero escutar de vocês, vocês vão me ajudar nessa minha pesquisa, minha

pesquisa é essa, é descobrir como que é quando vocês vêm aqui no serviço.

Ney – E o que, o que ninguém me dá, porqueeee, eu sou louco.

Malu – Eu faço desenhos e ajudo a [Trecho inaudível].

A literatura referente à técnica de grupo focal infantil indica que seja explicitada às crianças a possibilidade de elas deixarem a atividade a qualquer momento, além de poderem sair e voltar sempre que desejarem, seja para ir ao banheiro, tomar água ou apenas dar um tempo do lado de fora. No Grupo B, houve a saída de um dos participantes após seu início. Raul demonstrou não querer mais dar continuidade em sua participação no grupo e pôde se encontrar com sua mãe, a qual estava compondo o grupo de pais e/ou responsáveis em uma sala próxima.

Nesse episódio ele não demonstrou estar desconfortável com alguma característica específica do grupo ou outro participante, pareceu pouco interessado, e ao final ambos, Raul e sua mãe, retornaram para lanchar com os demais. Outra criança também optou por sair e beber água quando sentiu necessidade. Essas atitudes refletem a discussão que temos estabelecido no sentido de que o grupo focal permite que a criança atue como um sujeito de direitos e se aproprie desse papel diante daquilo que lhe é exposto através de suas próprias escolhas, que devem ser livres.

Determinado aspecto presente nos dois grupos atraiu nossa atenção, o interesse e a preocupação das crianças em relação à gravação do grupo em áudio. Caetano afirmou, explicitamente, a forma com que interpretou o destino do áudio, acreditando que o adulto que o acompanhava naquele dia e que o aguardava do lado de fora da sala, estaria ouvindo as falas geradas “Por isso que eu vi, eu acho que ela, eu acho, que a minha vó deve ter ouvido tudo” (primeiro encontro). A curiosidade também surgiu no Grupo B através de falas carregadas de ansiedade:

Cássia – Tá gravando você.

Pesquisadora 1 – É, mas eu já vou conversar com vocês.

Malu – Por que tá gravando?

Pesquisadora 1 – Tá gravando todos nós.

Malu – Por quê?

Pesquisadora 1 – Vou contar. [...]

Ney – Tá gravando nossa voz?

Pesquisadora 2 – É ela vai explicar por que que tá gravando, tá bom?!

Pesquisadora 1 – (risos)

[Todos falam ao mesmo tempo]

Malu – Explica agoraaaaaa!

A explicação dada por Nando no Grupo B “Pra mostrar a gente?”, em relação à finalidade da gravação, também atraiu nossa atenção. Em dado momento, as crianças retomaram o interesse em se certificarem sobre quem teria acesso à gravação e inclusive, questionaram se o psicólogo responsável pelos atendimentos infantis teria acesso ao áudio, conforme o trecho apresentado:

Pesquisadora 1 – Outra coisa é que vocês podem me perguntar se vocês não estiverem entendendo, tá?! E tudo o que a gente conversar vai ficar em segredo, só eu e a Pesquisadora 2 que vamo fica sabendo e vocês, tá?!

Cássia – Conta pá todo mundo tá.

Pesquisadora 1 – Ninguém mais vai saber.

Cássia – E nossos pais sabem?

Pesquisadora 1 – Não.

Elis – E o D. [Psicólogo]?

Pesquisadora 1 – Também não.

Malu – A gente vai saber.

Pesquisadora 1 – Só nós. A gente vai, mas é segredo né? A gente vai ter um segredo juntos, tá bom? Combinado?!

Cássia – E nós, a gente vai saber né?!

Alguns autores afirmam ser comum surgirem tais questionamentos no início dos grupos focais, já que este é o momento em que são dadas às crianças as informações necessárias para realização das atividades. A nosso ver, o interesse dos participantes com as gravações e outros critérios específicos da técnica sinaliza a construção do processo de apropriação a que nos referimos nesta temática.

C. Avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil

A escolha pelo foco das discussões desenvolvidas nos grupos focais infantis, o objetivo de obter informações das crianças que qualificassem o serviço

de saúde mental, denotou relevância para fundamentar essa técnica de pesquisa. Nessa temática apresentamos as concepções das crianças acerca do serviço no qual estiveram inseridas e de suas experiências com os atendimentos psicoterápicos.

A relação das crianças do Grupo A com o serviço de saúde mental e com suas sessões psicoterápicas se tornou distante à sua realidade objetiva, modificada após a desvinculação com o serviço. No Grupo B, as singularidades dos participantes e suas necessidades de cuidado em saúde mental, expressas pelo acompanhamento psicoterápico ainda em processo, influenciaram na revelação da descrição da instituição. Em ambos os grupos esses aspectos influenciaram a produção de conteúdos referentes ao tema proposto.

O Centro de Saúde Escola é frequentemente um lugar habitual para as crianças da comunidade local de sua inserção e o contato com é até mesmo rotineiro para algumas delas, já que no ambiente há atendimento especializado à criança em outras áreas, como a pediatria e a fonoaudiologia. O serviço de saúde mental é familiar às crianças conforme as experiências que elas vivenciam ali, incluindo sua relação com os profissionais que lá atuam.

Durante a realização dos grupos focais, na atividade em que foram apresentadas às crianças imagens e figuras com exemplos de ações, lugares e contextos específicos relacionados ao tema, dentre estas, a foto do CSE foi imediatamente identificada e, no Grupo A, pôde contar até mesmo com a expressão de um detalhe.

Caetano – É a foto de onde a gente brincava, às vezes.

Chico – Mas não tinha isso daqui ó [Orelhão].

Pesquisadora 1 – Essa daqui é a frente do posto, aqui de onde a gente tá.

Chico – Não, tá lá em cima, lá [Trecho inaudível].

Pesquisadora 1 – A gente tá aqui em cima.

Caetano – Antes não tinha o orelhão.

Pesquisadora 1 – É?

Chico – O que?

Caetano – Não, antes tinha o orelhão sim, é isso aí.

