



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ – UVA

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL – RMSM

JOSSANE CANDEIRA SPÍNDOLA LINHARES

**LINHA SOLTA: DISPOSITIVOS DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL E A TEIA DE INTERRELAÇÕES EM SOBRAL-CE**

SOBRAL - CE

2017

JOSSANE CANDEIRA SPÍNDOLA LINHARES

LINHA SOLTA: DISPOSITIVOS DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL E A TEIA DE INTERRELAÇÕES EM SOBRAL-CE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, em caráter de Residência.

Orientador: Prof. Mcs. Alex Viana de Brito.

SOBRAL - CE

2017

JOSSANE CANDEIRA SPÍNDOLA LINHARES

**LINHA SOLTA: DISPOSITIVOS DE CUIDADO À SAÚDE MENTAL
INFANTOJUVENIL E A TEIA DE INTERRELAÇÕES EM SOBRAL-CE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental, em caráter de Residência.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Mcs. Alex Viana de Brito (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Prof^o. Dr. Luís Achilles Rodrigues Furtado
Universidade Federal do Ceará

Prof^o. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará

Sobral, 08 de março de 2017

Às infâncias autenticamente vividas.

AGRADECIMENTOS

Aproveito este espaço para agradecer, em poucas linhas, aos que muito importam na confecção do meu bordado vivencial. De início agradeço a Deus, que sempre me mostra que tenho motivos sinceros para persistir confiando no que me faz sentido. Sou grata também aos meus pais e irmã, pelo amor e dedicação incondicionais; e ao querido Léo, meu Axuca, pela parceria em todos os âmbitos. Obrigada Priscilla, por ser minha alma gêmea ao inverso, você é meu contrário mais bonito. Muito obrigada, minhas amigas-irmãs – Dayana, Mônica, Gizelly e Aline – por serem companheiras 24 horas por dia, 365 dias por ano, desde 2006. Não tenho como retribuir a acolhida que tive de meus familiares em Sobral, principalmente a de Amélia e da tia Julieta, e também a amizade de Gabi, com quem vivenciei muitas trocas. Obrigada também ao corpo docente da Residência Multiprofissional em Saúde Mental e aos profissionais da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral, que direta ou indiretamente apoiaram com zelo esta jornada que agora se conclui, bem como ao psicólogo Mcs. Alex Viana, pelos momentos de orientação deste trabalho. Por fim, agradeço com muito carinho e sentimento de saudade, aos colegas de turma, em especial ao André, Andreia, Denise e Gleidson, que fizeram muita diferença positiva durante minha estadia na Residência.

RESUMO

Este é um estudo acerca do funcionamento da comunicação e da articulação intersetorial de instituições de Sobral – Ceará, que atendem à crianças com demandas de saúde mental, tendo como ponto de partida o cotidiano do CAPS-II da cidade. Discorreu-se sobre o histórico da loucura e do cuidado em saúde mental infantojuvenil e sobre como se define, legal e idealmente, nos dias atuais, a organização da Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado intersetorial. A pesquisa tem como objetivos: 1) investigar como acontece o acompanhamento e tratamento em saúde mental infantojuvenil; 2) conhecer os itinerários terapêuticos de crianças acompanhadas pelo CAPS-II e; 3) discutir criticamente sobre a realidade atual dos acompanhamentos, bem como propor possíveis modos de aprimoramento dessa. Trata-se de um estudo multicaso de caráter qualitativo, que foi realizado a partir de uma pesquisa de campo. Os responsáveis por duas crianças usuárias tiveram participação fundamental na investigação. Além destes, participaram da pesquisa cinco trabalhadores do CAPS-II e uma do Instituto Aprender. Todos estes são profissionais de referência no tratamento das crianças em questão. Para a instrumentalização da pesquisa, foram compiladas as informações colhidas através de entrevistas semiestruturadas individuais e registradas em diário de campo. Foram recolhidas informações também nos prontuários e realizado um grupo focal com alguns profissionais do CAPS-II. Os dados foram analisados a partir da proposta da hermenêutica-dialética, possibilitando entender a saúde em suas diversas dimensões. Essa forma de análise valoriza as vivências do pesquisador, incluindo-o como parte integrante do estudo. Foi verificado que, de modo geral, os profissionais compreendem a importância da articulação intersetorial, mas não conseguem efetivá-la. Foram pontuadas como entraves principais a deficiência de uma gestão direcionada para processos de troca entre os diversos setores, além da falta de um CAPS infantojuvenil no município, que possibilitaria direcionar a atenção para os casos de saúde mental da infância e adolescência. A relevância desse estudo justifica-se pelo crescente número de crianças e adolescentes que procuram com seus familiares os dispositivos de cuidado apresentando demandas de saúde mental. Além disso, apesar do trabalho em rede intersetorial ser posto nos documentos regulatórios da saúde mental infantojuvenil como imprescindível, é perceptível a carência de pesquisas que discutam sobre o assunto.

Palavras-chave: Saúde Mental; Infantojuvenil; Intersetorialidade.

ABSTRACT

This is a study about the functioning of communication and intersectoral articulation of institutions in Sobral - Ceará, which serves children with mental health demands, starting from the CAPS-II daily life of the city. We discussed the history of madness and children and adolescents mental health care and how to define, legally and ideally, in the present days, the organization of the Psychosocial Care Network and intersectoral care. The research aims to: 1) investigate how occurs the monitoring and treatment in child and adolescent mental health; 2) to know the therapeutic itineraries of children accompanied by the CAPS-II and; 3) to discuss critically about the current reality of the accompaniments, as well as to propose possible ways of improving it. This is a multi-case qualitative study, which was carried out from a field research. Those responsible for two child users had a fundamental role in the research. In addition, five workers from the CAPS-II and one from the Aprender Institute participated in the study. All these are reference professionals in the treatment of the children in question. For the instrumentalization of the research, we compile the information collected through individual semi-structured interviews and recorded in field diaries. Information was also collected in the medical records and a focus group was conducted with some CAPS-II professionals. The data were analyzed based on the hermeneutic-dialectic proposal, making it possible to understand health in its various dimensions. This form of analysis values the experiences of the researcher, including it as an essential part of the study. It was verified that, in general, the professionals understand the importance of intersectoral articulation, but fail to realize it. The main obstacles were the lack of management aimed at exchange processes between the different sectors, as well as the lack of a child and youth CAPS in the municipality, which would make it possible to direct attention to the mental health cases of childhood and adolescence. The relevance of this study is justified by the growing number of children and adolescents who seek care with their families presenting mental health demands. In addition, despite intersectoral network work being placed in the regulatory documents on child and adolescent mental health as essential, there is a noticeable lack of research that discusses the subject.

Keywords: Mental health; Children and adolescents; Intersectorality.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: trajeto de acompanhamentos de Emília.

Gráfico 2: trajeto de atendimentos de Pedrinho.

LISTA DE SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
APASO	Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Sobral
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CH	Centro de Reabilitação
EAP	Estratégia de Atenção Psicossocial
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Popular em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 O CROQUIS: ESCOLHENDO OS FIOS	10
2 DEFININDO A TRAMA.....	11
2.1 Histórico da Loucura e do Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil	12
2.2 Desenvolvimento Infantil e Ponderações Sobre os Diagnósticos Psiquiátricos	19
2.3 A Rede de Atenção Psicossocial e o Cuidado Intersetorial	24
3 PREPARANDO O TEAR	30
3.1 Participantes.....	31
3.2 Instrumentos.....	32
3.3 Procedimentos.....	32
3.4 Análises de Dados.....	33
4 TECENDO O RECAMO	35
4.1 O Caminho de Emília	35
4.2 A Alameda de Pedrinho	38
4.3 Acompanhamento Infantojuvenil e Articulação Intersetorial em Sobral: dificuldades e potências	40
4.3.1 Postura e acolhimento profissionais.....	40
4.3.2 Percepções sobre os acompanhamentos.....	44
4.3.3 Comunicação entre as equipes e os dispositivos.....	49
5 ARREMATANDO A TECELAGEM	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE A – Entrevista Semiestruturada - Responsáveis	62
APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada - Profissionais.....	63
APÊNDICE C – Autorização Institucional	64
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsáveis.....	65
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais	66
APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade.....	67

1 O CROQUIS: ESCOLHENDO OS FIOS

Linha solta, ponto frouxo. Algo que está ali, tem uma relação, liga algo a outro algo. Mas como firmar essa ligação? O que fazer para não perder o fio da meada? E mais do que isso: como coser esses pontos para construir uma teia forte? Nos entrelaços nos questionamos, respondemos e duvidamos. Porém, disso surgiu uma decisão: aprofundar o conhecimento para pensar estratégias de como tecer uma rede fortalecida e respaldada.

Com a vivência acadêmica e profissional, percorremos um caminho atravessado por pontos que vinham a nos provocar interesses acerca da infância e da saúde mental. No momento, a partir da vivência enquanto residente do Centro de Atenção Psicossocial II - Damião Ximenes Lopes, tivemos mais contato com crianças e seus familiares, vindo a perceber as muitas dificuldades as quais esses sujeitos experienciam na busca por um cuidado em saúde. Desse modo, aquelas provocações se tornaram mais recorrentes e vívidas, nos direcionando à escolha do tema para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

Desenvolvemos a pesquisa através do resgate e esquematização dos itinerários terapêuticos de crianças atendidas no CAPS-II, partindo da realização de entrevistas junto aos responsáveis por esses usuários e aos profissionais que os atendem. O itinerários serão adotados como instrumentos potenciais para a compreensão do caminho que é percorrido pelos usuários e dos tratamentos e acompanhamentos que são prestados.

Trazemos, então, como problema dessa pesquisa: quais os entraves e as potencialidades na articulação intersetorial da saúde mental infantojuvenil nesse município e como aprimorar a comunicação, visando uma assistência mais eficaz às crianças? Buscamos ainda investigar como acontecem, de modo geral, os acompanhamentos e tratamentos em saúde mental infantojuvenil em Sobral-CE.

Adiante, de modo sucinto, são expostas quatro esferas de grande importância para se refletir a propósito do cuidado em saúde mental infantojuvenil: 1) histórico da loucura e do cuidado em saúde mental infantojuvenil; 2) desenvolvimento infantil e ponderações sobre os diagnósticos psiquiátricos e; 3) a estratégia da Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado intersetorial.

2 DEFININDO A TRAMA

No decorrer dos séculos e com as mudanças culturais de cada época, crianças e adolescentes foram vistas e tratadas de formas diversas. Contudo, no início do século XX começou-se a discutir de modo mais enfático sobre as condições peculiares desta fase da vida, o que levou à elaboração de documentos importantes que passaram a regulamentar novas formas de compreensão e cuidados voltados às crianças e adolescentes.

Dentre estes documentos podemos citar: 1) as Convenções da Organização Internacional do Trabalho, no ano de 1919, que definiram idade mínima para o trabalho na indústria, bem como proibiram o trabalho infantil em algumas atividades; 2) a Declaração de Genebra em 1924, que foi a primeira com caráter amplo e genérico, reconhecendo a situação de vulnerabilidade de indivíduos nesta faixa etária; 3) a Declaração Universal dos Direitos da Criança, de 1959, onde é mudado o paradigma e crianças e adolescentes não são mais considerados objetos de proteção, passando ao *status* de sujeitos de direitos; e 4) a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, no ano de 1989, que acolhe a concepção do desenvolvimento integral da criança, faz previsão de direitos e defende o superior interesse destes sujeitos.

No contexto brasileiro, têm grande relevância: 1) a Constituição Federal de 1988, nos seus artigos 227 e 228, principalmente; 2) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990; 3) a Lei 12.594 de 2012 que trata do Sistema Nacional do Atendimento Socioeducativo; e 4) o Estatuto da juventude, regulamentado pela Lei 12.852/2013, que determina quais os direitos dos jovens devem ser garantidos pelo Estado. Com tais regulamentações e outras mais, no Brasil as crianças e adolescentes passaram a ser entendidos como sujeitos de direitos, galgando de prioridade absoluta em consideração a condição de indivíduos em fase de desenvolvimento. Assim, foram formuladas políticas públicas e orientadas as ações nas mais variadas áreas de conhecimento direcionados a esse público.

Atualmente existem diversas classificações etárias para definir sobre quem se fala quando usamos os termos *criança* e *adolescente*: 1) a Convenção Internacional dos Direitos da Criança afirma que criança é toda a pessoa com até 18 anos de idade incompletos; 2) o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança o sujeito com até 12 anos incompletos e adolescentes aqueles na faixa etária entre 12 anos completos e 18 anos incompletos; 3) já a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza como limites

etários as idades de 0 a 9 anos para crianças e de 10 a 19 anos completos para adolescentes. Nesta pesquisa será utilizada a faixa conveniada pelo ECA, uma vez que, no Brasil esse documento é amplamente divulgado e aceito, sendo convencionado como base por diversos dispositivos e instituições no campo da psicologia, sociologia, direito, entre outros.

2.1 Histórico da Loucura e do Cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil

“O esquizofrênico delirante não é um sub-homem. É alguém que permanece um ‘sujeito’. Alguém que devemos respeitar tanto quanto qualquer outro (...) Nós apostamos que há criação, que há reconstrução, ou pelo menos tentativa de, na vivência esquizofrênica. Isto muda tudo, muda sobretudo a forma com que nos aproximamos do paciente psicótico (...) O respeito pelo outro implica em pensar o diagnóstico como uma forma de ‘estar com’, de penetrar na paisagem do outro, e não em apenas rotulá-lo para afastar-se dele, implica também em ter consciência do sofrimento ali existente, do esforço enorme feito para reagrupar minimamente o estilhaçamento que uma vivência psicótica comporta.”

Maria Tavares Cavalcanti

Compreender as questões e formas de cuidar da Saúde Mental na atualidade exige de nós, profissionais de saúde, mais do que o simples conhecimento das técnicas nucleares de cada categoria de formação acadêmica. É fundamental que tenhamos conhecimento do contexto histórico do qual fazemos parte, que entendamos os caminhos percorridos do que hoje chamamos de sofrimento psíquico, mas que já foi nomeado por diversos outros títulos: sabedoria dos deuses, heresia, loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, entre outros.

Assim, sem pretensões de conseguir abarcar toda a trajetória dos transtornos mentais, será apresentado sucintamente o percurso histórico desta área de conhecimento, enfatizando os momentos os quais consideramos mais relevantes para o bom entendimento da realidade contemporânea. Após essa apresentação inicial, caminharemos para o foco deste trabalho: o cuidado em saúde mental infantojuvenil. Optamos por utilizar no decorrer do texto o termo “louco”, bem como outros termos que eram comuns em cada época comentada.

Na antiguidade era bastante comum considerar as pessoas que não estavam em plenas faculdades mentais como porta-vozes dos deuses, oráculos. Os gregos acreditavam que a loucura poderia também ser um castigo para os que ousavam tentar ultrapassar os limites humanos para se igualar aos deuses. Nestes casos a loucura era um estado de

desrazão, onde se perde o contato ordenado com a realidade física e/ou social. Verifica-se que nesta época os transtornos mentais eram encarados de dois modos opostos – um bom, visto como uma dádiva, e outro ruim, tido como um castigo. Contudo, nos dois casos a origem da loucura não era humana, mas divina. Com o passar dos séculos, porém, as crenças das interferências divinas nas loucuras humanas passam a ter sua importância reduzida: distanciando-se do pensamento mítico, o homem compreende que possui sentimentos, emoções e vontades que não dependem do desejo dos deuses (TOMMASI, 2005).

Segundo esta autora, os transtornos mentais começaram a ser encarados como doença ainda na Idade Antiga, por Hipócrates “pai da medicina”, que deu início às observações clínicas. Assim, a loucura começa a ser estudada como uma doença orgânica, que surge com o desequilíbrio do que Hipócrates chamava de sistema de humores. De acordo com o movimento e quantidade desses humores no corpo, cada doença mental seria desencadeada. Grandes nomes da filosofia grega, como Sócrates, Platão e Aristóteles, também contribuíram para o estudo dos transtornos mentais, relacionando-os às emoções e à psique humana. Considerando isto, séculos depois, alguns estudiosos, propuseram terapêuticas diferenciadas, como a integração do louco ao meio social, enfatizando a importância da família.