[A-E1]

A afirmação de Caetano sobre aquele ser também um espaço para

brincadeira possui uma justificativa. Comumente as crianças aguardam por seus atendimentos em outros locais distintos daquele reservado para a recepção dos usuários do serviço de saúde mental. A sala de ludoterapia encontra-se instalada do outro lado do corredor, sentido contrário à recepção, sendo em frente a ela (algumas cadeiras ficam dispostas no próprio corredor) ou mesmo fora do CSE, locais em que os pais, junto às crianças que participam de atendimentos grupais, passaram a se reunir antes das sessões psicoterápicas.

As crianças do grupo B também expressaram suas percepções em relação à foto da instituição. Com a foto na mão, ao ser questionado, Raul afirmou “Centro de saúde”, posteriormente Cássia disse “E a gente vem nesse lugar [...] É o hospital”, o trecho apresentado a seguir demonstra outras expressões do reconhecimento desse ambiente pelas crianças.

Malu – Eu sei o que é. É onde a gente tá [...] Eu vim ontem aqui, com o D. [Psicólogo].

Pesquisadora 1 – É?

Cássia – É onde a gente entra.

Pesquisadora 1 – Ah legal. É a foto do posto então.

Malu/Elis – É!

Pesquisadora 1 – E vocês reconheceram?!

Nando – Sim, é antigo.

Raul – É antigo.

Cássia – Antigo, já tá ai faz mil ano.

Nas demais temáticas apresentadas apontamos as diferenças na forma com que as crianças se posicionaram durante os grupos focais. Suas peculiaridades também determinaram a visão delas sobre a sala de ludoterapia. Caetano expressou, já no início do primeiro encontro do Grupo A, sua reação em relação a esse ambiente questionando “Por que cêis mudaram aqui? [...] Antes essa mesinha era aqui”. Ele se referiu a uma das mudanças ali realizadas no período em que estivera distante do serviço de saúde mental.

No decorrer do grupo, as alterações nesse ambiente ficam ainda mais evidentes para as crianças e elas são então capazes de descrevê-lo em seu antigo formato, quando as mesmas ainda participavam de atendimentos psicoterápicos.

Chico – Nós pegava, as criança acho que pegava aquilo ali ó, aquilo ali, acho que era do outro lado.

Caetano – Era do outro lado. A cadeira ficava ali.

Pesquisadora 1 – Era diferente, a sala era diferente.

Chico – Ah aquela mesa ali, era daqui.

Pesquisadora 1 – Uhum.

Caetano – E aquela dali, tinha um espelho ali.

Chico – Verdade. Ah é eles vieram colocaram aquilo por que...

Pesquisadora 1 – Ah é?! E vocês gostavam aqui dessa sala?

Vocês gostam daqui?

Caetano – Aham.

Naturalmente, as crianças do Grupo B não realizaram observações como essas já que conheciam o espaço em seu formato atual no momento de realização do encontro, o frequentavam semanalmente e, por isso, não houve a necessidade de descrevê-lo. Em contrapartida, elas falaram sobre seus trabalhos manuais produzidos nas sessões psicoterápicas e que estavam expostos na sala.

O fato de as crianças, de ambos os grupos, estarem num espaço conhecido foi refletido na postura participativa que estes demonstraram desde o início dos encontros, possivelmente por ter se revelado um ambiente seguro para participarem dessa atividade, com a diferença de que no Grupo B as crianças se sentiram mais livres para transitarem no ambiente, como comumente fazem durante as sessões psicoterápicas.

Fica explícito que todos os participantes dos grupos focais não tiveram problemas ao identificarem tanto o CSE quanto a sala de ludoterapia, incluindo detalhes sobre esses espaços. Contudo, suas narrativas ficaram restritas à descrição desses ambientes, não havendo progressão em seus discursos no intuito de significarem ou expressarem sentido a eles.

Propor às crianças discutirem a avaliação do serviço de saúde mental, mediada através das atividades lúdicas desenvolvidas, não se configurou uma tarefa fácil para as pesquisadoras que moderaram os grupos focais, já que, conforme relatamos na temática anterior, em parte significativa por conta do nível de desenvolvimento das funções psíquicas superiores (atenção, pensamento, percepção, entre outras), na faixa etária entre oito e dez anos, que atuam como mediadoras numa tarefa complexa que é avaliar algo subjetivo e pelo fato de nesse

período do desenvolvimento a criança direcionar seu pensamento e sua fala para aquilo que é observável/concreto. Todavia, lembranças sobre a dinâmica dos atendimentos no serviço foram gradualmente surgindo nos discursos das crianças.

As crianças do Grupo A relacionaram os atendimentos psicoterápicos principalmente à ação de ‘brincar’, sobretudo no primeiro encontro desse grupo a discussão se restringiu a tal associação. Por exemplo, quando questionados sobre o que eles conversavam, Caetano responde “Sobre, é, sobre brincar, a gente vinha aqui”. Nos diálogos que se seguiram, mesmo motivado a desenvolver melhor sua fala, essa mesma percepção foi mantida.

No segundo encontro desse mesmo grupo, entretanto, surgiram outras referências mais específicas. As crianças foram além do termo ‘brincar’ e descrevem a conversa com o psicólogo associada com as experiências vivenciadas em suas moradias e na escola, que são os principais espaços em que constituem suas relações sociais nesse período de desenvolvimento.

Pesquisadora 1 – Naquele dia que vocês vieram, vocês falaram que vocês brincavam e conversavam com ela [Psicóloga] né?! E vocês conversavam sobre o que?

Caetano – É... sobre o que a gente fazia em casa.

Pesquisadora 1 – Hum...

Caetano – Na escola, e aqui.

Pesquisadora 1 – Ah tá...

Caetano – E, e do que a gente brincava.

Chico – É, verdade.

[A-E2]

O mesmo aparece no Grupo B. Quando oferecida a oportunidade de Nando e Malu descreverem seus atendimentos psicoterápicos, os quais são realizados individualmente, surge o trecho exposto a seguir que exemplifica o que eles atribuem às conversas nas sessões com o psicólogo.

Pesquisadora 1 – E você Nando, como que é, conta pra mim, quando você vem aqui com o D. [Psicólogo].

Nando – Fico conversando, desenha, desenho.

Pesquisadora 1 – Hum e como, vocês conversam sobre o que?

Nando – Ah da minha escola.

Pesquisadora 1 – Da escola?

Malu – Esse eu sei!

Nando – E do meu jogo.
 Pesquisadora 1 – Da escola e do jogo? [...]
 Malu – Eu sei, ele, ele fala como a gente tá.
 Pesquisadora 1 – ãhn?!
 Malu – Como a gente tá em casa e na escola.
 Pesquisadora 1 – Hum... Entendi. [...]
 Pesquisadora 1 – É?! E o teu é mais sobre a escola?
 Nando – Uhum!
 Pesquisadora 1 – E o que que vocês conversam lá, quer falar?
 Nando – Ah um montão de coisa [Se expressa incomodado].

Em relação aos atendimentos psicoterápicos, sempre que se gerou uma discussão sobre estes serem realizados individualmente ou grupalmente, as crianças que somente possuíam a experiência de serem atendidas em grupo, demonstraram ter conhecimento somente desta modalidade, estando alheias ao fato de que outras crianças são atendidas sozinhas. Dados específicos sobre como eram as sessões se mostraram parecidos para as crianças inseridas em uma ou outra forma de atendimento.

No primeiro encontro do Grupo A questionamos às crianças se num atendimento grupal elas brincavam sozinhas ou com as outras crianças, Caetano afirmou “A gente brincava com as outras pessoas”. No segundo encontro ele qualifica o relacionamento no grupo retomando o termo ‘brincar’: “Com as outras crianças, era muito mais legal”. Caetano e Chico referiram que também brincavam com a psicóloga que os atendia, o trecho a seguir revela uma descrição singela dessas sessões.

Pesquisadora 1 – E o que que vocês vinham fazer aqui?
 Chico – Brincar com aquelas coisas lá do armário. [...]
 Caetano – Primeiro a gente conversava aí depois chamava a gente brincar, a gente brincava. Daquela, daquele jogo assim...

O mesmo conteúdo apareceu nas falas da Elis, da Cássia e da Malu num diálogo com a moderadora durante o Grupo B. A descrição delas contou com características mais detalhadas.

Elis – A primeira coisa quando nós chega no D. [Psicólogo] nós conversa com ele, fala, ele fala assim se nós tá bem.
 Pesquisadora 1 – Ahhh, legal! Que mais?

Malu – Depois ele escolhe as vezes que a gente vai desejar, pode aquela mesa pequena ou essa. [...]

Pesquisadora 1 – Hum... Entendi, é ele que escolhe ou é vocês que escolhem?

Malu – A gente.

Pesquisadora 1 – Vocês?

Cássia – A gente fala da onde que quer brincar de armário, dentro do armário.

Pesquisadora 1 – Ah vocês vão lá no armário e escolhe!

Malu – Eu vou de desenho [...] Eu venho aqui, daí ele pergunta se eu quero desenha ou faz uma dobradura, eu já desenhei, fiz dobradura, daí eu vou fazer outras coisas também.

As falas direcionadas ao serviço de saúde mental e os atendimentos psicoterápicos vivenciados pelas crianças sinalizaram um complexo processo de qualificação e/ou descrição que as crianças não conseguiram realizar com a precisão necessária para uma análise mais profunda e avaliativa desse tema, apesar de falarem em “ajuda” como algo direcionado as experiências nesta instituição.

Este aspecto aparece numa fala mais geral de Cássia, participante do Grupo B: “Às vezes com, quando tá com problema fala pra ele e ele ajuda nós”, se referindo ao psicólogo que a atendia no momento de realização da pesquisa. Outras crianças desse mesmo grupo revelaram em seus diálogos a relação da ajuda do psicólogo com atividades escolares de aprendizagem.

Elis – Eu converso sobre a matemática que eu não vou muito bem.

Pesquisadora 1 – Ahh entendi! E você Maria?

Cássia – Nem eu tia.

Malu – Eu por português. [...]

Em outros momentos, em que foi possível discutir algumas dificuldades possíveis de serem enfrentadas pelas crianças e que puderam ser introduzidas na discussão a partir das atividades lúdicas, em especial, a leitura do livro infantil e a utilização das ‘carinhas’ com expressão de sentimentos, as crianças associaram o enfrentamento de situações difíceis a outras pessoas próximas, como familiares e amigos. Por vezes, precisou que a pesquisadora questionasse sobre se essas questões poderiam também estar relacionadas aos atendimentos psicoterápicos e ao papel do psicólogo (a), para que as crianças

percebessem essa relação somente então declarada em suas falas.

O fato desses aspectos não serem sempre atribuídos de maneira espontânea ao papel do psicólogo pode estar relacionado à experiência das crianças no serviço de saúde mental, entretanto compreendemos que as relações estabelecidas na escola e em casa possuem grande significado para elas, pois estão mais presentes em suas rotinas diárias e por isso são mais predominantes do que as experiências próprias dos atendimentos psicoterápicos, além de que, conforme já vimos, o estudo é frequentemente a principal atividade da criança nesse período de desenvolvimento psíquico e a qual atua como determinante na forma com que esta se relaciona com a sociedade em que vive.

No primeiro encontro do Grupo A, a seguinte pergunta feita por Caetano “É de quando que a gente volta aqui?” nos levou a refletir sobre algumas questões: Como, quando e por quem as crianças são informadas sobre os processos psicoterápicos? Elas recebem algum dado sobre os motivos e os objetivos de estarem sendo levadas ao serviço? Sabemos que as crianças participam do primeiro atendimento realizado com seus pais e/ou responsáveis, mas será que apenas essa etapa já garante sua implicação e participação ativa no percurso que farão dentro do serviço de saúde mental?³³

Infelizmente, os grupos focais infantis realizados não nos deram informações suficientes para respondermos a todas essas perguntas com segurança. Durante os encontros com as crianças houve ao menos um momento em que elas tiveram a oportunidade de falar sobre os motivos pelos quais

³³ É possível encontrarmos na literatura estudos preocupados em investigar a relação existente entre a comunicação no setting pediátrico e a qualidade do serviço oferecido à criança, sobretudo essas pesquisas são realizadas a partir da relação estabelecida com profissionais médicos constituindo a tríade crianças-acompanhante-pediatra, como expressa na pesquisa de Cristo e Araújo (2015). Em seu trabalho as autoras apontam que há um crescente reconhecimento da importância da comunicação nesse âmbito, seja para aumentar o nível de adesão ao tratamento, seja para a promoção do bem-estar e da própria qualidade do serviço, dentre outros fatores. Os autores Kohlsdorff e Costa Junior (2016) realizaram uma revisão literária e os estudos analisados apontaram que na interação em contexto pediátrico a criança é excluída da comunicação. Segundo os autores a idade e a escolaridade destes sujeitos são fatores que determinam o nível de interação entre o médico e a criança.

acreditavam terem sido trazidas até o serviço de saúde mental e terem participado ou ainda estarem participando dos atendimentos psicoterápicos.