Entretanto, com a fundação da Igreja Cristã e disseminação de suas ideias, retornaram as crenças de que a loucura está relacionada às possessões, desta vez contudo, referem-se a tormentos e possessões demoníacas. Assim, na Idade Média, a Igreja passa a ver os transtornos mentais como heresias e dá início à grandes episódios de intolerância e torturas realizadas em nome de Deus, alegando a salvação das almas e a cura das mentes perturbadas.

Com o passar dos anos, a classe médica vai conquistando importância, pois ocorre a transição da ideologia religiosa para a ideologia científica, surgindo a psiquiatria, que vem a substituir as denominações dos comportamentos: teologia x medicina, inquisidor x alienista, feiticeiros x insanos/alienados. Eis aqui o início da Idade Moderna. A partir de então a loucura deixa de ser vista sob o olhar religioso e passa a fazer parte do universo moral, a loucura começa a ser encarada como um erro ou defeito da pessoa. René Descartes, conhecido pela sua teoria cartesiana, que separa corpo e mente, defendia que os transtornos mentais estavam relacionados à incapacidade de pensar: “Sim, porque eu que penso, não posso estar louco” (DESCARTES, 1999, p. 269 *apud* TOMMASI, 2005).

Em meados do século XVII são criados hospitais gerais e casas para internação que ofereciam alojamento e alimentação para as pessoas que para lá fossem espontaneamente ou encaminhadas pelas autoridades. Desse modo, ali existiam as mais diversas demandas (mendigos, alcoolistas, prostitutas, pessoas em sofrimento psíquico, etc.), não sendo realizados tratamentos adequados para as variadas demandas. Esses locais não eram estabelecimentos médicos, mas asilares e mantinham relações próximas com a polícia e o judiciário (POLETTI, 2008; TOMASSI, 2005). O processo de internação se espalhou rapidamente pela Europa, formando uma sociedade à parte. A Igreja ainda exercia bastante poder e alegava que a loucura era fruto da preguiça, assim os internos eram submetidos a realizarem trabalhos incessantes sem utilidade ou proveito.

Nasceu uma sensibilidade, que traçou uma linha, determinou um limiar, e que procede a uma escolha, a fim de banir. O espaço concreto da sociedade clássica reserva uma região de neutralidade, uma página em branco onde a vida real da cidade se vê em suspenso: nela, a ordem não mais enfrenta livremente a desordem, a razão não mais tenta abrir por si só seu caminho por entre tudo aquilo que pode evitá-la ou que tenta recusá-la. [...] Com isso a loucura é arrancada a essa liberdade imaginária que a fazia florescer ainda nos céus da Renascença. Não há muito tempo, ela se debatia em plena luz do dia: é o Rei Lear, era Dom Quixote. Mas em menos de meio século ela se viu reclusa e, na fortaleza do internamento, ligada à Razão, às regras da moral e a suas noites monótonas. (FOUCAULT, 1978, p. 89)

Nos anos seguintes, passa à figura do médico a capacidade de julgar, analisar e determinar se os indivíduos são ou não *alienados* e qual o nível em que a doença se encontra. A categoria passa também a estudar e definir quais as funções atingidas (memória, imaginação ou razão). Desse modo, no século XVIII, a partir das ideias da Revolução Francesa, e com a nova forma de economia, as internações passaram a ser mais restritas devendo acontecer somente com objetivos terapêuticos (POLETTI, 2008).

Neste contexto, a psiquiatria, sofrendo preconceito das outras especialidades médicas por lidar com a mente (algo abstrato), passa a tornar cada vez mais concreto seu objeto de estudo e afirma que as doenças mentais estão localizadas no cérebro. Tendo uma base orgânica, os psiquiatras começam a realizar diversas experiências com o cérebro humano, em busca de anomalias, matéria destruída e outras possíveis causas (POLETTI, 2008; TOMASSI, 2005). Surgem as sínteses, sistematizações e classificações das doenças mentais. Foram inventadas a partir daí, variadas técnicas chamadas de tratamento de choque, dentre elas as sangrias, mergulhos em água gelada, cadeiras giratórias e a camisa-de-força.

Já no final do século XVIII, Philippe Pinel reconhece a importância da atitude do médico para com o paciente, bem como passar a defender que o médico deveria residir no

hospital com os pacientes para melhor observá-los e conhecer cada um. Ele afirmava que a alienação era uma doença causada pela imoralidade e assim defende o “tratamento moral”, no qual os excessos e exageros seriam corrigidos pelas mudanças de costumes.

Segundo Tommasi (2005), no século XIX os transtornos mentais passam a ser tratados também sob a ótica psicológica, pelos quais iniciam os tratamentos hipnóticos, pois corpo e mente começam a ser entendidos de modo interligado. O médico Jahann Christian Reil, em 1803, escreve o primeiro tratado sistemático de psicoterapia, onde apresenta técnicas como recompensa e castigo; intimidação e apelo à razão; assustar os pacientes; terapias ocupacional, musical e teatral. As variadas técnicas tinham a intenção de atender às diferenças individuais dos pacientes. Os sistemas de classificação ficam cada vez mais detalhados e Kraepelin desenvolve o sistema de psiquiatria descritiva, utilizado ainda nos dias atuais.

Já no século XX, Foucault realiza uma análise crítica sobre a história da loucura, discutindo sobre as diversas óticas sob as quais os transtornos mentais foram entendidos no decorrer dos tempos. Seus estudos têm enorme relevância até os dias atuais devido sua profundidade e percepção acerca da lógica capitalista como reguladora das relações humanas nos variados âmbitos, exercendo o controle social por meio das instituições. No mesmo século, as instituições acima citadas, agora chamadas de manicômios, continuam sendo um depósito de “loucos”, contudo, iniciam-se questionamentos mais frequentes e incisivos sobre a eficácia desse ambiente para o tratamento dos portadores de transtorno mental. A Itália é o país precursor tanto nas posições contrárias ao modo de tratar vigente, quanto nas ações da reforma psiquiátrica (RP). O grande nome dessas ações é o psiquiatra e militante Franco Basaglia que deu início a uma das mais importantes transformações da psiquiatria ao romper com o paradigma dominante hospitalocêntrico, originando uma nova forma de pensar sobre a saúde mental e conseqüentemente um novo fazer e modo de cuidar. Em suas críticas, propõe que a doença seja posta entre parênteses, de modo que o sujeito em si e seu contexto sejam considerados mais importantes (PEREIRA, 2008).

As ideias de Basaglia firmam-se em quatro propostas principais: 1. a luta contra a institucionalização – que não se resume à retirada dos doentes de dentro dos manicômios, mas refere-se ao uso de práticas multidisciplinares e multi-institucionais; 2. a luta contra a tecnificação; 3. Mudança na forma de relação, chamada de relação de contrato social, onde o portador de transtorno mental não é mais tutelado; 4. Entendimento de que a reforma psiquiátrica só é possível a partir de uma prática efetiva de luta nos campos político e social (AMARANTE, 1994). Partindo-se desse entendimento, não faz sentido buscar uma

causa única ou mesmo uma terapia específica para cada doença, já que o sofrimento psíquico decorre de diversos determinantes, sendo multifatorial, necessitando ser observado de forma ampla.

Outro grande ator da reforma psiquiátrica na Itália e no mundo é Franco Rotelli, que defende que a desinstitucionalização consiste em um trabalho prático de transformações que envolve a ruptura do paradigma clínico tradicional; a mudança do foco, que vai da cura para as intervenções em saúde; a construção de uma nova política de saúde mental; o uso da terapêutica que considera a existência integral do sujeito; a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Além destes, cita também a intervenção focada em ações coletivas e na comunidade; a atuação com caráter dinâmico, se adaptando às necessidades de cada caso; a transformação das relações de poder entre profissionais e usuários; e a ênfase no cuidado como forma de considerar o sofrimento dos sujeitos. Passasse a falar em projetos de vida, reabilitação, cidadania, projetos terapêuticos, em discrepância à lógica anterior das ações centradas nos sintomas e na doença em si (HIRDES, 2009).

A partir dessas propostas, muitas transformações se tornaram possíveis na Itália e as ideias de Basaglia se difundiram e ganharam reconhecimento internacional. O Brasil foi um dos países bastante provocados por suas conquistas e passou a vislumbrar como objetivo maior a mudança na forma de cuidar, de modo a reavaliar criticamente o papel das práticas psiquiátricas vigentes e lutar pelo respeito aos direitos civis e dignidade dos portadores de sofrimento psíquico grave.

Assim, no final da década de 1970, a reestruturação efetiva foi iniciada no Brasil. Logo, como estratégia de contrapor-se à lógica hospitalocêntrica e dar os primeiros passos em direção à RP, realiza-se algumas ações: são criados ambulatórios multiprofissionais de saúde mental, acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental no ano seguinte. As primeiras ações concretas começaram a ocorrer principalmente na região Sudeste – intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, 1989 – e no Sul – com a Lei da RP do Rio Grande do Sul, Lei Estadual nº 9.716/1992 –, e foram se disseminando gradualmente por todo o país (HIRDES, 2009).

Neste sentido, foi fortalecida e executada a reforma psiquiátrica brasileira, na qual se busca atuar de forma crítica, desconstruindo a hegemonia e centralidade da prática psiquiátrica tradicional. O objetivo foi e continua sendo ir além da mera reorganização administrativa dos serviços, buscando transformações qualitativas nestes. Portanto, aconteceram variadas ações a nível nacional: denúncias de maus tratos nos manicômios;

instituídos os Núcleos de Atenção Psicossocial, que depois evoluíram para os CAPS; aprovação da Lei 10.216 em 2001; fiscalização e fechamento de hospitais psiquiátricos; criação do Serviço Residencial Terapêutico; dentre diversos outros dispositivos de atenção à Saúde Mental.

No que se refere à atenção à saúde mental infantojuvenil, esta caminhou lado a lado com o histórico supracitado: em geral, crianças e adolescentes de famílias pobres, com transtornos mentais e/ou em conflito com as leis eram encaminhadas para entidades estatais, religiosas ou filantrópicas, ficando amontoadas e sem os devidos cuidados que garantissem um futuro melhor e mais autônomo a esses sujeitos (POLETTI, 2008).

As questões de saúde mental na infância só começam a ganhar visibilidade, vindo a ser entendidas de forma diferenciada, a partir do final do século XIX, quando iniciam os primeiros estudos sobre desenvolvimento infantil no âmbito da psicologia, visando a adaptação do indivíduo ao meio (HILLESHEIM & GUARESCHI, 2007). Segundo estudo realizado por Cirino (2001, *apud* JANUÁRIO & TAFURI, 2009), a psiquiatria infantil, enquanto especificidade, é estabelecida a partir da década de 1930, não havendo nenhuma diferenciação anteriormente.

Percebe-se que a saúde mental infantojuvenil não era organizada como política pública de saúde, mas como ações desconjuntadas em diversos departamentos como saúde, educação, assistência social e judiciário, apresentado muita dificuldade nos diálogos intersetoriais, além de privilegiarem a institucionalização de crianças e adolescentes (BRASIL, 2014). Com a reorganização política do Brasil, as mudanças ocorreram tanto no âmbito da assistência a adultos quanto à população infantojuvenil. Marco da democracia, a Constituição Federal de 1988, veio afirmar a condição de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos em condição de desenvolvimento, assegurando-lhes prioridade absoluta na assistência a qual necessitarem. Logo depois, foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), importante documento para a garantia dos direitos infantojuvenis.

Contudo, seriam necessárias diversas outras ações para efetivar o cuidado à saúde mental infantojuvenil. Assim, em 1992, as consequências nefastas da institucionalização foram destaque na II Conferência Nacional de Saúde Mental e, na Conferência posterior, realizada em 2001, foram determinadas ações político-assistenciais para a implantação de um novo modelo de cuidado à crianças e adolescentes (BRASIL, 1994; BRASIL, 2002).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como tema “Cuidar sim, excluir não”, foi definido que

a elaboração e execução de ações no campo da saúde mental infanto-juvenil devem compor, obrigatoriamente, as políticas públicas de saúde mental, respeitando as diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os princípios do ECA. Estas políticas devem ser intersetoriais e inclusivas, com base territorial e de acordo com a realidade sociocultural de cada município. Nesta perspectiva, é fundamental a criação e/ou fortalecimento de uma rede de atenção integral à criança e ao adolescente e a reavaliação dos serviços existentes. (BRASIL, 2002, p. 57)

Como consequência foram regulamentados em 2002, através da Portaria nº 336 do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, conhecidos como CAPS-i. Para Couto (2003), o que a Portaria propõe é a expansão, a nível nacional, das ações exitosas que já vinham sendo realizadas em alguns locais do país, e conclui: “o que me parece de mais importante nela é justamente o fato de afirmar publicamente, para todos os cantos deste país que, de agora em diante, não bastarão êxitos locais, todos deverão rever seus procedimentos em relação à criança e ao adolescente.” (COUTO, 2003, p. 192).

Para o fortalecimento do controle social e da articulação intersetorial no âmbito da saúde mental infantojuvenil foi criado o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituído pela Portaria nº 1.608/2004, tendo como atribuições fundamentais debater questões relacionadas ao tema e definir diretrizes políticas a nível nacional de modo a organizar as práticas neste campo de atenção à saúde (BRASIL, 2004). É importante salientar que desde 2012 jovens com idade entre 12 e 19 anos têm participação garantida no Fórum Nacional, podendo participar aqueles sujeitos que tenham interesse no tema da saúde mental infantojuvenil e representem alguma rede ou grupo de adolescentes (UNICEF, 2013).

Assim, o CAPS-i juntamente com o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, configuram-se como as principais estratégias de aproximação com as comunidades e a vida social como um todo (BRASIL, 2014), em acordo com o que preconizam as diretrizes operacionais para os serviços de saúde para esse público: “As ações devem orientar-se de modo a tomar os casos em sua dimensão territorial, ou seja, nas múltiplas, singulares e mutáveis configurações, determinadas pelas marcas e balizas que cada sujeito vai delineando em seus trajetos de vida.” (BRASIL, 2005, p.16).

Seguindo este ponto de vista, no ano de 2010 a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, debateu acerca da necessidade do cuidado às crianças e adolescentes de modo intersetorial, envolvendo os serviços da atenção primária, os CAPS, a educação, a assistência social e a justiça, como estratégia para superar os desafios no atendimento e resposta eficaz às demandas desse público-alvo (BRASIL, 2010).

Portanto, fica entendido que a Política Pública de Saúde Mental Infantojuvenil evoluiu e apresenta princípios próximos aos da reforma psiquiátrica geral, como ir além do tratamento farmacológico, transpor a institucionalização do cuidado trabalhando em rede e preconizar a assistência territorializada (POLETTI, 2008). Contudo, mais do que esses princípios, é fundamental reconhecer o usuário do serviço enquanto sujeito de direitos e desejos; sujeito que sente e possui capacidades independente da faixa etária na qual se encontra. Sujeito ainda que tem responsabilidades e singularidades e deve ter espaço para se expressar e ser acolhido em suas demandas.

2.2 Desenvolvimento Infantil e Ponderações Sobre os Diagnósticos Psiquiátricos

“Chamo de aprisionantes as parcerias em que as diferenças são suprimidas, as necessidades não são identificadas nem atendidas e, o que se obtém como gratificação é a sensação de

controle sobre o vivido.”

Luciana Loyola Madeira Soares

Para pensar sobre o desenvolvimento humano, traz-se a princípio uma interessante questão pontuada por Hillesheim & Guareschi (2007) em sua afirmação de que a infância é um conceito inventado durante a Modernidade. As autoras discutem sobre as importantes mudanças ocorridas neste período histórico, no qual a criação das escolas acarreta numa estreita relação entre educação e infância, levando ao novo acordo de que esta fase da vida é mais ampla do que se considerava anteriormente: somente até cerca dos sete anos de idade.

O advento das escolas exigiu a organização de um modelo a ser utilizado para a educação e modelagem das crianças aos padrões desejados, trazendo como consequência, o estudo da infância, a partir do qual pesquisadores de diversas áreas passaram a elaborar teorias sobre o assunto (HILLESHEIM & GUARESCHI, 2007). Neste sentido, as autoras Papalia, Olds & Feldman (2006) afirmam que devido sua complexidade, o estudo do desenvolvimento humano exige a parceria de várias disciplinas do conhecimento, como psicologia, biologia, medicina, sociologia, educação, antropologia, filosofia e história.