No Grupo B nenhuma delas se manifestou sobre esses aspectos, considerando claro, que estes foram abordados muito brevemente e que a discussão, como em outros momentos, se dissipou rapidamente. Já no Grupo A surgiram conteúdos relevantes. O relato das crianças foi condizente com as queixas descritas por seus responsáveis no momento da triagem, traduzida em seus prontuários pelo profissional que os atendeu no início de seus processos psicoterápicos.

Houve ainda a tentativa de investigar com as crianças a existência de outros motivos para seus encaminhamentos ao serviço de saúde mental infantojuvenil, como dificuldades na relação familiar descritas no decorrer do grupo pelas falas “apanhar dos pais”, citada por Chico e “os pais brigarem” trazida por Bebel. Entretanto, nenhuma das crianças identificou essas como possíveis causas para suas inserções no serviço, mantendo tal discurso centrado nas dificuldades de aprendizagem relacionadas ao ambiente escolar.

As impressões das crianças em relação à desvinculação do serviço também foram exploradas no primeiro encontro do Grupo A. Caetano justificou a interrupção de seus atendimentos e sua fala pareceu plausível diante o fato de que todos os participantes deste grupo receberam alta clínica no final do ano em que estavam sendo atendidas, condizendo com o término do ano letivo e início das férias escolares.

Pesquisadora 1: Você sabe por que você não veio mais, sua mãe não te trouxe mais?

Caetano: É por causa que chegou as férias aí...

Pesquisadora 1: Por que chegou as férias?

Chico: É por que, não sei.

Pesquisadora 1: E você Bebel, você sabe por que que você não veio mais? [Faz que não com a cabeça] Não? É? Ninguém te falou nada?

Outras falas do Chico e da Bebel se destacaram no contexto das discussões no Grupo A. Isoladamente Chico verbalizou, em ambos os encontros,

frases como “Eu tenho uma coisa triste assim. (risos) [...]” enquanto participava de uma das atividades. Em um dado momento, Bebel afirma “Assim, mas eu não sou tão feliz. [...] Ah, é, que, é, é que meu pai e minha mãe ficam brigando”. A técnica de grupo focal demonstrou ser apropriada para a obtenção de diálogos que manifestem a expressão de conteúdos tão significativos às crianças, facilitados pela utilização de atividades lúdicas.

Também tivemos indicativos do recuo das crianças em determinados momentos. No Grupo A (primeiro encontro), um trecho durante a leitura do livro infantil, sinalizou a falta de segurança de Chico em dar continuidade em sua fala sobre determinado assunto.

Pesquisadora 1: As vezes dá vontade de fica na janela, só olhando o movimento, sem fazê nada, pensando ...

Chico: Em casa. Ah às vezes em casa.

Pesquisadora 1: Ahn?! Por que, tem alguma coisa em casa que, você acha que é um problema?

Chico: É!

Pesquisadora 1: O que?

Chico: (fala rindo) Num posso.

Pesquisadora 1: Ahn?

Chico: Eu num posso

Pesquisadora 1: Não pode contar?

Chico: Não eu posso contar, mas é só por que eu fico esquecendo. Eu esqueci.

No Grupo B algumas falas também sinalizaram assuntos conflitantes às crianças, como no momento em que Nando se esquiva ao ser questionado sobre o que ele e o psicólogo conversavam e que se relacionava à escola, ali transpareceu o desconforto gerado e que foi expresso por seu comportamento. Determinados temas são capazes de influir na manifestação de insegurança na criança que se vê diante de conteúdos que lhe geram sofrimento.

Há também o importante papel da família, enquanto mediadora da criança, capaz de influir em sua consciência a respeito dos processos por ela vivenciados, seja no grupo focal, na escola, no serviço de saúde, em casa ou em quaisquer outros espaços em que a criança estabelece relações sociais. Pouco se sabe sobre quais informações elas tiveram acesso antes do encontro com o grupo,

se a carta endereçada aos pais/responsáveis foi também lida para a criança ou se eles lhes deram alguma sugestão antes de virem ao serviço para essa atividade, capaz também de influenciar na produção de conteúdos.

Sobre outras contribuições das crianças que constituíram o Grupo A, estas qualificaram características do serviço, mais especificamente a sala de ludoterapia, a conversa que estabeleciam com a psicóloga que os atendia e os atendimentos psicoterápicos. Houve consenso entre os participantes que afirmaram ‘gostar’ dos aspectos citados. Ao serem questionados se havia algo do qual eles não gostavam as respostas foram negativas. Não houve relatos que desabonassem nada relacionado ao serviço. Já sobre os resultados do processo psicoterápico as crianças relataram melhora nas queixas.

Pesquisadora 2: Vocês acham que assim, vocês falaram que vinham pra cá, por que tinham dificuldade, né, não sabiam ler e escrever, né?! [...] E, vocês acham que assim, olhando hoje, isso melhorou bastante?

Chico: Sim.

Bebel: É, um pouquinho. [...]

Chico: Não, bastante, melhorou bastante. [...]

Pesquisadora 1: Lá na escola? É?!

Caetano: Bastante.

Pesquisadora 2: E além disso, teve, teve outra coisa assim que ter vindo aqui ajudou?

Chico: Ah o meu ler. [...] Ah outras coisa não. [...] Aqui só melhorou ler. [...]

Caetano: A ler e escrever.

Pesquisadora 1: Que mais?

Caetano: E a estudar. Eu não fazia nada, ai... [...]

Pesquisadora 1: É?! E a Bebel?

Bebel: Ah [Trecho inaudível] ler e escrever, e estudar também.

Julgamos necessário evidenciar esses aspectos, pois consideramos que, tendo como objeto de pesquisa a fundamentação da técnica de grupo focal com crianças na avaliação do serviço de saúde mental, o material qualitativo produzido na realização dos encontros possui relação com a experiência e a percepção das crianças do serviço e nos é consciente que a forma com que o método foi aplicado nessa pesquisa também influenciou nos dados apresentados.

Ao final dos dois grupos, os participantes expressaram satisfação em

terem participado dos grupos focais e tanto a leitura dos livros de história infantil quanto as ‘carinhas’ com expressões de sentimentos, foram eleitas como as atividades das quais eles mais gostaram.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos teoricamente revisados nos primeiros capítulos dessa dissertação constituíram as bases da análise produzidas no presente trabalho, desde o olhar para a história do cuidado orientado à criança no país, a concepção de criança e de infância contemporâneas, os estudos científicos acerca dos serviços de saúde mental presentes no Brasil, os aspectos referentes à periodização do desenvolvimento psíquico infantil na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica, até as características da técnica de grupo focal quando aplicada em pesquisas com crianças.

Toda a produção teórica e empírica realizada objetivou o desenvolvimento e a fundamentação do uso da técnica de grupo focal em pesquisas qualitativas com crianças utilizando como temática a avaliação de um serviço de saúde mental infantojuvenil inserido na atenção primária de um município localizado no interior do estado de São Paulo.

Como parte da coleta de dados, foi realizada uma caracterização da demanda de usuários da área de saúde mental infantojuvenil a partir da análise do documento intitulado Livro de Triagens. Observamos que o número de novos atendimentos realizados no serviço diminuiu em comparação no período entre 2013 e 2015, resultados de transformações institucionais influenciadas, sobretudo na diminuição do quadro de profissionais atuantes nessa instituição. A maioria das crianças e adolescentes que procuraram por atendimento era do sexo masculino e a principal faixa etária foi entre cinco e sete anos de idade, dados condizentes com a literatura existente a esse respeito.

Os grupos focais infantis constituídos na presente pesquisa se destacaram por suas distintas características às quais enriqueceram os resultados obtidos que puderam ser explorados através de três temáticas de análise: (A) *Condições de desenvolvimento psíquico e necessidades de cuidado em saúde mental*; (B) *A técnica qualitativa de grupo focal infantil* e; (C) *Avaliação do serviço de saúde mental infantojuvenil*.

O comportamento adotado por cada uma das crianças no decorrer dos encontros grupais, assim como os diálogos com elas estabelecidos, refletiu o momento em seu desenvolvimento psíquico, suas experiências de vida e as demandas que possuíam em saúde mental que puderam ser conhecidas e incluídas na análise a partir da descrição de suas trajetórias no serviço de saúde mental realizada. É relevante declararmos que a opção por realizar uma pesquisa voltada para a participação de crianças inseridas num contexto específico que é o serviço de saúde mental representou um limite ao estudo da técnica de grupo focal infantil, que pode também ser utilizada em outros espaços.

As características referentes à técnica de grupo focal infantil se mostraram condizentes com a revisão das poucas literaturas existentes sobre o tema, a maioria de origem norte-americana. Sobre esse aspecto, constatamos que as atividades lúdicas utilizadas na pesquisa com crianças, especialmente com o uso da técnica aqui explorada, influenciam significativamente na produção de contribuições de qualidade por estes sujeitos e que esta escolha nunca deve ser estática, mas realizada com base no conhecimento prévio dos participantes. Neste sentido, a análise apresentada nessa dissertação demonstrou que a atividade de leitura se mostrou bem-sucedida em um grupo e menos eficaz no outro, devido as dificuldades de aprendizagem e leitura de alguns dos participantes.

Em relação ao papel do pesquisador que atua nos grupos focais infantis, parece-nos apropriado sugerir a importância de uma terceira pessoa auxiliando na moderação dos encontros, seja para observar e tomar notas sobre sua dinâmica ou para permitir que permaneçam sempre dois adultos com as crianças nos casos em que algum dos participantes necessite se ausentar e precisa estar acompanhado.

Os participantes dessa pesquisa, que possuíam entre oito de dez anos de idade, demonstraram dificuldades em avaliar o serviço de saúde mental infantojuvenil, conforme tema proposto nos dois grupos focais constituídos, com algumas diferenças entre cada um deles. No geral seus discursos se mantiveram atrelados à descrição de aspectos peculiares da área de saúde mental e os

processos nela desenvolvidos, como características físicas da sala de ludoterapia em que ocorriam as sessões psicoterápicas e a dinâmica com que essas aconteciam.

As crianças demonstraram estarem familiarizadas com o Centro de Saúde Escola, em especial à área de saúde mental. O processo mais complexo que envolve os processos psicoterápicos não foi avaliado qualitativamente, apesar de tanto as crianças que já haviam se desvinculado do serviço quanto àquelas que ainda permaneciam sendo acompanhadas no momento de realização da pesquisa empírica falar sutilmente em “ajuda”. O relato de suas experiências foi associado principalmente à atividade de “brincar”.

Em um dos grupos as crianças verbalizaram sobre os motivos de terem sido inseridas no serviço e também de terem se desligados dele os quais foram condizentes com as informações relatadas em seus prontuários. Surgiram ainda outros temas relevantes, como o uso de medicamento e o de conflitos familiares. Aspectos como o nível de envolvimento das crianças com o serviço e os atendimentos psicoterápicos e a oferta de informações a estes sujeitos não puderam ser analisados.

Observamos que os grupos focais infantis, ao menos nos moldes com que foram utilizados nessa pesquisa, respeitando os preceitos éticos necessários, demonstrou ser uma técnica que reconhece o direito de participação social ativa desses sujeitos em pesquisas qualitativas, valorizando suas concepções.

Em síntese verificamos que a qualidade das discussões estabelecidas nos grupos focais infantis esteve diretamente relacionada ao período de desenvolvimento psíquico dos participantes, as singularidades de suas personalidades e as influências de suas necessidades específicas de cuidado em saúde mental e, também, à forma de utilização da técnica com esses sujeitos.

Sugerimos às futuras investigações relacionadas ao tema dessa dissertação que novos modelos de utilização da técnica de grupo focal com crianças sejam construídos, com o aprimoramento de métodos lúdicos para obtenção do discurso infantil, direcionados à apropriação do significado e do

sentido que estes atribuem às suas realidades, considerando as questões sociais e econômicas que permeiam a vida no decorrer das transformações históricas.