Dentre essas áreas de pesquisa, a psicologia do desenvolvimento ganhou destaque, uma vez que, inicialmente, tomou como seu objetivo o estudo sobre classificação e controle do comportamento humano, visando mensurá-lo e selecionar as crianças de

acordo com suas performances. Alguns aspectos comportamentais passaram a ser definidos como problemáticos, gerando uma preocupação acerca do que seria entendido enquanto normal ou patológico. Segundo Hillesheim & Guareschi, “os estudos da Psicologia enfatizaram o patológico em detrimento do normal, sendo que a própria noção de normalidade surge dessa preocupação com a conduta, buscando torná-la inteligível e administrável.” (2007, p. 82).

Passou-se a cunhar definições para infância que a colocaram no lugar de uma *fase da vida*, havendo a cisão entre ela e as demais. Foi estipulado quais as características das crianças e o que se enquadraria neste termo. Assim, a psicologia do desenvolvimento se firmou seguindo os valores iluministas, tendo como base os ideários da razão, emancipação e progresso. Em consonância com essas ideias, a *razão* tornou-se condição fundamental para o desenvolvimento (HILLESHEIM & GUARESCHI, 2007), trabalhando-se então, a modelagem e ordenação dos indivíduos para que as condutas individuais concordassem com os valores coletivos. O desenvolvimento nesta época era entendido de forma sequencial, dividido em fases organizadas, contando com níveis de complexidade e aperfeiçoamento gradativos, tendo uma visão de desenvolvimento universal e generalista.

Com o passar das décadas e o aprofundamento das pesquisas, o campo do desenvolvimento humano passou a constituir o estudo científico das mudanças e dos aspectos relativamente estáveis das características pessoais durante a vida. Atualmente se reconhece, de modo geral, que o desenvolvimento acontece durante toda a vida do indivíduo. Outra modificação sofrida foi a evolução dos seus objetivos, passando a incluir a *descrição*, a *explicação*, a *predição* e a *modificação* do comportamento humano (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2006)

Assim, percebe-se que as teorias tradicionais ainda concebem desenvolvimento humano com uma visão de tempo linear, onde o homem vai acumulando saberes, experiências e capacidades, vindo a se desdobrar no futuro, levando à compreensão da infância como um estado de passagem (HILLESHEIM & GUARESCHI, 2007). Nesta perspectiva, as autoras citam Jobim & Souza (1996) para explicar o entendimento de que esta visão linear atribui à infância uma condição de menoridade, uma vez que se configura como algo provisório, incompleto e imperfeito, diferente do juízo dado à fase adulta, que passa a ser aceita como detentora de certa estabilidade e maturidade.

Para além das diversas teorias psicológicas clássicas sobre desenvolvimento, como as de Piaget, Vigotsky, Erickson, Wallon, Freud, etc., no início do século XX surge uma nova forma de organização das doenças, partindo-se de uma semiologia de observação e

sistematização a partir da descrição dos sintomas apresentados por pacientes. Foram criados manuais de classificação das doenças mentais, como a Classificação Internacional das Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) amplamente utilizados atualmente, com suas devidas atualizações.

Tendo como foco a saúde mental infantojuvenil, nos privaremos às discussões referentes à faixa etária em questão. Os dois manuais citados, listam os transtornos que costumam ser diagnosticados já na infância ou adolescência que, segundo eles, não apresentam qualquer diferença definitiva nas variadas idades e listam também outros transtornos fazendo a distinção de acordo com a fase: infância ou vida adulta (D'ABREU, 2012).

Esta autora cita que os diagnósticos na infância comumente são classificados enquanto transtornos *internalizantes* ou *externalizantes*. Os primeiros dizem respeito aos transtornos de ansiedade e de humor, por exemplo os de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada, depressivo maior, obsessivo compulsivo, de estresse pós-traumático, afetivo bipolar e ideação suicida. Nesses casos as crianças em geral apresentam sintomas como medo irracional, baixa autoestima, depressão e sentimento de desvalia.

Já os transtornos externalizantes referem-se aos casos de padrões de comportamentos que incluem agressividade, impulsividade, enfrentamento, hiperatividade e desatenção. Dentre os diagnósticos estão o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno de conduta e o transtorno desafiador e de oposição (D'ABREU, 2012). É importante salientar, contudo, que muitos profissionais entendem que os casos devem ser investigados para além da lista de sintomas trazidas pelos manuais nosológicos já que esses padrões de comportamentos podem indicar outras demandas.

Além disso, “muitos casos também não satisfazem os critérios de enquadramento diagnóstico exigidos. Em alguns casos, até a delimitação das fronteiras entre normal e patológico e entre as próprias patologias é complicada” (JANUÁRIO & TAFURI, 2009, p. 532). Conforme D'Abreu (2012) a existência de comorbidades é bastante comum quando se fala de saúde mental infantojuvenil.

Desse modo, cada vez mais os sistemas de classificação vêm sendo questionados por apresentarem características restritivas e estatísticas, de natureza atórica e categórica, não contemplando as questões dimensionais e próprias do desenvolvimento infantil, como as diferenças esperadas em cada idade: o que pode ser considerado normal em uma idade, em outra pode indicar problemas de saúde mental (D'ABREU, 2012; DELATORRE, SANTOS & DIAS, 2011; AJURIAGUERRA & MARCELLI, 1986). Pode-se concluir

então que o diagnóstico psiquiátrico de uma criança é ainda mais complexo que o de um adulto, necessitando da adequação dos critérios utilizados ao estágio de desenvolvimento e ao contexto da criança. Neste sentido, Winnicott (1964 *apud* DELATORRE, SANTOS & DIAS, 2011) afirma que não é eficaz a comparação entre crianças para se chegar à conclusão acerca do que se pode definir como normal.

Portanto, entende-se que as questões da saúde mental não podem ser explicadas a partir de um único ponto de vista, sendo imperioso apreciar os diversos campos da vida humana, como aspectos biológicos, psicológicos e ambientais do sujeito. Além desses aspectos, Antony (2006) cita que o percurso do desenvolvimento do indivíduo é influenciado por outras variáveis como a capacidade de resiliência de cada um e a rede de apoio disponível. Logo, um comportamento não pode ser definido por si só como patológico ou normal. Uma análise feita desta forma torna-se simplista, desconsiderando a complexidade do sujeito (DELATORRE, SANTOS & DIAS, 2011; ANTONY, 2006). Assim sendo, não há como serem definidos critérios rígidos da diferenciação entre normal e patológico.

Ponderando sobre a infância, Ajuriaguerra & Marcelli (1986) recomendam que os sintomas sejam analisados de acordo com sua função no contexto da criança, podendo ter efeito *desorganizador* ou *organizador*. Sintomas com o papel organizador podem ser o meio encontrado pelo indivíduo para conviver com o seu ambiente (WINNICOTT, 1964 *apud* DELATORRE, SANTOS & DIAS, 2011), havendo a possibilidade de este ser, na realidade, a demanda problemática. Em acordo, Januário & Tafuri (2009) defendem a necessidade de compreender a subjetividade de cada criança como fator significativo da experiência psicopatológica, entendendo que o sofrimento psíquico pode ser a manifestação de um esforço em direção à saúde.

Outro ponto fundamental a ser avaliado são as consequências que um diagnóstico psiquiátrico pode gerar como estereótipos. D'Abreu (2012) afirma que isso pode acarretar em um empoderamento das instituições de saúde e educação em detrimento das variáveis contextuais da família, cultura e situação socioeconômica. Feijoo (2011) discute sobre a importância de que os profissionais tenham uma visão ampliada, que enxergue além do diagnóstico, uma vez que considera que se encerrar a esse prejudica o entendimento integral acerca da criança. Ainda sobre este ponto, Januário & Tafuri citam que “a noção de diagnóstico na prática clínica muitas vezes deixa de lado o encontro necessário com o fenômeno e com a linguagem.” (2009, p. 530).

Ter um olhar global sobre a criança e refletir sobre sua situação nos leva a compreender a sua singularidade, entendendo que não será o diagnóstico em si que definirá quais estratégias utilizar no auxílio e cuidado às demandas do sujeito e sua família. Sobre isto, Axline (1973, afirma: “Estamos buscando compreensão, acreditando que o verdadeiro entendimento nos conduzirá ao portão dos caminhos mais efetivos para estimularmos a pessoa a desenvolver-se e utilizar suas capacidades positivamente.” (p. 17). Igualmente, Hillesheim & Guareschi (2007) defendem a necessidade de problematizar os discursos psicológicos – e psiquiátricos – uma vez que esta reflexão pode levar a novas formas de compreensão de homem e de mundo.

Com as considerações apontadas acima, concluímos que a infância, como as demais etapas da vida humana, mostra-se como um período em que se experiencia diversos conflitos internos e dificuldades relacionais como consequências das diferenças entre as exigências ambientais e as necessidades e desejos originais do sujeito (ANTONY, 2006). Contudo, a primeira fase da vida apresenta peculiaridades a mais por se referir a sujeitos ainda bastante dependentes de outros para sua sobrevivência. Dependem por exemplo de seus pais, que na maioria das vezes são os responsáveis por definir a organização do cotidiano da criança: horários de acordar, ir à escola, fazer as refeições, quais atividades extras realizar, hora de dormir, etc.

Desse modo, Januário & Tafuri (2009) pontuam que a clínica infantojuvenil traz em si a particularidade de o terapeuta precisar, além de atender a criança, compartilhar o caso com outros profissionais e precisar “lidar com as pressões e as ansiedades da escola e dos pais.” (p. 545). Isso leva as autoras à preocupação acerca da possibilidade de o clínico se submeter ao papel de regularizador da criança, atendendo aos desejos dos pais, professores e outros personagens significativos e depreciar as necessidades do próprio sujeito.

É necessário chamar atenção ainda para o fato de que no Brasil os problemas de saúde mental infantojuvenil muitas vezes não recebem o devido reconhecimento, levando à maioria das crianças e adolescentes a não contarem com os tratamentos adequados (FLEITLICH & GOODMAN, 2000 *apud* D’ABREU, 2012). Os efeitos desse cuidado defasado com as questões de saúde mental na infância e adolescência são inúmeros e abrangem diversas instâncias da sociedade: evolução crônica dos transtornos, evasão escolar, dependência de medicações psicotrópicas no futuro, abuso de substâncias psicoativas, desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas e de outras ordens, despreparo para o cotidiano do trabalho na vida adulta, necessidade de cuidadores, etc.

Por conseguinte, ao se instituírem políticas públicas de saúde mental é fundamental se pensar nas estratégias para incentivar a inclusão social e a capacitação da sociedade para conviver com as pessoas em sofrimento psíquico. Poletti (2008) declara a imprescindível necessidade de relação e compartilhamentos das diversas políticas para o cuidado integral aos sujeitos com demandas em saúde mental, reorientando a assistência na compreensão da saúde como um processo, indo além da simples ausência de doença, mas buscando a promoção de saúde e o bem-estar bio-psico-socio-espiritual dos sujeitos e comunidades.

2.3 A Rede de Atenção Psicossocial e o Cuidado Intersetorial

“A criança vem à frente, mas traz sua realidade, sua história, seu ambiente; sua família, enfim. E alivia-se quando a recebemos e a acolhemos em todo o seu sistema, configurado e reconfigurado, cindido e reformado, sofrido e machucado, mas ainda vivo e responsável por dar-lhe continente para que possa existir.”

Luciana Bicalho Cavanellas

Percebemos que a assistência em saúde mental passou por um importante processo de evolução, principalmente nas últimas décadas, demonstrando a importância de compreender o indivíduo em sofrimento psíquico como um sujeito complexo, que deve ser cuidado nas diversas esferas vivenciais. Assim, a partir de experiências exitosas por todo o país, foi elaborada a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP) que tem como objetivos a superação do paradigma tradicional e a implantação de um novo modo de cuidar que seja capaz de situar a saúde mental no campo da saúde coletiva, considerando a relevância dos processos sociais, já que o sofrimento psíquico provém da interação de diversos fatores: ambientais, genéticos, econômicos, culturais, etc. Além disso, afirma a necessidade da abordagem interdisciplinar e intersetorial, enfatizando a disseminação e uso adequado de dispositivos de atenção territorializados e pautados nos princípios de integralidade e participação popular (YASUI & COSTA-ROSA, 2008).

Buscando organizar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), em 23 de dezembro de 2011 foi publicada a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta Rede tem como proposta garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais – inclusive a população infantojuvenil – pelos serviços, comunidades e cidades, estabelecendo os pontos de atenção para o atendimento deste público, sem excluir os indivíduos que sofrem os efeitos nocivos do uso de substâncias psicoativas. Além dos equipamentos específicos de saúde mental, como os CAPS e os

Serviços Residenciais Terapêuticos, a RAPS também é composta por serviços gerais de saúde, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultórios de Rua, Centros de Convivência e Cultura, hospitais gerais, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Acolhimento, empreendimentos solidários, cooperativas sociais, entre outros (BRASIL, 2011).

Dentre as diretrizes para a organização da RAPS encontram-se: 1) respeitar os direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade dos usuários; 2) considerar a equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; 3) garantir o acesso e a qualidade dos serviços sob a lógica interdisciplinar; 4) utilizar estratégias de cuidado diversificadas; 5) organizar os serviços de forma regionalizada, sendo definidas as ações intersetoriais que garantam a integralidade da assistência; 6) efetivar o cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, priorizando a construção do projeto terapêutico singular (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que apesar das diretrizes e objetivos serem comuns a todos os equipamentos da Rede, cada um tem atribuições específicas. Assim, a RAPS não recomenda a homogeneização dos serviços, mas afirma que todos devem prestar atendimento com qualidade e eficiência no que lhes couber. Neste sentido, Poletti (2008), discutindo acerca do cuidado à saúde mental da criança e do adolescente, cita que

A intersetorialidade parte do pressuposto que as instituições apresentem um objetivo comum, o cuidado para a população infanto-juvenil, porém cada uma tendo suas ações partindo de lugares diferentes, campos de atuação diferentes. Não se propõe uma homogeneização dos campos que assistem à população infantil, mas que cada campo possa se questionar sobre o lugar a partir do qual está autorizado a intervir. (s/p)

Quando nos referimos ao cuidado à saúde mental infantojuvenil, torna-se ainda mais importante que ele seja realizado em rede, considerando as condições peculiares dessa fase da vida. É necessário priorizar a integração das políticas de saúde mental com outras no campo da educação, assistência social, justiça, esporte, cultura, habitação e formação profissional, objetivando o empoderamento social e o exercício da cidadania de crianças e adolescentes. No entanto, existem dificuldades para efetivar uma práxis intersetorial, que vão desde o histórico da saúde mental, perpassando pelos estigmas depositados em pessoas com transtorno mental, a cronicidade que muitos desenvolvem através da segregação em instituições totais (até mesmo nos ambientes escolar e domiciliar) e os entraves na organização do atendimento em entidades filantrópicas que muitas vezes acabam por realizar atividades sem o cuidado e referencial técnico adequados (BRASIL, 2005).

Segundo a psicóloga Carla Bertuol¹, a fragmentação dos serviços, ao contrário do que se imaginava anos atrás, desfavorece a eficácia do cuidado prestado aos usuários, dificulta a resolução das demandas e a gestão dos dispositivos de saúde. Ao reconhecermos a complexidade da vida das crianças, adolescentes e famílias atendidas, ficam claros os aspectos positivos do trabalho intersetorial (BRASIL, 2014), sendo que o ECA afirma ser necessária a articulação entre diferentes políticas públicas para se atingir o objetivo da proteção integral a este público (BRASIL, 1990).

Para tanto, é necessária a construção de espaços de comunicação e negociações, capazes de lidar com os conflitos que surgem e chegar ao fim de realizar acompanhamentos eficazes no cuidado integral. Machado (s/d) destaca que a articulação intersetorial não necessariamente implica na resolução total do problema, mas busca meios para o empoderamento dos sujeito. Já Couto (2003) afirma que “não há campo discursivo, campo de especialidade ou campo de ações que esgotem em si todas as respostas, daí, a tão cara noção de rede” (p. 194). Além disso, a autora afirma que, sabendo da necessidade do trabalho intersetorial, é dever do profissional ter conhecimento acerca do contexto local no qual atua. É preciso conhecer quais são e como funcionam os recursos e obstáculos existentes, tais como: equipamentos públicos, entidades formais e informais não governamentais, áreas de lazer e situações de vulnerabilidade das comunidades, dentre outros. Compreendendo o contexto, podemos então elaborar ações de suporte e de trocas com estes dispositivos, reconhecendo potencialidades e desafios de cada um e visando o melhor atendimento às crianças e adolescentes com demandas de saúde mental.