Referências

ABDALA, K. M.; COLENCI, R.; MORENO, V. Conhecendo o processo de implantação da saúde mental no Centro de Saúde Escola: a visão dos profissionais. **Enfermagem Atual**, Petrópolis, v. 18, p. 22-26, 2003.

ABRANTES, A. A.; DURGAN, A. C. M. **Tecendo a manhã** - a literatura infantil como recurso no preparo para o enfrentamento da revelação diagnóstica em crianças que vivem com HIV-AIDS. 15 p. (no prelo)

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 143 p.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal – Estratégia metodológica qualitativa: Um ensaio teórico. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 9-14, Jan./Abr. 2004.

AZEVEDO, M. M. de. **O Código Mello Mattos e seus reflexos na legislação posterior**. Rio de Janeiro: Museu da Justiça, 2007. Disponível em <http://www.tjrj.jus.br/institucional/dir_gerais/dgcon/monografias.jsp>. Acesso em 7 de Ago. 2014.

BACKES, D. S.; COLOMÉ, J.S.; ERDMANN, R.H.; LUNARDI, V.L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo: v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf> Acesso em 13 Jun. 2014.

BORSA, J. C.; SEGABINAZI, J. D.; STENERT, F.; YATES, D. B.; BANDEIRA, D. R. Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 44, n. 1, p. 73-81, Jan./Mar. 2013.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 4.513, de 01 de dezembro de 1964**. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1964.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979**. Institui o Código de Menores. Diário Oficial da União, 1979.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.** Dispõe a Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. República Federativa do Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.608, de 03 de outubro de 2004.** Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de crianças e adolescentes. Diário Oficial da União, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 72 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** CHIAVERINI, D. H. (Org.). Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011, 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos.** Brasília, 2014, 60 p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública** [online]: v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101996000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 10 de Jun. 2014.

CARVALHO, L. N. **Infância e espaço urbano:** Significados e sentidos de morar em posse urbana para crianças com idade entre sete e onze anos. Dissertação de mestrado. Universidade Católica de Goiás. Goiânia: 212 p. 2006.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 161-178 p., 2012.

CRISTO, L. M. O.; ARAÚJO, T. C. C. F. Comunicação criança-acompanhante-pediatra: estudo observacional em diferentes níveis de assistência. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 17, n. 3, 89-103 p. São Paulo: 2015. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/5044/5531>. Acesso em 10 de set. de 2016.

CYRINO, A. P. **Organização tecnológica do trabalho na reforma das práticas e dos serviços de saúde:** Estudo de um serviço de atenção primária à saúde. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: v. 2, 369 p. 1993.

DELFINI, P. S.; DOMBI-BARBOSA, C. FONSECA, F. L.; TAVARES, C. M. REIS, A. O. A. Perfil dos usuários de um Centro de atenção psicossocial infantojuvenil da Grande São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 2, 226-236 p. 2009.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade:** Estudos, v.10, n. 2, 2000.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade e Psicologia Histórico-Cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121-146, 2010.

EIDT, N. M.; TULESKI, S. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e psicologia histórico-cultural. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 139, p. 121-146, 2010.

EIDT, N. M.; FRANCO, A. F.; TULESKI, S. C. Atenção não nasce pronta: o desenvolvimento da atenção voluntária como alternativa à medicalização. **Nunances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente-SP, v. 25, n. 1, p. 78-96, 2014.

ELKONIN, D. Sobre o problema da periodização do desenvolvimento psíquico da infância. In: DAVIDOV, V.; SHUARE, M. (Orgs.). **La psicología evolutiva y Pedagógica en la URSS (antología)**. Moscou: Progresso, 1987. p. 104-124.

FACCI, M. G. D. A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 64-81, abril 2004.

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU. Unidade auxiliar: Centro de Saúde Escola. Disponível em: < <http://www.fmb.unesp.br/#!/cse>> Acesso em 9 de Set. 2014.

FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 45, p. 31-33, Ago. 2008.

FRANCISCHINI, R.; FERNANDES, N. Os desafios da pesquisa ética com crianças. *Estudos de psicologia*, Campinas, v. 33, n. 1, p. 61-69, 2016.

GAIVA, M. A. M. Pesquisa envolvendo crianças: aspectos éticos. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, 2009.

GOMES, A. A. Usos e possibilidades do grupo focal e outras alternativas metodológicas. **Enfoques**, v. 2, n. 1, p. 1-8, Jul. 2003.

GREENE, S.; HOGAN, D. **Researching children's experience**: Exploring children's views through focus groups. Sage Publications: n. 13, p. 237-253, 2005.

HEARY, C. M.; HENNESSY, E. The use focus group interviews in pediatric health care research. **Journal of Pediatric Psychology**: v. 27, n. 1, p. 47-57, 2002. Disponível em: <<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/27/1/47.full.pdf+html>> Acesso em: 26 Maio. 2014.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 633-642 p., 2008.

HOPPE, M. J.; WELLS, E. A.; MORRISON, D. M.; GILLMORE, M. R.; WILSDON, A. Sensitive Topics with children. University of Washington, Seattle, **Evaluation Review**, v. 19, n. 1, p. 102-114, Fev. 1995.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, Jun. 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&searc>>

h=sao-paulo|botucatu|infograficos:-informacoes-completas> Acesso em 20 de Nov. 2014.

KOHLSDORFI, M.; COSTA JUNIOR, Á. L. Comunicação triádica em pediatria: revisão de literatura. **Temas psicol.** Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 609-629, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2016.

KRAMER, S. Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças. **Cadernos de pesquisa**, v. 116, p. 41-59, 2002.

LEONTIEV, A.N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, consciência y personalidad**. México: Editorial Cartago, 1984.

LURIA, A. R. Curso de Psicologia Geral: Introdução evolucionista à Psicologia. Rio de Janeiro: **Civilização Brasileira**, v. 1, 2 ed., 1991.

MARTINS, L. M. Introdução aos fundamentos epistemológicos da Psicologia sócio-histórica. In: MARTINS, L. M. (Org.) **Sociedade, educação e subjetividade: reflexões temáticas à luz da Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2008.

Martins, S.T.F. Psicologia Social e Processo Grupal: a coerência entre fazer, pensar e sentir em Sílvia Lane. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, Edição Especial 2, p. 76-80, 2007.

MAUTHNER, M. Methodological aspects of collecting data from children: Lessons from three research projects. **Children & Society**, v. 11, p. 16-28, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 10 ed., 406 p. 2007.

MIRANDA, M. G. O processo de socialização na escola: a evolução da condição social da criança. In: LANE, S. & CODO, W. (Orgs.) **Psicologia social: O homem em movimento**, Petrópolis: Vozes, p. 125 – 135, 1991.

NAKAMOTO, E. H. S. **Programa de saúde mental do CSE**. Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 1992 (mimeo).

NOGUEIRA, C. A. O. **Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, Botucatu: 125 p. 2009.

OLIVEIRA, T. G. P.; MUYLAERT, A. J.; REIS, A. O. Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 02-16, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 3ª ed. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo**, 1996.

PASQUALINI, J. C. A perspectiva histórico-dialética da periodização do desenvolvimento infantil. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 31-40, Jan./Mar. 2009.

PEREIRA, L.; RIZZINI, I.; THAPLIYAL, N. Percepções e experiências de participação cidadã de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 10 n. 2 p. 164-177 jul./dez. 2007.

REIS, A. O. A.; DELFINI, P. S. S.; DOMBI-BARBOSA, C.; NETO, M. M. B. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: Hucitec, 426 p., 2010.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n. 1, v. 11, p. 29-38, 2006.

RIBEIRO, E. L. PAULA, C. S. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: MATEUS, M. D. (Org.). **Políticas de saúde mental: Baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

RIZZINI, I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.2, p. 315-321, 2006.

SILVIA, J. P.; BARBOSA, S. N. F.; KRAMER, S. Questões teórico-

metodológicas da pesquisa com crianças. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 41-64, Jan./Jul. 2005.

SINNER, P.; PROCHAZKA, F.; PAUS-HASEBRINK, I.; FARRUGIA, A.; FARRUGIA, L.; FAQ 34: What are good approaches to conducting focus groups with children? In: OLAFSSON, K.; LIVINGSTONE, S.; HADDON, L. (Orgs). **How to research children and online technologies? Frequently asked questions and best practice**. London: EU Kids Online, LSE, 2013. Disponível em:

<<http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/EUKidsOnline/BestPracticeGuide/FAQ/FAQsReport.pdf>> Acesso em: 10 Maio. 2014.

SIQUEIRA, R. M. **Do silêncio ao protagonismo: Por uma leitura crítica das concepções de infância e criança**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Goiás. Goiânia: 222p. 2011.

SOUSA, S. M. G. A pesquisa com crianças: estudo dos sentidos e significados. In: MARTIN, S. T. F. (Org.). **Psicologia Sócio-histórica e o contexto brasileiro: Interdisciplinaridade e transformação social**. Goiânia: Ed. PUC Goiás, 153 p., 2015.

VIGOTSKI, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual escolar. In: VIGOTSKI, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone/Editora da Universidade de São Paulo, 1988.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

VYGOTSKI, L. S. La crisis de los siete años. In:____. **Psicología infantil**. Madrid: Visor, 1996, p. 377-386 (Obras escogidas, Vol. 4).

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VYGOTSKY, L. S. **Obras Escogidas: Tomo IV**. 2 ed. Madri: Machado Libros, 2006.

VYGOTSKY, L. S. Quarta aula: a questão do meio na pedologia. Tradução: Márcia Pileggi Vinha. São Paulo: Psicologia USP, v. 21, n. 4, p. 681-701, 2010.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 19, p. 37, 1999.

WESTPLTAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WIELEWICKI, A. Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 379-389, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DAS CRIANÇAS NA PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA – UNIDADE VILA DOS LAVRADORES

Prezados,

Identificamos que a criança _____, a qual se encontra sob sua responsabilidade, recebe atendimento no serviço de saúde mental do Centro de Saúde Escola (CSE), localizado na Vila dos Lavradores.

Estamos entrando em contato para convidá-los para participarem, como voluntários, em uma pesquisa, cujo título é “**O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde**”. Sua contribuição para o aperfeiçoamento desse serviço de saúde é imprescindível.

Para participar, pedimos que a criança compareça ao Centro de Saúde Escola, unidade Vila dos Lavradores, no dia _____ de _____ de 2016, às _____ horas, acompanhado de um adulto responsável. Somente ela participará de uma entrevista em grupo com outras crianças e, ao final, nos reuniremos novamente, crianças e adultos, para um lanche.

O tema das discussões em grupo será a avaliação do serviço público de saúde mental infantil no qual seu filho (a) ou a criança sob sua responsabilidade recebeu ou tem recebido atendimento psicológico, tendo em vista a melhora desse serviço.

Nosso encontro terá duração total de 1h30min. Podemos fazer uma declaração para vocês caso precisem se ausentar do trabalho/escola.

Obrigada, esperamos por vocês!

Data: _____/_____/2016

Horário: _____ horas

Local: Centro de Saúde Escola (CSE) – Saúde mental

Rua: Dr. Gaspar Ricardo, 181.

Bairro Vila dos Lavradores

Qualquer dúvida, favor entrar em contato com: Andressa Laís Rocha (Pesquisadora) - Saúde mental - Tel. 3882-5222 Ramal 06.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a autorizar a participação de seu filho (a) ou a criança sob sua responsabilidade, como voluntário (a), em uma pesquisa, cujo título é **“O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde”**. O objetivo principal desse estudo é desenvolver e fundamentar o uso da técnica de grupo focal com crianças em pesquisas de cunho qualitativo, utilizando como temática a avaliação de um serviço de saúde mental na atenção primária de saúde.

A pesquisa tem duração de dois anos e meio e a participação e as contribuições da criança serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento o nome dele ou dela será divulgado em quaisquer fases do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada e seu nome substituído de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados obtidos poderão ser divulgados em futuros eventos e/ou revistas científicas.

Como dito anteriormente, a participação da criança é voluntária, isto garante que ela pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e, tanto o Sr. (a) quanto a própria criança podem retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo durante um encontro. Sua possível recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador responsável ou com o serviço de saúde com o qual possui ou já possuiu vínculo.

A participação da criança se dará na realização de um encontro em grupo, com duração de 45 minutos aproximadamente, podendo ser solicitado posteriormente mais um ou dois encontros, no máximo, caso seja identificada tal necessidade. Cada encontro será gravado em áudio para posterior transcrição (tais arquivos serão guardados por cinco anos e destruídos após esse período).