A práxis fundamentada na intersetorialidade não implica só no tratamento da doença em si, mas também na inclusão social e na qualidade de vida do indivíduo. É preciso trabalhar a sociedade como um todo para que se saiba lidar com essas crianças e adolescentes, de modo a superar os preconceitos e compreender a saúde como processo e não simples ausência de doença. Em concordância, Poletti (2008) afirma que mais que somente a terapêutica utilizada, as relações sociais que o indivíduo em sofrimento psíquico vivencia podem contribuir negativa ou positivamente para os vínculos e desenvoltura que ele venha a ter. A autora ainda complementa:

Não atuar no território é considerar a doença uma produção somente subjetiva, daquele indivíduo, deixando de lado seu componente familiar, social, histórico. É retornar à prática manicomial, deixando somente a doença no sujeito quando

¹ Carla Bertuol é Psicóloga Dra. em Psicologia Social, autora do Módulo 3 do Curso de Atualização em Saúde Mental na Infância e Adolescência, citado neste projeto como “BRASIL, 2014”.

se sabe que há muitos outros donos. Trabalhar com a família também é trabalhar com a intersetorialidade, apesar de ser um agenciamento informal. (s/p)

Além de prezar pelo trabalho em rede, fazendo os devidos encaminhamentos compartilhados e articulação intersetorial após a chegada de um novo usuário e sua família ao serviço, os profissionais devem considerar que cada criança traz consigo diversas pessoas espaços e histórias (POLETTI, 2008). Ela é um ser permeado por uma gama de instituições e relações, tornando necessário que o dispositivo de saúde mental busque conhecer o seu contexto “bio-psico-socio-espiritual” e, a partir destas informações, realize ações que ultrapassem o simples fazer, mas atinjam criança e família de modo a produzir sentido e proporcionar as mudanças necessárias para a melhor qualidade de vida destes indivíduos.

Mângia & Muramoto (2008) defendem a construção de um novo modelo assistencial no contexto do SUS e mais ainda no âmbito das políticas de saúde mental, nas quais se entende como prioritária a composição de uma rede comprometida com as diretrizes do SUS, principalmente no que tange a construção da cidadania dos usuários. Deste modo, utilizar itinerários terapêuticos (ITs) pode ser de grande valia para a produção de cuidado. Os ITs surgiram no âmbito da ciência socioantropológica e têm como objetivo principal interpretar os processos pelos quais os grupos sociais ou sujeitos elegem, analisam e aderem (ou não) a diferentes formas de tratamento. É importante ressaltar que um itinerário deve considerar o contexto sociocultural, não se restringindo à análise da disponibilidade dos serviços e ao uso que o indivíduo faz destes (ALVES & SOUZA, 1999).

O profissional ao delinear um itinerário terapêutico, deve coletar a maior quantidade possível de informações e, se possível, saber todos os dispositivos buscados pelo indivíduo e/ou sua família para a resolução da queixa, independentemente de serem espaços formais ou informais. Portanto, pode-se vislumbrar inúmeras possibilidades, como: igrejas, rezadeiras, utilização de fitoterápicos, simpatias, escola, Centros de Saúde da Família, profissionais especialistas privados, entidades filantrópicas, centros de saúde especializados, etc.

De acordo com Mângia & Yasutaki (2008), conhecer o percurso do sujeito nos permite entender como as queixas originadas pelos transtornos mentais são identificadas no seu contexto e como as soluções encontradas em cada espaço conseguem reestabilizar o cotidiano a partir de novas formas de organizá-lo. As autoras afirmam que o resgate dos itinerários terapêuticos pode nos ajudar a “compreender de que forma a enfermidade se

incorpora no cotidiano dos sujeitos e em suas redes sociais; identificar as agências de apoio buscadas e a participação dos serviços de saúde mental, e finalmente reconhecer os aspectos que contribuem no processo de tratamento.” (p. 63). Desse modo, os ITs nos servem como importante ferramenta para a construção dos projetos terapêuticos singulares.

Cada dispositivo procurado pelo indivíduo e/ou sua família poderá dizer um pouco sobre eles. Dirá sobre suas crenças, sua situação econômica e cultural, sua compreensão de saúde, seu território. Silva-Junior, Gonçalves & Demétrio (2013) afirmam que a construção do itinerário terapêutico “ocorre de modo particular a cada indivíduo, se dá a partir da experiência de enfermidade vivida pelo mesmo junto às representações culturais sobre saúde e doença existentes no universo em que vive. Sendo, portanto, incoerente pensarmos na escolha do itinerário terapêutico de um indivíduo desprezando a sua cultura.” (s/p). Os itinerários terapêuticos, mostram-se como instrumentos potenciais para a compreensão do caminho que é percorrido pelos usuários e dos tratamentos e acompanhamentos que foram prestados em cada dispositivo de cuidado.

Percebemos, portanto, que o cuidado em rede traz consigo uma proposta diferente da clínica tradicional. Trabalhando nesta perspectiva abrimos portas, transpomos muros, caminhamos pela cidade, trocamos conhecimentos, refletimos. Enfim, reconhecemos as crianças e os adolescentes de modo único, responsabilizamo-nos pelo cuidado. Essa práxis nos apresenta o desafio de sair do lugar de detentores do saber para assumir a postura profissional de humildade e capacidade de negociação para que possamos além de dialogar com outros profissionais e dispositivos, escutar e acolher os desejos dos usuários.

Muitas mudanças ocorreram na forma de atenção à saúde mental, principalmente nas últimas décadas, porém ainda há muito o que melhorar em busca de um cuidado realmente adequado no trato com pessoas em sofrimento psíquico, como a formação e prática dos profissionais que atuam nesse cenário, que ainda hoje são consideravelmente tradicionais, fundamentadas no modelo hegemônico, focado no indivíduo e na doença, em detrimento do cuidado dirigido ao contexto real da vida dos usuários. (HIRDES, 2009).

Tendo em vista o que foi apresentado e sabendo que muitas questões ainda podem ser suscitadas a partir das colocações acima, finalizamos nossas considerações defendendo que os trabalhadores da saúde mental têm o importante papel de serem mais que meros profissionais. Devem ser também atores sociais, militantes da Reforma Psiquiátrica que lutam pela melhoria do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, priorizando o uso de tecnologias leves, entendendo que a autonomia dos usuários é um importante aliado de

nosso trabalho uma vez que a produção de subjetividade está intimamente relacionada à produção de saúde.

3 PREPARANDO O TEAR

“Desconhecemos as receitas prontas, elaboradas para dissolver os bloqueios mentais. cremos que muitas de nossas impressões são frágeis. [...] Sabemos que a pesquisa é uma fascinante combinação de intuição, especulação, subjetividade, imaginação, esperanças e sonhos mesclados com dados coletados objetivamente e submetidos à realidade da ciência matemática. Um elemento isolado não basta. O conhecimento da complexa causalidade ajuda-nos a construir a longa estrada que nos conduz à verdade.”

Virginia Axline

Este tópico dedica-se ao relato da organização da pesquisa; como preparamos o tear e a nós mesmos para que nos tornássemos capazes de tecer as linhas de modo a construir um bordado com formas inteligíveis. Assim, a presente investigação trata-se de um estudo multicaso de caráter qualitativo, que foi realizado a partir de uma pesquisa de campo. Abaixo são definidas cada uma destas características.

O estudo multicaso se configura como um estudo de caso que envolve dois ou mais sujeitos e/ou situações, tendo como objetivo analisar densamente uma unidade social em sua totalidade, visando compreender os fenômenos como ocorrem em seu contexto real (MARTINS & LINTZ, 2000). Quanto à abordagem qualitativa, Oliveira (2004) diz que esta não utiliza dados estatísticos como cerne do processo de análise de um problema, pois não aspira numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. O autor completa afirmando que o método qualitativo objetiva compreender situações complexas ou estritamente particulares.

Sobre a pesquisa de campo, Minayo (2006) afirma que ela é parte essencial da pesquisa qualitativa, sendo necessariamente pensada a partir de dois eixos: referenciais teóricos e aspectos operacionais. Assim, a autora defende que uma pesquisa de campo não pode ser neutra, uma vez que o pesquisador e os sujeitos estudados intervêm dinamicamente na realidade, e cita: “No campo, eles fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto compreensivo que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador” (p. 202).

3.1 Participantes

A pesquisa foi realizada na cidade de Sobral, Ceará, tendo como dispositivo principal de coleta de dados os CAPS-II, Damião Ximenes Lopes, por este ser o equipamento de saúde onde a pesquisadora esteve alocada durante o último ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Tiveram participação fundamental na investigação, os responsáveis por duas crianças usuárias que são acompanhadas no grupo de crianças do referido Centro de Atenção Psicossocial. Além destes, participaram da pesquisa cinco trabalhadores do CAPS-II e uma do Instituto Aprender. Todos eles são profissionais de referência no tratamento das crianças em questão.

A escolha desta amostra se deu pela intenção de uma melhor possibilidade de diálogo com cada participante, bem como pelas questões estruturais das instituições envolvidas. É importante salientar que pretendeu-se, porém não foi possível, o contato com as escolas onde as crianças estudam em decorrência do período da coleta de dados ter ocorrido na mesma época das férias escolares (final do mês de dezembro de 2016 e primeiras semanas de janeiro de 2017).

Para garantir o anonimato dos sujeitos participantes, trocamos seus nomes pelos de personagens do clássico Sítio do Picapau Amarelo, do escritor Monteiro Lobato. As designações serão as seguintes:

1. **Emília:** menina de 8 anos, diagnóstico fechado de autismo infantil (CID-10 - F84.0);
2. **Anastácia:** mãe de Emília;
3. **Pedrinho:** menino de 9 anos, hipóteses diagnósticas: transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos (F23.0) e transtorno fóbico-ansioso não especificado (F40.9);
4. **Dona Benta:** mãe de Pedrinho;
5. **Visconde:** profissional do CAPS-II, acompanha os usuários individualmente;
6. **Dona Carochinha:** profissional do CAPS-II, acompanha Emília individualmente;
7. **Candoca:** profissional do CAPS-II, acompanha os usuários no grupo de crianças e Pedrinho individualmente;
8. **Iara:** profissional do CAPS-II, acompanha os usuários no grupo de crianças;

9. **Flora Caipora:** profissional do CAPS-II, acompanha os usuários no grupo de crianças;
10. **Cuca:** profissional do Instituto Aprender, acompanha Emília individualmente;

3.2 Instrumentos

Para a instrumentalização da pesquisa, foram compiladas as informações colhidas através de entrevista semiestruturadas individuais com as mães dos usuários e com os profissionais dos dois dispositivos de cuidado. Foram recolhidas informações também nos prontuários no CAPS-II, visando a elaboração mais detalhada dos itinerários terapêuticos das crianças e a investigação das ações intersetoriais na rede de atenção aos usuários com demandas de saúde mental infantojuvenil.

Após serem realizadas as entrevistas individuais, os pesquisadores decidiram pela realização de um grupo focal com os profissionais do CAPS-II, disparando uma discussão entre estes sobre a visão geral do acompanhamento das crianças e as percepções sobre a articulação intersetorial. Não foi possível a participação de um profissional, devido o pequeno período semanal que o mesmo se encontra na instituição.

Para a melhor análise dos dados, foram gravados os áudios das entrevistas e grupo focal realizados, além de serem anotados em diário de campo informações adicionais relevantes, logo após qualquer contato feito com os sujeitos da pesquisa. Optou-se por não anexar ao trabalho as transcrições das entrevistas, por questões éticas, uma vez que contêm muitas informações que seriam capazes de identificar os profissionais.

3.3 Procedimentos

Para a viabilização da pesquisa, foi feito inicialmente a escolha dos usuários do CAPS II. foram eleitas duas crianças – com idade de até doze anos incompletos – participantes do grupo de crianças, com perfis diferentes no que se refere às hipóteses diagnósticas, idades e serviços nos quais fazem acompanhamento. Em continuidade, fizemos contato com suas mães, bem como com os profissionais de referência, a fim de se obter autorização para realizar a coleta de dados.

Os objetivos e procedimentos do presente estudo foram explicitados aos atores pretendidos e, em seguida, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE), no qual aceitam, por escrito, participar da pesquisa. Além do TCLE, o CAPS-II concedeu a Autorização Institucional para o estudo dos prontuários. Será garantido o sigilo das informações, visando-se o cumprimento dos princípios éticos que regem a pesquisa com seres humanos no Brasil, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e somente após obter parecer favorável, foi retomado o contato com os sujeitos para a realização da pesquisa.

3.4 Análise de Dados

As informações advindas dos encontros das entrevistas semiestruturadas, do grupo focal, dos prontuários e do diário de campo foram avaliadas a partir da proposta da hermenêutica-dialética, apresentada por Habermas e Gadamer (1987 *apud* MINAYO, 2002; MINAYO, 2006) enquanto um caminho do pensamento, possibilitando entender a saúde em suas diversas dimensões. Esta forma de análise valoriza as vivências e experiências do pesquisador, incluindo-o como parte integrante do estudo.

A Hermenêutica e a Dialética são abordagens que se complementam – enquanto a primeira busca essencialmente a compreensão, a segunda estabelece uma atitude crítica – e assim, não pretendem chegar a uma verdade absoluta, mas realizar um entendimento crítico sobre o objeto de pesquisa, buscando superar possíveis pré-juízos trazidos pelo pesquisador, que nesta análise, visa a capacidade de empatia, ou seja, de se colocar no lugar do outro.

Aqui acredita-se que o entendimento nunca será completo:

a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só ou de uma vez por todas. Dentro dessa lógica, Gadamer ensina que o investigador deve buscar entender um autor melhor do que ele próprio teria se compreendido ou se compreende, tentando desvendar o que ficou inconsciente para ele. (MINAYO, 2006, p. 331).

Quando nos referimos à análise de dados qualitativos, a dialética serve como indicador de que toda e qualquer coisa insere-se em algum contexto, nada tem a capacidade de ser fixo e absoluto e, assim, considera-se a ocorrência necessária de processos e transformações, sempre contidos dentro da história.

Para a operacionalização da análise hermenêutica-dialética seguiu-se dois passos: 1) conhecer o contexto sócio-histórico; 2) encontrar os fatos empíricos, onde se buscou o

sentido, lógica interna, projeções e interpretações dos relatos dos sujeitos. Para efetivar o segundo passo, foi necessária a realização de três fases: a) *ordenação dos dados*, que englobou o estudo primeiro de todo o material coletado, formando um mapa horizontal das descobertas no campo; b) *classificação dos dados*, que se dividiu em mais duas etapas: I) leitura horizontal e exaustiva dos textos, na qual foram construídas categorias empíricas e as confrontamos com as categorias analíticas (pré-estabelecidas pelo referencial teórico) e; II) leitura transversal, onde houve o recorte dos dados para unidades de sentido e posterior enxugamento das unidades classificadoras; por fim, a última fase, 3) *análise final*, na qual consideramos os pontos de partida e chegada da compreensão e da interpretação (MINAYO, 2002; MINAYO, 2006).

4 TECENDO O RECAMO

“Pensar a complexidade – esse é o maior desafio do pensamento contemporâneo, que necessita de uma reforma no nosso modo de pensar.”

Edgar Morin

Neste momento, passamos a realizar a análise das informações colhidas nos diversos textos – termo geral que utilizamos para falar das entrevistas, prontuários, grupo focal e diário de campo – a partir da metodologia da hermenêutica-dialética, confrontando nossas hipóteses pré-estabelecidas com os discursos dos sujeitos e os estudos utilizados como referência. Para a melhor compreensão da linha de pensamento utilizada, apresentamos os itinerários terapêuticos das crianças em tópicos diferentes, um para cada. A composição destes será feita da seguinte forma: 1) contextualização sócio-histórica da criança, através da compilação das informações dos textos; e 2) gráfico do itinerário terapêutico. Ao final deste capítulo apresentaremos a análise dos textos sobre o acompanhamento das crianças e a articulação intersetorial.

4.1 O caminho de Emília

Emília é uma menina de oito anos de idade, cativante, alegre, que adora cantar e dançar. Apresenta-se pouco comunicativa, mas estabelece relações interpessoais satisfatórias, o que não poderia ser dito sobre ela há alguns anos, pois apresentava, por vezes, comportamento agressivo e/ou não conseguia fazer contato adequado com outras pessoas. Emília mora com sua mãe, Anastácia, e faz acompanhamento com uma neuropediatra desde que tinha apenas 11 meses de idade, quando sofreu uma convulsão febril. Esta médica passou a atendê-la com frequência média de seis em seis meses.

A partir do tratamento médico, seu caso foi investigado e Emília passou a ser acompanhada por diversos profissionais e dispositivos de saúde e educação. Antes mesmo de fechar um diagnóstico, a neuropediatra forneceu orientações coerentes à mãe, de modo que a estimulação precoce de Emília proporcionasse um melhor prognóstico. Assim, por indicação médica, Anastácia procurou outros serviços para o atendimento da filha.

Um pouco antes de completar dois anos, Emília iniciou tratamento com fonoaudiólogo particular. Logo Anastácia também procurou o Centro de Reabilitação (CR), mas lá lhe foi informado que seria necessário esperar um pouco mais para iniciar o

tratamento no serviço. Com dois anos e 4 meses Emília começou a frequentar uma escola regular da rede de ensino privado. Meses depois o CR entrou em contato para que fosse iniciado o acompanhamento. Nesse momento Anastácia cancelou o tratamento particular com o fonoaudiólogo. A menina passou a ser atendida em grupo semanalmente por uma equipe multiprofissional composta por terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e psicóloga.

Quando Emília completou três anos de idade, sua neuropediatra fechou o diagnóstico, concluindo que se tratava de autismo infantil (CID-10 F84.0), segundo a mãe, a médica relatou se apresentar em um “nível leve”. Em uma das consultas com a médica, Anastácia pediu que uma prima, formada em Psicologia, a acompanhasse. Esta prima levou à neuropediatra a proposta de que Emília começasse a frequentar a Escola de Música, já que percebia o interesse da menina pelo tema. A médica, por sua vez, aprovou a ideia e lhe entregou um encaminhamento. Emília iniciou suas aulas de música.

Após cerca de três anos de acompanhamento no CR, Emília recebeu alta. Anastácia conta que os profissionais lhe informaram que sua filha, apesar de apresentar evolução, ainda deveria continuar acompanhamento multiprofissional, mas, por já estar há muito tempo no Centro precisava ceder a vaga, devido haver uma grande lista de espera de outras crianças. Pouco tempo depois, seguindo a orientação de outras mães de crianças que faziam tratamento no CR, Anastácia discutiu o caso de Emília com um parente que é psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial II e este conseguiu agendar uma consulta com a terapeuta ocupacional do dispositivo. Emília passou a ser acompanhada no dispositivo fazendo terapia ocupacional, tinha atendimento psicopedagógico e participava do grupo de crianças, enquanto Anastácia participava do grupo de mães. No início, todos os atendimentos no CAPS-II tinham frequência mensal, mas no ano de 2015 os grupos passaram a acontecer quinzenalmente.

Em conversas informais com outras mães, no Centro de Reabilitação e no CAPS-II, Anastácia havia ouvido falar sobre a Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Sobral (APASO), ficando bastante interessada. Então, quando Emília tinha seis anos, ocasionalmente Anastácia encontrou com a diretora da associação e esta lhe convidou a conhecer o espaço. No serviço Emília teve atendimento semanal com psicopedagoga. Assim, a psicopedagogia no CAPS-II foi cancelada.

Com seis anos e meio a menina voltou a ser acompanhada por fonoaudiólogo, desta vez, através do plano de saúde. Com quase oito anos, Emília deixou de fazer tratamento na APASO, devido à mudança de sede para um endereço distante e à saída repentina de

profissionais. Nessa época deu seguimento com o acompanhamento psicopedagógico no Instituto Aprender com a mesma profissional que lhe acompanhava na APASO.

Atualmente, Emília segue frequentando vários dispositivos e sendo atendida por diversas categorias profissionais. Continua na escola regular privada; na Escola de Música; no CAPS-II com atendimentos de terapia ocupacional, psiquiatria, grupo de crianças e Anastácia no grupo de mães; com a neuropediatra; com o fonoaudiólogo; e com o acompanhamento psicopedagógico no Instituto Aprender.

Em seguida apresentamos todo o itinerário terapêutico em forma de gráfico (Gráfico 1) para melhor visualização dos acompanhamentos. Na parte superior são vistos os serviços que formam buscados, no centro está a idade de Emília e na parte inferior, o período de atendimento em cada um dos dispositivos. As linhas são coloridas de acordo com o nome do serviço. A seta ao final de algumas linhas significa que o acompanhamento permanece acontecendo. Existem reticências após a linha referente à APASO, pois apesar de Emília não estar sendo atualmente atendida, ainda mantém vínculos com a associação, pois Anastácia continua como associada.

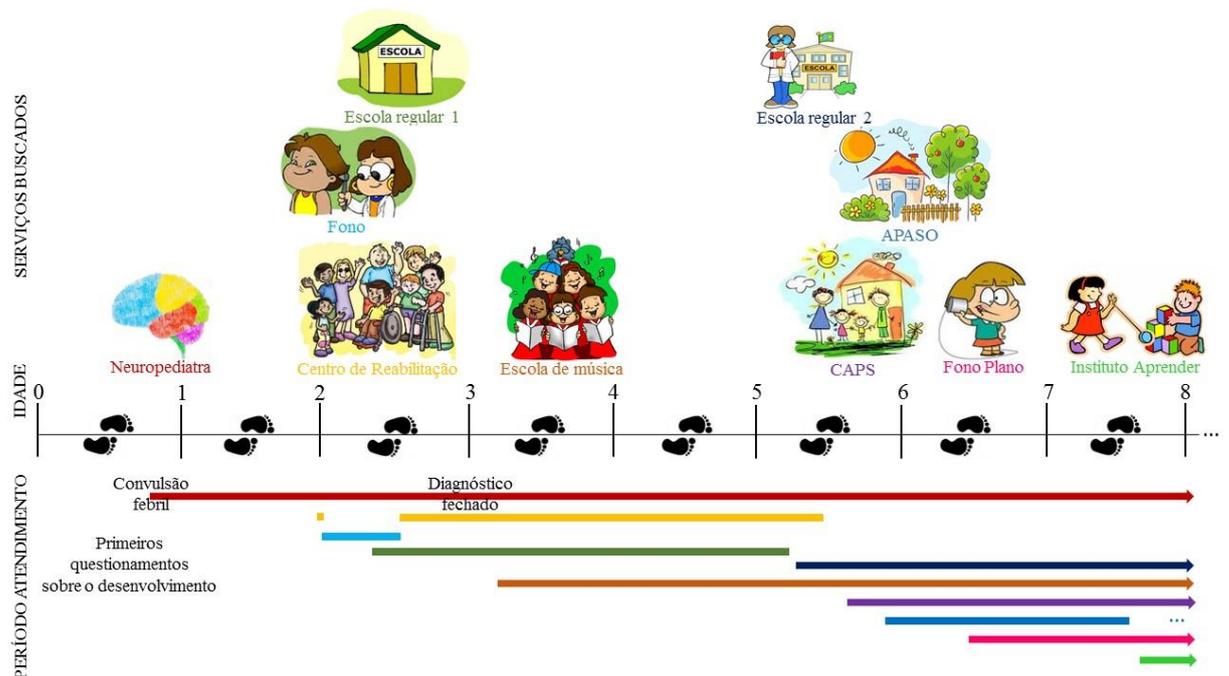


Gráfico 1: trajeto de acompanhamentos de Emília.

4.2 A alameda de Pedrinho

Pedrinho tem nove anos de idade e faz tratamento no CAPS-II há aproximadamente seis anos. É uma criança alegre, observadora e bastante comunicativa, apesar de se isolar em alguns momentos. Ele mora com seus pais e a irmã mais velha em um bairro socioeconomicamente desfavorecido. Além das demandas de saúde mental, também apresenta queixas clínicas, como sobrepeso e hérnia. Sua mãe, Dona Benta, é a cuidadora principal, mas tem o auxílio de seu marido e outros parentes próximos na atenção a Pedrinho.

Desde os primeiros meses de vida, D. Benta considerava estranho o desenvolvimento de seu filho: percebia que ele chorava demais, começou a caminhar com um ano e sete meses, apresentava muita dificuldade na fala. Quando procurava ajuda no posto de saúde, lhe informavam que os comportamentos não eram preocupantes.

Com um pouco mais de três anos de idade, na noite de natal, Pedrinho apresentou um episódio de medo incontrolável: chorava, gritava, dizia que estava vendo bichos onde não existiam. Por ser período de recesso, o posto de saúde estava fechado e D. Benta precisou esperar até o retorno das atividades, quando levou o filho para uma consulta com a enfermeira e o médico responsáveis pela área. Ambos não souberam dar orientações nem mesmo hipóteses sobre o que estava acontecendo e D. Benta voltou para casa com Pedrinho sem respostas.

Os episódios de medo e os relatos de vozes e visões bizarras continuaram quase que diariamente. Os conhecidos começaram a dizer que se tratava de “encosto” e, assim, D. Benta, católica, buscou um pai-de-santo. A estratégia não funcionou e logo D. Benta buscou, por indicação de colegas, outro pai-de-santo. Mais uma vez a situação não foi resolvida. Quatro meses se passaram e o quadro de Pedrinho persistia. Sem saber o que fazer e se sentindo “desesperada”, retornou ao posto de saúde pedindo ajuda.

Contou novamente à enfermeira sobre a situação do filho e acrescentou o relato sobre os outros meios de ajuda que buscou. Mais uma vez a demanda não recebeu nenhum encaminhamento profissional e D. Benta continuou lidando com a situação como pôde. Em maio de 2011 Pedrinho começou a frequentar a escola e, no mês seguinte, durante a festa junina, apresentou outra crise de pânico. A professora conversou com D. Benta e orientou que procurasse um serviço de saúde. Ao sair da escola, os dois se dirigiram ao posto de saúde.

Pela terceira vez buscou ajuda para esta situação no serviço, mas, desta vez, a enfermeira responsável solicitou a presença também da gerente. Após D. Benta explicar tudo que ocorreu, a gerente entrou em contato com o CAPS-II para um atendimento urgente e os encaminhou para o dispositivo especializado da saúde mental. Ao chegarem no CAPS-II foram atendidos em acolhimento por uma enfermeira que discutiu o caso com o psiquiatra. Foi iniciada medicação pertinente e agendada avaliação psicológica. A partir de então, Pedrinho está em acompanhamento no serviço: iniciou psicoterapia semanal e tinha consultas psiquiátricas com frequência média de dois meses. Em 2013, começou a participar do grupo de crianças e no início de 2014 passou a ter atendimento psicopedagógico.

Atualmente, Pedrinho tem consultas psiquiátricas com frequência média de 3 meses, psicopedagogia mensal e grupo de crianças quinzenal. Além disso, frequenta escola regular e participa da sala do Atendimento Educacional Especializado (AEE) somente no final do seu turno normal de estudo, e não no contraturno. De acordo com a mãe, esta foi uma escolha dela própria. Devido apresentar queixas clínicas, como citado anteriormente, Pedrinho faz acompanhamento no posto de saúde.

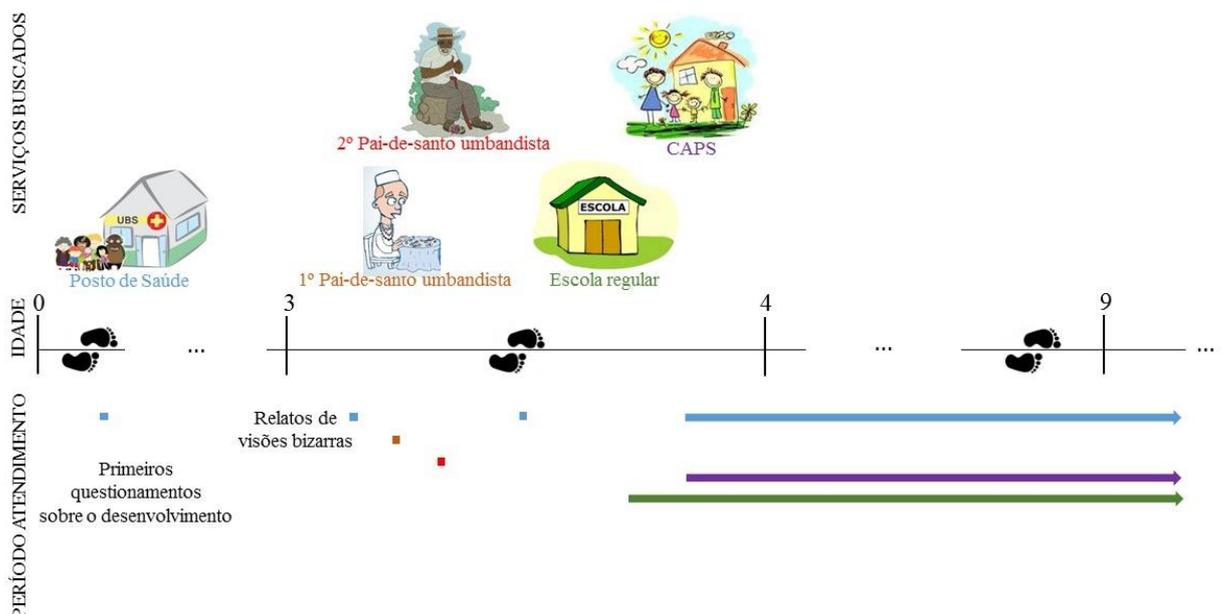


Gráfico 2: trajeto de atendimentos de Pedrinho.

Assim como foi apresentado no tópico anterior, sobre o acompanhamento de Emília, acima se encontra o gráfico com todo o itinerário terapêutico de Pedrinho (Gráfico 2). Na parte superior são vistos os serviços que formam buscados, no centro está a faixa

etária de Pedrinho e na parte inferior, o período de atendimento em cada um dos dispositivos. As linhas são coloridas de acordo com o nome do serviço. A seta ao final de algumas linhas significa que o acompanhamento permanece acontecendo. Os pontos tratam-se de atendimentos que não tiveram continuidade.

4.3 Acompanhamento Infantojuvenil e Articulação Intersetorial: dificuldades e potências

“Talvez uma das piores coisas que podem nos acontecer é fetichizarmos as palavras, como se elas pudessem em si serem portadoras de sentidos e significados sem os sujeitos que lhes dão recheio. Nós é que engravidamos as palavras.”
Emerson Elias Merhy

Após conhecer o contexto histórico das duas crianças selecionadas para este estudo, podemos passar a debater sobre como ocorreram os atendimentos e quais as percepções dos sujeitos acerca das dificuldades e potências encontradas em um trabalho baseado na articulação intersetorial. Visando a melhor disposição das ideias, dividiremos a discussão em três categorias: 1) postura e acolhimento profissionais; 2) percepções sobre os acompanhamentos; e 3) comunicação entre as equipes e os dispositivos.

4.3.1 Postura e acolhimento profissionais

De modo geral, percebemos que Emília foi bastante assistida ao longo do caminho. Sendo a primeira e única filha de Anastácia, esta relata ter tido muitas dúvidas sobre o desenvolvimento da filha desde muito nova, e assim, sempre se apoiou nas recomendações de outras mães e dos profissionais.

Muita coisa que a gente aprende é em conversas com as mães. Eu tive conversado muito com as mães, elas orientam a gente... Assim, pra onde a gente se dirigir. [...] Eu esperava também os profissionais me indicarem: ‘Tá precisando disso’, ‘A Emília tem que ser avaliada por isso’. Aí eu ficava muito assim, esperando um profissional falar também. Eu era orientada, se for pra fazer isso eu vou procurar fazer. (Anastácia)

Essa é a realidade de muitas outras mães, e até mesmo das que já têm filhos, porém, sem demandas de saúde mental, como é o caso de D. Benta. Trata-se de uma realidade não conhecida ou esperada, a qual a pessoa necessita de orientações adequadas para o bom

prosseguimento dos cuidados. Considerando isto, é imprescindível que os profissionais de porta de entrada, como a Atenção Primária em Saúde (APS), estejam capacitados para realizar os encaminhamentos prudentes.

Quando as mães não conseguem auxílio nos serviços de saúde se sentem desamparadas, como D. Benta:

Eu fui no posto. Quando eu cheguei lá, tava a enfermeira e o médico, eu contei pra ela o que estava acontecendo. Ela se virou e perguntou pro médico e ele disse que nem ele sabia o que era o motivo. Aí eu disse assim 'Se uma mãe desesperada vem atrás do posto pra saber e o médico não sabe o que é...'. Então eu fui embora. (D. Benta)

Nesse relato fica evidente a falta de manejo adequado de alguns profissionais da APS em lidar com casos de saúde mental. Além deste, D. Benta chegou a vivenciar outros momentos desagradáveis no mesmo posto de saúde, que chamaram nossa atenção, principalmente, sobre a questão da postura profissional adotada no cotidiano. Na entrevista, D. Benta afirma que ao contar que buscou ajuda de dois pais-de-santo a enfermeira a censurou por ter buscado uma solução na umbanda:

Ela brigou foi comigo. Disse 'Benta porque tu levou?', aí eu disse 'mulher eu trouxe ele pra cá, o médico não sabia o que era, eu fui atrás fora porque eu tô vendo a hora do meu filho enlouquecer'. Aí ela pegou e disse 'Não mulher, não era pra tu ter levado teu filho'. Aí pronto, eu fui embora. (Dona Benta)

Enquanto profissionais de saúde, nosso papel não é o de fazer juízos de valor a qualquer atitude que um usuário venha a ter. Impor uma crença ou desvalorizar a dos usuários é um ato antiético e contraproducente, que o afasta e fragiliza os vínculos necessários para um acompanhamento de saúde duradouro e de qualidade. Mângia & Yasutaki (2008) afirmam que a elaboração dos itinerários terapêuticos de usuários da saúde mental mostram que os sujeitos “encontram diferentes maneiras de lidar com a enfermidade mental e que suas ações são resultado de negociações cotidianas entre o indivíduo afetado pela enfermidade e as pessoas de sua rede social.” (p. 69). Além disso, o caminho de cuidado é traçado a partir das necessidades práticas do indivíduo, podendo ser constituído por diferentes formas de cuidado concomitantemente.

Neste sentido, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde vem promovendo meios de capacitar os profissionais para lidar de forma flexível com as diversas culturas e aproximá-los do dia-a-dia das comunidades, melhorando as condições dos atendimentos,

que passam a ser permeados por trocas experienciais entre profissionais e usuários e facilitam a adesão aos tratamentos (BRASIL, 2012).

Várias experiências que têm utilizado a estratégia da Educação Popular em Saúde (EPS) vêm mostrando os ganhos na qualidade de vida e o melhoramento da saúde em comunidades onde os profissionais mudaram a forma de atuar, se aproximando do território e valorizando a cultura comunitária (CARNEIRO et al, 2010; ANDRADE & VÊLOSO, 2015). Assim, Sobral está realizando algumas atividades voltadas para a EPS, protagonizadas principalmente pelas Residências Multiprofissionais que, aos poucos, estão construindo também as produções científicas sobre as experiências e mostrando a potência possível desse caminho.

Outra postura também criticada foi a falta de orientação aos pais sobre como proceder com os filhos em casa, de modo a gerar um ambiente domiciliar que seja propiciador de melhora no quadro da criança. Anastácia ao falar sobre um dos dispositivos, relatou que os profissionais a informavam como seria o acompanhamento, mas percebe que não a orientaram sobre como ela deveria proceder, exceto quando ela questionava.

É mais aquela coisa de consulta, né? [...] Minhas dúvidas eu levava até elas, mas pra chegarem e conversar primeiro com os pais pra tirar as dúvidas, pra preparar e explicar o que é isso, não.
(Anastácia)

Muitas vezes acreditamos que é papel dos pais perguntar sobre como fazer. Encaramos isso como uma forma de implicação, responsabilização pelo cuidado. No entanto, devemos considerar que alguns pais têm orientação e autonomia o suficientes para fazer questionamentos, contudo, essa não é a realidade de todos, principalmente nos espaços dos dispositivos públicos. Com a vivência no CAPS-II, compreendemos que muitos pais têm receio de questionar os “doutores” e, assim, calam-se mesmo diante das dúvidas. É importante que tenhamos um posicionamento de abertura, de diálogo horizontal com os pais e até mesmo com as crianças.

Mângia & Muramoto (2008) apontam que, em sua maioria, “as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde” (p. 179). As autoras propõem o uso das tecnologias leves, ou seja, as tecnologias relacionais que qualificam os vínculos entre profissionais e usuários, como possibilidade de acesso aos itinerários terapêuticos e às necessidades reais dos indivíduos, proporcionando o cuidado efetivo. Esse posicionamento pautado no diálogo e no vínculo,

vai ao encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica, a partir da qual é defendida uma nova forma de relação, mudando o foco da doença para a subjetividade do indivíduo.

Questões relacionadas a posturas inadequadas também foram expostas pelos profissionais entrevistados, e não se restringem à área da saúde. Candoca, profissional do CAPS-II, relatou que quando iniciou os atendimentos com Emília, o discurso da mãe sempre trazia queixas sobre a escola, a situação lhe pareceu grave e, assim, foi até a unidade para um esclarecimento:

Lembro que inicialmente a mãe conversava muito comigo sobre a questão da escola, porque a escola cobrava muito da mãe uma cuidadora. Que a mãe precisaria pagar uma cuidadora pra ficar com a Emília na escola, porque a Emília não tinha uma boa socialização com as outras crianças: batia, mordida... e isso não estava sendo favorável para a sala de aula. Eu cheguei a ir até a escola, conversei com a diretora sobre isso, que é função da escola articular uma cuidadora, e não da família e que, por lei, a Emília precisaria estar lá sim, inserida junto com as outras crianças e que a escola teria que articular de outra forma. Foi muito complicado na época. Eu lembro que a mãe dela sempre chegava com o mesmo discurso, de que a escola estava limitando muito a Emília e que várias vezes a escola chegou a dizer que não queria a Emília mais lá e eu sempre conversando e orientando a mãe que não: ela teria que deixar a Emília lá e ir conversando com a diretora sobre isso. (Candoca)

Há menos de uma década as escolas regulares passaram a ser obrigadas a receber crianças e adolescentes que possuem qualquer tipo de deficiência e, com tão pouco tempo de inclusão, é comum vermos situações como a citada ocorrendo. Como apresentado no início deste estudo, a sociedade historicamente é perpassada por preconceitos direcionados aos transtornos mentais, isto, conseqüentemente, gera a exclusão das pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos graves, prejudicando a sua socialização e desenvolvimento.

Considerando tal realidade, o município de Sobral possui uma cartilha intitulada “Autismo, escola, e saúde” – organizada através da parceria entre Universidade Federal do Ceará, Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia e a prefeitura municipal – que tem como objetivo ser um guia rápido para profissionais que lidam com a temática (FURTADO et al., 2013). Em seu conteúdo, a cartilha traz conceitos, características e informações de como trabalhar com autistas, além de onde buscar ajuda e mais conhecimento sobre o assunto.

A existência desta cartilha nos mostra que os temas da saúde mental e da necessária intersetorialidade vêm sendo discutidos e percebidos como importantes, no entanto, também nos alerta que muito ainda precisa ser trabalhado para que haja a efetivação do

cuidado, uma vez que são recorrentes as queixas das famílias e de alguns profissionais sobre o acompanhamento escolar de crianças portadoras de diferentes tipos de deficiência.

Entendemos que a escola necessita se configurar como um espaço de cuidado, dessa forma, Axline (1973) considera que o papel do ambiente escolar vai além do ensino de disciplinas, afirmando que “o aprimoramento intelectual sem o devido apoio emocional e estímulo à maturidade social não é suficiente” (p. 51-52). Além disso, a autora defende que a criança necessita de um ambiente que a permita, inicialmente, desenvolver o autoconhecimento e respeito a si própria; a partir disso, poderá autenticamente contemplar as diferenças e direitos de outrem.

Ao discutirmos sobre a realidade de crianças em sofrimento psíquico grave, percebemos que o campo relacional desses indivíduos, em geral, é reduzido, se comparado ao de sujeitos ditos “normais”. Dependendo da extensão e qualidade desse campo, ele pode exercer função de proteção – afirmando o papel social – ou de limitação – reforçando a segregação do diferente. Estudos indicam que relações de trocas significativas e o exercício da subjetividade se configuram como fatores de proteção e melhora nos quadros de indivíduos com transtorno mental (MÂNGIA & YASUTAKI, 2008).

Segundo Amarante (1994), um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica consiste em superar os muros do manicômio imaginário que ainda persiste socialmente através das relações estabelecidas com portadores de sofrimento psíquico, baseados no estigma e segregação desses. Assim, compreendendo a escola como um espaço de educação e socialização, ela pode se tornar um lugar de trocas e de grande potência ao desenvolvimento de uma sociedade mais inclusiva, vindo a ser um dispositivo de cuidado e de promoção à saúde mental.

4.3.2 Percepções sobre os acompanhamentos

No que se refere aos acompanhamentos das crianças, foram pontuadas questões positivas e negativas encontradas nos diversos dispositivos. Algumas queixas se referem ao tempo de espera para ser atendido, devido as consultas serem por ordem de chegada.

Muita gente fala desse horário de uma hora da tarde, por ordem de chegada. [...] Se eu chegasse [no CR] uma hora e já tivesse umas três [crianças], eu tinha que esperar. Nem por isso eu deixava de ir. (Anastácia)

Já que é por ordem de chegada, eu já tive que sair daqui [CAPS-II] mais de cinco horas da tarde. (Anastácia)

Outro ponto negativo é a demora para as consultas, devido ao grande número de usuários e pouca disponibilidade nas agendas dos profissionais.

Pela dificuldade de agenda que nós temos, essa consulta médica, geralmente, vai levar mais de dois meses para ser marcada.
(Visconde)

Aqui [CAPS-II] o ruim é só que é muito distante os atendimentos, três meses. Mas ele [Visconde] sempre diz 'Se for necessário, venha pro acolhimento'. É mais isso assim, por ser de quinzena ou de um mês a terapeuta [ocupacional]. Se fosse pelo menos por quinzena, mas chega a se estender mais. [...] A própria psicopedagoga reconhece que semanal é bem melhor do que por quinzena ou um mês. (Anastácia)

Aqui apresentamos duas questões. A primeira diz respeito à lotação das agendas dos profissionais, demonstrando que o serviço recebe mais demandas do que consegue acompanhar como o esperado. O segundo ponto se refere à necessidade de serem traçadas estratégias para aprimorar a organização dos atendimentos, de modo que o período de espera não seja tão longo. Os usuários em vista são crianças, o que faz com que a longa espera se torne ainda mais desgastante tanto para as crianças, quanto para os responsáveis. Nesse sentido, uma possibilidade simplificada e com bom custo-benefício para dinamizar o espaço e o tempo, seria a ativação de uma sala de espera.

A intenção primeira dessa sala seria a de propiciar às crianças um espaço de acolhimento lúdico; não como um lugar de análise, mas de continente para suas fantasias e criatividade. Axline (1973) afirma que cada indivíduo percorre um caminho diferente e de modo único, sendo que as ferramentas terapêuticas que facilitam o tratamento de uma criança, não necessariamente terão funcionalidade no de outra. Assim, é importante que a criança se sinta confortável para poder se apresentar autenticamente.

Pesquisas vêm pontuando sobre como os efeitos que a experiência de fazer um tratamento de saúde de longa duração podem repercutir no desenvolvimento emocional das crianças (COSTA-JÚNIOR, COUTINHO & FERREIRA, 2006). Além disso, Pedro et al. (2007) defendem que este período de espera que antecede a consulta pode interferir na qualidade dos atendimentos e na adesão à terapêutica, uma vez que tanto a criança quanto seu acompanhante podem se sentir desconfortáveis e desmotivados a permanecerem no espaço. A sala de espera ocuparia a função de espaço lúdico, diminuindo o peso da vivência de *estar no CAPS* tanto para pais, quanto para os filhos.

Como pontos positivos foram citados a autonomia que os profissionais possuem para fazer ajustes que considerem necessários no acompanhamento e o trabalho em equipe.

Eu penso na questão da diversidade multiprofissional que a gente possui na rede. Dessa maleabilidade do próprio serviço, pra que a gente possa estar desenvolvendo as ações conforme, nós que estamos mais próximo do usuário, percebemos que pode ser positivo. Então eu acho que isso é uma potência, quando o próprio profissional que executa, ele tem autonomia de reformular e rever. E esse reformular e rever também inclui repensar o desenvolvimento dessas ações. (Iara)

Dentro do meu ponto de vista, e aí é uma coisa minha, eu não acho que a avaliação médica seja mais importante que a avaliação psicológica ou social, eu acho que uma completa a outra. [...] A gente têm essa possibilidade de trabalho em equipe. (Visconde)

A autonomia do profissional e a atuação em equipe ajudam o sujeito a perceber que seu trabalho é valorizado pelos colegas e líderes, contribuindo para a saúde mental dos próprios trabalhadores. Dejours (2012) alega que esta valorização vinda dos pares tem maior repercussão na identidade e no sentido de pertencimento do trabalhador, fortalecendo sua atuação.

Já o discurso de Visconde trouxe um ponto bastante discutido atualmente, que é a hegemonia do modelo biomédico em detrimento dos saberes de outras categorias profissionais. Merhy (2005) ressalta que essa hegemonia não se deve somente ao posicionamento dos médicos, mas que a supervalorização do conhecimento desse profissional é um movimento de todas as carreiras da área da saúde.

Visconde cita – “do meu ponto de vista” – frisando o fato de sua opinião ser diferenciada. Isso vai ao encontro de relatos de alguns dos profissionais sobre a dificuldade de diálogo entre a própria equipe do CAPS-II, muitas vezes, ficando mais evidente quando se trata dos fazeres de alguns médicos, como foram pontuados em discussões e registradas no diário de campo.

Dentro do serviço, a gente não consegue pensar juntos o projeto de acompanhamento do usuário. Acabam sendo ações muito pontuais: vem pra psicopedagogia, vem pra T.O., vem pro grupo... E a gente não consegue fazer esse momento de sentarmos todos os profissionais que desenvolvem essas atividades para que possamos discutir. (Iara)

Apesar de apresentarem dificuldades na comunicação, em geral, os profissionais se esforçam para que a criança tenha um acompanhamento eficaz. Muitas vezes, porém, se opera no formato multiprofissional quando o ideal seria um trabalho interdisciplinar, onde fosse possível atuar em conjunto, dialogando as necessidades de cada caso e traçando estratégias de atendimento.

O acompanhamento das crianças, eu acredito que ele acontece de uma forma pouco articulada, pouco integrada entre a equipe, de uma forma muito pontual, mas acho que contínua, já que eles permanecem no serviço. Mas a gente não faz ainda, acredito, um acompanhamento em conjunto. (Iara)

Surgem assim, os questionamentos acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Eu fico pensando se isso [PTS] seria algo principalmente do técnico de referência ou seria de todos nós que acompanhamos aquele usuário. (Iara)

Foi verificado que somente após dez meses do início do acompanhamento de Emília no CAPS-II, a equipe começou a se questionar sobre o PTS da criança, chegando a discutir com a mãe sobre o assunto. Isso mostra uma fragilidade na comunicação entre a própria equipe, como foi citado por Iara. No caso de Emília, as profissionais que a acompanhavam no grupo de crianças conversaram com Anastácia sobre a importância de definir a organização do PTS, contudo, para isso, agendaram um primeiro atendimento com a técnica de referência. Após dois meses e meio a consulta aconteceu: a técnica recolheu algumas informações e agendou consulta psiquiátrica. O PTS não voltou a ser pensado e seis meses depois a profissional deixou de atuar no CAPS-II. Esta é a realidade de muitos outros casos acompanhados no serviço, principalmente quando os usuários são crianças.

Percebemos que o dispositivo utiliza a lógica de que o Projeto Terapêutico Singular deve ser organizado pelo técnico de referência e dificilmente consegue elaborar um PTS da forma mais adequada, reunindo os profissionais que acompanham o caso, a criança e sua família. Além disso, foi verificado que quase a totalidade dos casos de acompanhamento infantojuvenil no CAPS-II os usuários não possuem um técnico de referência, o que, em geral, acaba por reduzir o tratamento a atendimentos pontuais das diversas categorias.

Pensando em formas de superação da lógica institucionalizante, que cinde o usuário para depois o juntar como um amontoado de várias partes, Merhy (2005) afirma que a única possibilidade de transpor essa realidade seria a partir da reconfiguração do fazer profissional, atingindo um trabalho desterritorializado e em equipe, através da reflexão crítica acerca dos serviços ofertados. Desse modo, Feuerwerker (2011) aponta a discussão de casos em equipe como potente ferramenta para identificação da complexidade dos problemas e evidenciando a importância da articulação dos diversos saberes na elaboração de um PTS. A autora cita: “Quando provocados e desafiados pela complexidade das situações ampliam-se as possibilidades de os trabalhadores se mobilizarem a produzir

equipe, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade” (s/p).

Além disso, com as entrevistas, foi percebido, positivamente, que o acompanhamento não se restringe somente ao usuário em si. A família também é vista e, na medida do possível, cuidada. A equipe do CAPS-II entende a importância do contexto da criança e busca considerá-lo quando pensa as estratégias de cuidado. Alguns cuidados que conseguem ser realizados são o grupo de família e o grupo de mães. Ocorre ainda que, em casos mais graves, os familiares podem ser atendidos de modo a evitar agravamento de situações.

É o que foi discutido quando foi realizada a triagem com Pedrinho; que o importante é uma orientação para a mãe também. [...] Que eu pensei que talvez seja importante porque ele tá crescendo, ele vai mudando as posturas e, às vezes, a família não consegue acompanhar esse desenvolvimento dele e aí continua mantendo o mesmo padrão de relação. Talvez fosse importante isso também no tratamento do Pedrinho – que já foi planejado, mas ainda não foi executado – essa estratégia de orientação para a mãe. (Iara)

Nesse sentido, foi percebido que as mães apresentaram-se satisfeitas com as orientações que recebem e os profissionais também valorizaram em seus discursos a importância das orientações para o cotidiano e a troca de informações e cooperação entre pais e profissionais.

A gente conversava também muito com a mãe sobre isso, sobre esses limites. Não só aqui nos atendimentos no CAPS, mas no extra, nos locais que ela ia, na casa de um colega, na casa de um parente. Porque era um showzinho que ela [Emília] fazia, de querer as coisas de alguém e tinha que levar. Então a mãe dela também ajudou muito nesse sentido. (Candoca)

A mãe dela colabora muito. Tudo que a gente orienta, ela faz. Acho que tá explicada a evolução da Emília. (D. Carochinha)

Partindo da lógica da Atenção Psicossocial, e valorizando o espaço dialógico, Dimenstein, et al. (2010) pontuam que, diferente do que se preconizava no passado, o envolvimento da família é um aspecto crucial para o tratamento e cuidado em saúde mental, uma vez que assim há a possibilidade da corresponsabilização do cuidado e dos familiares passarem a entender como auxiliar seu ente adoecido e o perceberem de forma mais humanizada, enquanto ser capaz e digno. Indo ao encontro dessas ideias, Cavanellas (2007) cita que os pais de crianças em sofrimento psíquico, em geral, não se sentem instrumentalizados o suficiente para efetuar o cuidado de seus filhos. Desse modo, a autora

defende a necessidade de trabalhar junto com os responsáveis para pensar o cuidado além do espaço das instituições de atendimento.

Finalmente, é importante ressaltar que as crianças vêm apresentando significativa melhora:

Eu percebo muita melhora, porque antes ela era mais birrenta [...] Hoje não, ela já reconhece as pessoas, se comunica com as pessoas. Antes falavam com ela e ela nem parava pra olhar... Ela responde o que perguntam. [...] Hoje ela tá mais concentrada, tem mais atenção, tá ficando mais comportada. Antes era muito agitada e se eu chamasse a atenção dela, ela se zangava. (Anastácia)

Eu percebo a evolução de Pedrinho quando a gente desenvolve atividades em grupo, na interação com os demais, também no padrão de comunicação dele com as demais crianças e conosco que estamos facilitando o grupo. [...] Ele interagia menos e ainda com um padrão de comportamento mais infantilizado. [...] Ele chega até, em alguns momentos, a ter um comportamento discrepante positivamente, de parecer até mais organizado que as demais crianças, então eu percebo isso como uma evolução. (Iara)

O reconhecimento da melhora do usuário foi pontuado por todos os profissionais e responsáveis entrevistados, e também por outros profissionais que não fazem atendimentos às, mas as veem regularmente no serviço, demonstrando que, apesar das dificuldades encontradas para o bom andamento dos tratamentos, os dispositivos conseguem ser espaços de cuidado que repercutem positivamente na vida das famílias acompanhadas.

4.3.3 Comunicação entre as equipes e os dispositivos

De forma geral, foi percebida que o diálogo entre as equipes e, principalmente, entre os diferentes dispositivos de atenção é insuficiente e, às vezes, até nulo. Ilustrando essa situação, foi verificado que no prontuário de Pedrinho no CAPS-II estão anexados alguns relatórios endereçados à escola e outros remetidos por esta. Os documentos têm datas diversas, mas apresentam conteúdos bastante parecidos, chegando a causar a impressão de serem simples cópias dos primeiros. Já no prontuário de Emília não existe nenhum relatório encaminhado ou recebido ou qualquer registro sobre a discussão do caso com outro dispositivo que acompanha a criança.

Quando falamos de articulação intersetorial falamos, necessariamente, de comunicação. Essa comunicação pode ocorrer de diversas formas e o mais importante não é o meio, mas a possibilidade de que a compreensão se estabeleça. Percebemos com a

pesquisa, a importância das evoluções nos prontuários serem realizadas de forma clara e precisa para que as informações sobre o caso possam ser resgatadas posteriormente. Iara atua no CAPS-II há pouco tempo e citou que em alguns momentos precisa atender usuários antigos no serviço; nessas situações necessita resgatar o histórico do usuário:

Busco nos prontuários, apesar das informações dos prontuários, às vezes, serem bem pontuais, os relatos serem sucintos, o que não ajuda muito. E, muito raramente, quando a gente discute, por alguma situação que surge, que a gente discute com o técnico de referência, mas isso é muito difícil, raro mesmo. (Iara)

Assim, o registro no prontuário torna-se imprescindível tanto pelo fato dos profissionais não conseguirem memorizar o histórico de todos os pacientes, quanto pela grande rotatividade dos profissionais, que muitas vezes precisam iniciar acompanhamento com a criança, mas chegaram a pouco tempo no serviço, inviabilizando que já conheçam o percurso dessa criança.

Assim, a falta de comunicação é percebida pelos profissionais, mas as mães não relataram nenhuma queixa sobre o assunto. Anastácia conta que os profissionais, às vezes, perguntam sobre os acompanhamentos nos demais serviços, mas não têm comunicação direta. A articulação costuma ser mediada pela fala da mãe, exceto em algumas ocasiões, como a que Anastácia relata que profissionais da APASO fizeram uma visita à escola.

Na APASO eu fiquei sabendo que lá foram no colégio, conversaram, sem eu saber. [...] Eu sabia que um dia elas iam, mas assim, eu sabendo o dia que elas vão ali, não sabia. [...] Até seria uma coisa de ajudar. Eu vejo assim. Não sei como lá no colégio se sentiram... como se fossem cobrados, não sei. Mas eu acho que, até pra poder haver um entendimento, né? [...] Na APASO disseram como tinha sido, mas no colégio não falaram nada que tinham ido lá. (Anastácia)

Sobre as visitas institucionais, a profissional da APASO, Cuca, não relatou nada durante a entrevista. Além disso, somente uma profissional, Candoca, como citamos anteriormente, afirma ter feito visita à escola de Emília – bem como às escolas de outras crianças que atende –, contudo não há nada registrado no prontuário da criança referente a isto. Os profissionais entrevistados referem ter conhecimento sobre os acompanhamentos das crianças em outros equipamentos, mas não discutem os casos com eles.

Eu sei que ela [Emília] é acompanhada aqui pelo grupo e com a Cuca. Conheço a psicopedagoga dela, mas nunca discuti o caso e sei que ela é acompanhada no colégio. E estava tentando a aula de música, ela chegou a ir algumas vezes na Escola de Música. São esses os dispositivos que eu sei que ela participa. (D. Carochinha)

Nem eu ligo, nem eles. Com a escola eu falo sobre outras crianças, mas sobre o Pedrinho, não. (Candoca)

Percebemos que os profissionais, em sua maioria, não têm conhecimento sobre onde e como acontecem os acompanhamentos das crianças em outros dispositivos, tendo apenas uma ideia generalista que adquirem somente a partir do discurso dos responsáveis ou das crianças. Contraditoriamente, as profissionais referem a importância desses acompanhamentos em outros espaços e ainda pontuam alguns equipamentos específicos que acreditam que poderiam trazer benefícios para o desenvolvimento das crianças.

[...] talvez o serviço de convivência no CRAS fosse benéfico pra ele. E até mesmo pra mãe, pra ideia de que crianças com tal e tal diagnóstico, podem circular em outros espaços. E para a questão da socialização, eu acredito, pelo que eu conheço do Pedrinho, ele tem condições sim de socializar em outros espaços que não apenas o do CAPS, mas outros espaços comuns. (Iara)

Diante da situação apresentada, acreditamos que uma estratégia que poderia ser de grande auxílio para a compilação das informações referentes aos espaços de convivência das crianças, seria a construção dos ecomapas dos casos. O ecomapa é uma ferramenta de fácil elaboração e manuseio que promove a visualização e entendimento rápido das relações comunitárias do usuário. Uma vez que representa graficamente o sistema ecológico, ele permite que os padrões organizacionais e as relações com o meio sejam observados, tornando possível a percepção eficiente das necessidades do usuário, bem como onde ele busca e/ou tem apoio e suporte (CHIAVERINI, 2011).

O ecomapa se configura como uma ferramenta dinâmica, já que representa as relações de um período específico e, assim, deve ser atualizado com certa periodicidade. Desse modo, importante que a construção do ecomapa seja realizada junto com os usuários, uma vez que, a partir deste conhecimento, podemos traçar estratégias de cuidado no território – uma das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial.

Mângia & Yasutaki (2008) discutem sobre a necessidade de expandir o cuidado para o território, valorizando as potências das redes sociofamiliares do sujeito e rompendo com vício da dependência institucional, que continua sendo produzida nos serviços substitutivos da saúde mental. As autoras pontuam ainda que romper com a lógica da exclusão social é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais da área.

Dessa forma, utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, proposta pela OMS, é apontado como um modo possível de transpor a visão tradicional biologicista, aprimorando o cuidado centrado na pessoa e não mais na doença

(MÂNGIA & MURAMOTO, 2008). As autoras afirmam que essa Classificação permite uma compreensão global do usuário, centralizada nos componentes da saúde e considerando os contextos do sujeito, potencializando o desenvolvimento de novas abordagens. Esse novo ponto de vista, possibilita novas formas de atuação, pautadas na desinstitucionalização, transpondo os muros dos equipamentos e efetivando a troca de conhecimentos.

Nessa linha de pensamento, os profissionais entrevistados apontaram que realizar a articulação intersetorial ainda é muito difícil e que são poucos os dispositivos com os quais conseguem manter uma comunicação constante, principalmente quando se trata do público infantojuvenil.

Se a gente for pensar em termos de criança, não tem nada. Nos postos de saúde em termos de saúde mental não tem nada pra criança. O único serviço que a gente vê que oferece algo parecido seria o Centro de Reabilitação. [...] Porém a gente tem um contato precário, muito precário. O diálogo entre um serviço e outro é muito precário. Eu não lembro nunca de nenhum profissional da equipe do CR ter vindo aqui conversar com a gente e vice versa também. Nós não tivemos essa iniciativa de: “Ah, vamos marcar uma reunião com o pessoal do Centro de Reabilitação, ir lá e ver como que a gente pode aproximar o serviço”. Não teve. (Visconde)

São perceptíveis [as necessidades de articulação], mas não são efetivadas. [...] Acho que principalmente no âmbito educacional e até mesmo na própria estratégia de saúde da família [...] eu acho que uma articulação também fosse importante nesses dois âmbitos. (Iara)

Os únicos dispositivos apontados como próximos foram os postos de saúde da família, mas ainda com ressalvas:

Nós temos um bom diálogo talvez com toda a rede dos PSF para encaminhamentos mais urgentes, para coisas assim, a nível de telefonar ou receber uma ligação. Não acho que seja o suficiente para poder estabelecer uma dinâmica de apropriação do caso e de cuidado conjunto, tanto do CAPS como do seu território, esse eu acho que falta, falta alguma coisa pra gente chegar lá. (Visconde)

Com a análise dos textos, foi percebido ainda que alguns profissionais acreditam que a articulação intersetorial se resume aos encaminhamentos.

A Emília, eu encaminhei ela pra fonoaudiólogo. Encaminhei para dança, ballet. [...] A gente faz essa parte de acompanhamento com as crianças, de desenvolvimento, que a gente acha que a gente pode fazer. As que não são da nossa área a gente encaminha para o profissional. (Cuca)

Machado (s/d) afirma a existência de várias dificuldades para a articulação intersetorial e aponta como principais: 1) utilizar meios de comunicação tradicionalmente formais, que limitam e atrasam; 2) utilizar fortemente a linguagem técnica setorial, reduzindo a compreensão clara dos casos; 3) descomprometimento da gestão e a falta da cultura intersetorial, levando à ações individuais que dependem do interesse pessoal de cada profissional; 4) organização do financiamento, que tendo orçamentos públicos setoriais dificulta o trabalho conjunto; 5) perspectiva imediatista, que turva a compreensão dos resultados de médio e longo prazo.

Enquanto dificuldades para realizar a articulação intersetorial, os profissionais citaram a forma da organização gestora. Afirmando que é necessário inicialmente um posicionamento direto da gestão de valorização dos diálogos intersetoriais.

O que dificulta, primeiro acho que é uma falta de uma vontade, ou seja, de uma política que se traduz como diretriz, uma orientação da secretaria ou da gestão para que isso possa acontecer. Sem uma orientação e sem uma política, acaba ficando pela vontade de alguns profissionais [...] Porque até hoje, apesar de ter sido, há alguns anos, falado e promovido algumas reuniões, eu acho que ainda não há uma diretriz clara por parte da gestão de que essa integração deveria acontecer [...] Então acho que isso é uma dificuldade, é uma barreira para essa integração. Acho que é necessário uma política clara que incentive e exija que isso aconteça.” (Visconde)

Eu acho que é uma questão de gestão, primeiro pensar isso e levar para as instâncias que competem pensar e planejar essa articulação. Primeiro a nível de gestão, amarrar algumas coisas, pactuar algumas ações e aí os profissionais entrariam em seguida para estar fazendo, executando e colocando seu fazer nessas ações.” (Iara)

Sobre esse processo de gestão na articulação intersetorial, Machado (s/d) defende que é necessária a coparticipação de todos os setores envolvidos para a realização de fóruns ou conselhos gestores, permitindo a concretização de espaços compartilhados de decisão que considerem o sujeito integralmente.

Ao serem questionados sobre como melhorar a atenção à saúde mental infantojuvenil no município, quase a totalidade dos profissionais aponta como proposta a implantação de um CAPS-i, que proporcionaria mais disponibilidade de horários dos profissionais e, principalmente, um ambiente e capacitação direcionados para o cuidado infantojuvenil.

Um CAPS infantil, que não tem e que já deveria, há muito tempo, ter. [...]E a gente precisaria ter uma equipe mais voltada para a questão da infância e adolescência para que essa preocupação

com as ações e a rede de atenção para a criança e o adolescente pudesse ser mais efetiva, mais produtiva, melhor, mais humanizada e tudo mais, precisaria de uma equipe que pensasse nisso todo dia. Porque aqui a gente se divide [...] Então precisaria de uma equipe específica, que teria em um CAPS infantil. Um CAPS infantil seria o primeiro passo. (Visconde)

Outra proposta apontada pelos profissionais foi a estratégia de educação permanente voltada para o atendimento em saúde mental infantojuvenil. Durante uma conversa, Candoca relatou mais impressões, além das citadas durante a entrevista, sobre as dificuldades do dispositivo no atendimento às crianças, afirmando que muitos profissionais não se identificam com o atendimento infantojuvenil e, às vezes, chegam a acreditar que os atendimentos a esse público se restringem ao acompanhamento com psicopedagogo.

Talvez iniciar com educação permanente e colocar isso na atuação fosse um caminho. Do município de Sobral eu tenho pouco conhecimento sobre os dispositivos que compreendem o atendimento à infância. E isso também impacta muito na minha atuação dentro do CAPS, mas penso que, principalmente a questão intersetorial, precisaria se efetivar. (Iara)

A Educação Permanente em Saúde é mais do que o simples repasse do conhecimento. Ela transpõe a ideia do ensinar *versus* aprender e busca formar e fortalecer atores sociais. Segundo Ceccim (2005), ela é uma estratégia essencial para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na saúde. Sendo que através da Educação Permanente, torna-se possível estabelecer ações intersetoriais regulares com o setor da educação, promovendo os processos de mudança na formação global dos profissionais.

Ceccim (2005) defende que também que o ponto central da Educação Permanente em Saúde é sua maleabilidade às situações reais do cotidiano, bem como seu posicionamento político sobre o necessário desabrochar de perfis profissionais que prezem pela constante auto-análise, autogestão e implicação geral com o contexto do trabalho e com as mudanças necessárias para a efetividade do cuidado em saúde.

5. ARREMATANDO A TECELAGEM

“Cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se”

Maria Cecília de Souza Minayo

Com este estudo foram levantados os itinerários terapêuticos de duas crianças e em pouco tempo se pôde conhecer de forma mais profunda a história dessas. É interessante que o itinerário possa ser elaborado a partir de diferentes entrevistas, porém com apenas uma se tornou possível ter uma visão ampliada sobre a história do usuário e seu contexto de vida. O mais importante, contudo, é conseguir evidenciar as experiências, desejos e impressões dos usuários, considerando as possibilidades dos seus espaços de convivência.

Com a construção dos ITs e análise dos textos – entrevistas, grupo focal, prontuários e diário de campo –, foi possível ter uma noção geral sobre o atual funcionamento dos serviços, principalmente do CAPS-II, a percepção dos profissionais e as dificuldades enfrentadas para a articulação intersetorial. Dentre essas dificuldades foram apontadas a deficiência de uma gestão direcionada para processos de troca entre os diversos setores, além da falta de um CAPS infantojuvenil no município, que possibilitaria direcionar a atenção para os casos de saúde mental da infância e adolescência.

Sobre a construção da intersetorialidade, é importante compreender que existem limites entre os diferentes setores e que esse trabalho compartilhado exige de seus atores a coparticipação e ajuda mútua. Os resultados também acontecem em processos diferenciados quando se tratam de metodologias coletivas interssetoriais, muitas vezes levando mais tempo para se alcançar o esperado: produzir efeitos mais significativos nas vidas dos sujeitos. Os profissionais envolvidos e os planos predefinidos precisam ser flexíveis, abrindo-se às mudanças e ponderando as possibilidades do contexto.

A articulação intersetorial exige ainda o compartilhamento de poderes e interação contínua dos diferentes setores envolvidos, demandando a proximidade e conhecimento dos dispositivos – formais e informais – de toda a rede. Percebemos então que a articulação dos serviços exige de profissionais e gestores uma atuação implicada e, muitas vezes, mais profunda do que a necessária ao trabalho setorial, contudo ela possibilita superar a fragmentação das informações e estruturas sociais e do próprio sujeito cuidado, propiciando a resolução satisfatória de casos mais complexos.

Nesse sentido, é importante ressaltar que a partir da vivência diária no CAPS-II e dos textos analisados, compreendemos que a equipe demonstra interesse pelo tratamento

das crianças, e alguns profissionais chegam a ter propriedade, conhecendo detalhadamente os casos que atendem. Nesta perspectiva, os grupos de crianças e de mães têm se mostrado como potências para a construção dos PTS dos seus usuários, realizando constantemente discussões de casos e pensando estratégias possíveis para a aproximação do CAPS-II com os demais dispositivos de atendimento, como os postos de saúde, os Centros de Referência da Assistência Social, as escolas, etc. As ações ainda não têm sido regularmente efetivadas, porém os primeiros passos estão sendo dados através da organização das propostas.

Assim, é importante pensarmos em uma cadeia de cuidados para cada caso, entendendo que as necessidades de saúde vão além dos aspectos orgânicos e sintomatológicos. Elas são amplas e perpassam por diversos determinantes, que vão desde condições básicas para a vida existir, até atingirem os aspectos de afetamento, que envolvem a forma como o sujeito é acolhido e se percebe no ambiente do dispositivo que lhe oferta o cuidado.

Por fim, concordamos com o posicionamento de Machado (s/d) que afirma que as demandas de saúde, principalmente de saúde mental, ultrapassam os limites da lógica clássica das intervenções sanitárias, que fragmentam os espaços setorialmente. O cuidado em saúde mental baseada na estratégia de atenção psicossocial estabelece a necessidade de atravessamentos nos diferentes espaços, efetivando o direito à cidadania dos usuários independentemente de quais sejam suas problemáticas.

Sem pretensões de encerrar o assunto, mas de ser um passo a mais na caminhada, compreendemos que muito há ainda a se arrematar. Diante a tantas informações, percebemos a existência de muitos fios de atuação, várias linhas de pensamentos, diversas tramas de redes iniciadas. O recamo está sendo tecido pelos profissionais, porém inúmeros pontos faltam para a sua finalização. A sensação que nos emerge, por vezes, é a de que todos usam o mesmo tear, mas o bordado ainda não foi definido, então cada um segue na direção que lhe parece mais adequada. Deixamos então o nosso entendimento de que para fazer a obra coletiva, com o melhor de cada artista, requer-se a confluência dos olhares de cada um. É necessário o diálogo, a troca de vivências e o acordo de um objetivo comum.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. et al. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2015.

ANDRADE, L. de A. & VELÔSO, T. M. G. Arte e saúde mental: uma experiência com a metodologia participativa da Educação Popular. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João del-Rei, v.10, n.1, janeiro/junho, pp. 79-87, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/Andrade%2C%20Vel%20B4so/968>. Acesso em 20 set 2016.

ANTONY, S. M da R. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. **Revista IGT na Rede**. v. 3, n. 4, 2006. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=63&layout=html>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

AXLINE, V. **Dibs: em busca de si mesmo**. São Paulo: Círculo do Livro, 1973.

BRASIL. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 jul. 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 34 p. 1994. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj11PLCzJ7OAhXJQ5AKHWu-DK4QFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasme.org.br%2Farquivo%2Fdownload%3FID_ARQUIVO%3D3703&usg=AFQjCNFdMfXu7wHwC6MaHTkj_50ps05Oeg&sig2=XrwPnhl3KhQt7gTtaj1guw&bvm=bv.128617741,d.Y2I&cad=rja>. Acesso em 14 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental – 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília. 213 p. 2002. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em 14 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.608 de 03 de agosto de 2004 – constitui o Fórum Nacional sobre saúde mental de crianças e adolescentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 ago. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf>. Acesso em: 5 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial – 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília. 210 p. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em 14 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 – Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.crpsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

_____, Ministério da Saúde. UNA-SUS. Universidade Federal de Santa Catarina. Módulo 3: As Políticas Públicas para a Infância e Adolescência: do menor ao sujeito de direitos. **Curso de Atualização em Saúde Mental na Infância e Adolescência**. Florianópolis, 2014.

CARNEIRO, A. da C. et al. Educação Popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.2, p.462-474, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/21.pdf>>. Acesso em 20 set 2016.

CAVANELLAS, L. B. Trazendo os pais pelas mãos: em busca de um sentido para a terapia de crianças. **Revista IGT na Rede**. v. 4, n. 7, p.230-235, 2007. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.16, p.161-77, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em 30 mai 2016.

CHIAVERINI, D.H. et al. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA-JÚNIOR, A. L., COUTINHO, S. M. G., FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. *Paidéia*. v.16, n.33, p.111-8, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/14.pdf>>. Acesso em 21 jan 2017.

COUTO, M. C. V. Trilhando novos caminhos: a política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: GUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. De (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. 191-198. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=10&ved=0ahUKEwjmrzrL0ebLAhXFj5AKHYhPCpsQFghTMAk&url=http%3A%2F%2Fwww.nuppsa.org%2Fpage10.php&usg=AFQjCNHTw9wo7cer8qv3eDE7ozenNqkcog&sig2=z7ki4uENU0AV1VKb6VzINQ>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

D'ABREU, L. C. F. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. **Contextos Clínicos**. v. 5, n. 1, p.2-9, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n1/v5n1a02.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 fev. 2017.

DELATORRE, M. Z.; SANTOS, A. S. dos & DIAS, H. Z. J. O normal e o patológico: Implicações e Desdobramentos no Desenvolvimento Infantil. **Revista Contexto e Saúde**. Ijuí, v. 10, n. 20, p. 317-326, 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1536/1294>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

DIMENSTEIN, M. et al. “Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, pp. 1209-1226, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a08v20n4.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

FEIJOO, A. M. L. C. de. A Clínica Psicológica Infantil em uma Perspectiva Existencial. **Revista da Abordagem Gestáltica**. Goiás, v. 17, n. 2, p. 185-192, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde in Marins J.J et al. (org.) **Educação, Saúde e Gestão**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, L. A. R. et al. **Autismo, Escola e Saúde**. 2013.

HILLESHEIM, B. & GUARESCHI, N. M. de F. De que infância nos fala a psicologia do desenvolvimento? Algumas reflexões. **Revista Psicologia da Educação**, São Paulo, v. 25,

p. 75-92, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n25/v25a05.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

HIRDES, A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2015.

JANUÁRIO, L. M. & TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 527-550, 2009. Disponível em: <<http://www.freudiana.com.br/documentos/o-sofrimento-psi-grave.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2016.

MACHADO, A. L. Construindo a intersetorialidade. s/d. Disponível em:

<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiHob7Jz7_SAhWNPpAKHUmVC3wQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D3153%26Itemid%3D85&usq=AFQjCNGZWeUwc_imLgmphgZzd0xWLdsRvQ&sig2=nZvP3P9bS31u1Fw-yr5CtA&cad=rja>. Acesso em 22 abr 2016.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045/15863>>. Acesso em 22 abr 2016.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 61-71, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14029/15847>>. Acesso em 22 abr 2016.

MARTINS, G. de A. & LINTZ, A. **Guia para a elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 2000.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. Palestra proferida no Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>>. Acesso em 19 set 2016.

MINAYO, M. C. de S. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. de S. & DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEDRO I. C. S. et al. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e acompanhantes. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 15, n. 2, p.290-297. 2007. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2429/2750>>. Acesso em 21 jan 2017.

PEREIRA, M. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT na Rede**, v. 5, n. 9, p. 168-184. 2008. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=227&layout=html>>. Acesso em 29 ago 2016.

POLETTI, P. C. **Intersetorialidade e a Clínica em Saúde Mental**: construindo e ampliando redes para a inclusão. 2008. 35 p. Monografia (Especialização) - Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Aprimoramento em Saúde Mental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2007patriciacoghipoletti.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

TOMMASI, S. M. B. **Arte-terapia e Loucura**: uma viagem simbólica com pacientes psiquiátricos. São Paulo: Vetor, 2005.

SILVA-JUNIOR, N. D.; GONÇALVES, G; DEMÉTRIO, F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História.com**. v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.versila.com/25874387>>. Acesso em: 19 nov. 2015.

UNICEF. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Participação dos adolescentes nos Fóruns de Saúde Mental Infantojuvenil**. 10 p. 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_folder_saude_mental.pdf> Acesso em: 11 mar. 2016.

YASUI, S. & COSTA-ROSA, A. Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, 2008. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/silvio-e-abilio-estrategia-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 6 abr. 2015.

APÊNDICE A – Entrevista Semiestruturada - Responsáveis

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - RESPONSÁVEIS

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Local da coleta de dados: _____

Dados do entrevistado: Nome: _____ Idade: _____ Parentesco: _____

Dados da criança: Nome: _____ Idade: _____ HD: _____

Perguntas:

1. Quando iniciaram as suspeitas de que a criança apresentava algum problema de saúde mental? Quem levantou a suspeita? Por que?
2. Quando se buscou pela primeira vez um cuidado para esta situação? Onde e como foi?
3. Quais foram os próximos locais de cuidado que foram buscados? Como foi a recepção e a efetivação do cuidado? Qual o grau de satisfação relativo ao atendimento?
4. Atualmente a criança é acompanhada por quais dispositivos de cuidado? Como se dá o acompanhamento?
5. Foi percebida alguma evolução no quadro da criança desde quando iniciou o acompanhamento até o presente momento? Quais?

Sobral, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada - Profissionais

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - PROFISSIONAIS

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Local da coleta de dados: _____

Dados do entrevistado: Nome: _____ Idade: _____ Cargo: _____

Dados da criança: Nome: _____ Idade: _____ HD: _____

Perguntas:

1. Como e quando o usuário chegou até o serviço? Trazido por quem? Foi encaminhado por outro dispositivo de cuidado?
2. Como é realizado o acompanhamento da criança neste dispositivo de cuidado?
3. Foi percebida alguma evolução no quadro da criança desde quando iniciou o acompanhamento até o presente momento? Quais?
4. Como se dá a articulação com os demais serviços que acompanham a criança?
5. Há um fluxo de encaminhamentos definido?
6. Quais as dificuldades e as potencialidades que você percebe na articulação da rede de cuidado à saúde mental infantojuvenil?
7. Atualmente quais os dispositivos de cuidado com os quais esta instituição mantém diálogos contínuos?

Sobral, ____ de _____ de 2017.

APÊNDICE C – Autorização Institucional

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE.

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Local da coleta de dados: _____

Autorizo a psicóloga residente em saúde mental, Jossane Candeira Spíndola Linhares, regularmente matriculada no Conselho Regional de Psicologia sob a inscrição 11/08389, a coletar dados para o seu Trabalho de Conclusão de Residência – TCR, com o título “**Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE**”, sob orientação do Profº. Msc. Alex Viana de Brito. O referido trabalho tem como objetivo compreender criticamente como ocorre a interrelação e a comunicação entre os diversos estabelecimentos responsáveis pela atenção à saúde mental infantojuvenil no município de Sobral-CE. Para tanto, serão realizadas entrevistas semiestruturadas junto aos pais e/ou responsáveis pelas crianças escolhidas para a pesquisa, bem como à gestores e profissionais dos dispositivos de cuidado nos quais as crianças são acompanhadas.

Sobral, ____ de _____ de 2017.

Gestor do dispositivo de cuidado

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsáveis

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – RESPONSÁVEIS

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Você está sendo convidado (a) participar dessa pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você poderá **desistir** a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Objetivo do estudo: O referido trabalho tem como objetivo compreender criticamente como ocorre a interrelação e a comunicação entre os diversos estabelecimentos responsáveis pela atenção à saúde mental infantojuvenil no município de Sobral-CE, visando elaborar e propor possibilidades de melhoria na comunicação em rede dos dispositivos que prestam cuidados neste setor.

Procedimentos: Sua participação nessa pesquisa consistirá apenas de uma **entrevista** que será **gravada**, respondendo às perguntas que se referem ao tema abordado. Deste modo, fica autorizado por meio deste termo a gravação da mesma.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com relevância tanto para a academia como para comunidade científica e geral.

Riscos: A participação nesta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes da pesquisa.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____
_____, responsável por _____
_____, estou de acordo em participar
desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Sobral, ____ de _____ de 2017.

Assinatura

CPF

Jossane Candeira Spíndola Linhares
Psicóloga CRP 11/08389

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Estadual Vale do Acaraú – Campus da Betânia – Sobral-CE
tel.: (88) 3677-4211 Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação WEB: www.uvanet.br/cep

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE – PROFISSIONAIS

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE

Pesquisadora responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Você está sendo convidado (a) participar dessa pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você poderá **desistir** a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

Objetivo do estudo: O referido trabalho tem como objetivo compreender criticamente como ocorre a interrelação e a comunicação entre os diversos estabelecimentos responsáveis pela atenção à saúde mental infantojuvenil no município de Sobral-CE, visando elaborar e propor possibilidades de melhoria na comunicação em rede dos dispositivos que prestam cuidados neste setor.

Procedimentos: Sua participação nessa pesquisa consistirá apenas de uma **entrevista** que será **gravada**, respondendo às perguntas que se referem ao tema abordado. Deste modo, fica autorizado por meio deste termo a gravação da mesma.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, com relevância tanto para a academia como para comunidade científica e geral.

Riscos: A participação nesta entrevista não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo: Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes da pesquisa.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____
_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Sobral, ____