Ela ou ele não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza e sua participação beneficiará o conhecimento científico sobre o tema em estudo.

Após ser devidamente esclarecido pela pesquisadora responsável sobre a pesquisa e os procedimentos que a envolvem, ao autorizar a participação de seu filho (a) ou a criança pelo qual o Sr. (a) é responsável, assine no final deste documento que está em duas vias (uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável). Qualquer dúvida adicional, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa por meio dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609. Agradecemos a sua participação.

CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PARA A PARTICIPAÇÃO
DA CRIANÇA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG ou
CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em
autorizar a participação de meu filho (a) ou a criança sob minha responsabilidade na
pesquisa intitulada “O uso de grupos focais com crianças na avaliação de um serviço de
saúde mental na atenção primária de saúde”, tendo sido devidamente informado (a) pela
pesquisadora responsável sobre o estudo e a garantia de que posso retirar meu
consentimento a qualquer momento, sem que isto cause qualquer penalidade ou
interrupção de alguma atividade e/ou acompanhamento realizado na instituição.

Botucatu, _____ de _____ de 2016.

Assinatura

Pesquisadoras:

Andressa Laís Rocha (pesquisadora principal), e-mail: andressalais.rocha@gmail.com,
tel.: 3882-5222 Ramal 06;

Prof^ª. Dr^ª. Sueli Terezinha Ferrero Martin (pesquisadora e orientadora), e-mail:
sueliterezinha@yahoo.com.br, tel.: 3880-1243;

Prof^ª. Ass. Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani (pesquisadora), e-mail:
fpadovani@fmb.unesp.br, tel.: (14) 3880-1231.

APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

TERMO DE ASSENTIMENTO

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa!

Sabemos que você já esteve nesse mesmo lugar algumas vezes acompanhado por um psicólogo ou uma psicóloga, sozinho ou com outras crianças e, queremos que nos conte como são as atividades que você faz ou fazia aqui. A nossa conversa será num grupo com outras crianças e para isso vamos usar alguns materiais para fazer algumas atividades juntos. Nosso encontro vai durar 45 minutos (quase uma hora), mais ou menos o mesmo tempo que durava seu atendimento aqui.

Se você aceitar participar vai nos ajudar muito a entender como é o atendimento que você recebe ou recebeu pelas pessoas que trabalham nesse lugar. O que nós conversarmos será gravado para que a gente não se esqueça do que foi dito. Tudo o que você falar vai ficar em segredo, não vamos contar seu nome nem o que você disse durante o grupo. Quando o grupo acabar, vamos ouvir tudo o que foi gravado, vamos escrever tudo o que você e as outras crianças disseram no papel e depois vamos apagar a gravação. Isso vai nos ajudar a encontrar os resultados da pesquisa.

Você é quem decide se quer participar, e mesmo se você aceitar pode desistir em qualquer momento, mesmo depois que já tivermos começado as atividades. Se você decidir não participar pode ficar tranquilo, não tem problema. Durante o grupo você pode sair e depois voltar para a sala se desejar.

Você ficará com uma cópia desse papel. Nele tem nosso telefone e nosso e-mail, assim você pode tirar outras dúvidas sobre a pesquisa e sobre a sua participação, você pode pedir ajuda de um adulto para falar com a gente num outro dia e/ou em qualquer momento.

Obrigada por participar!

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa depois que fiquei sabendo como ela irá ser feita e que posso deixar de participar a qualquer momento sem nenhum problema.

Botucatu, ____ de _____ de 2016.

Assinatura

Pesquisadoras:

Andressa Laís Rocha (pesquisadora principal), e-mail: andressalais.rocha@gmail.com, tel.: 3882-5222 Ramal 06;

Prof^ª. Dr^ª. Sueli Terezinha Ferrero Martin (pesquisadora e orientadora), e-mail: sueliterezinha@yahoo.com.br, tel.: 3880-1243;

Prof^ª. Ass. Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani (pesquisadora), e-mail: fpadovani@fmb.unesp.br, tel.: (14) 3880-1231.

APÊNDICE D – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL COM AS CRIANÇAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL COM CRIANÇAS

TEMA: Avaliação do serviço de saúde mental infantil

Apresentação: Moderadoras e crianças;

Leitura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com as crianças e obtenção das assinaturas;

Lembrar sobre a gravação em áudio do grupo e sobre manter sigilo);

Estabelecer regras:

**Falar um de cada vez;
Pensar com calma antes de responder;
Perguntar quando não estiver entendendo;
Não há resposta certa ou errada.**

Atividades lúdicas:

- ✓ Apresentação de fotos e figuras associadas ao tema;
- ✓ Leitura do Livro “Tudo bem ser diferente” (Autor: Todd Parr);
- ✓ Utilização de plaquinhas representando comportamentos e sentimentos.

Subtemas abordados durante as atividades lúdicas:

- ✓ Relação das crianças com o Centro de Saúde Escola e sala de ludoterapia (identificação, sentimentos);
- ✓ O que vocês lembram sobre quando vocês vinham no serviço?
- ✓ Lembram porque vocês vinham aqui?
- ✓ O que vocês faziam aqui? (explorar sobre os atendimentos individuais e grupais)
- ✓ Vocês gostavam ou não gostavam de vim aqui?
- ✓ O que vocês mais gostavam de fazer aqui? O que vocês menos gostavam?
- ✓ Tinha algo que vocês não gostavam de fazer?
- ✓ Sobre o que vocês conversavam (brincar, escola, família, amigos, sentimentos)?
- ✓ Com o que vocês brincavam? Como vocês brincavam (sozinhos? com as outras crianças?)?
- ✓ Como era com as outras crianças? E com o (a) psicólogo (a)?
- ✓ Por que vocês pararam de vim?
- ✓ O que mudou depois que vocês vieram aqui?

Explorar a história infantil!

Finalização:

- ✓ Retomar o que foi feito e discutido no grupo;
- ✓ Fazer um fechamento com base no que foi realizado;
- ✓ Convidar para o lanche com os pais/responsáveis.

APÊNDICE E – MATERIAIS UTILIZADOS NOS GRUPOS FOCAIS INFANTIS

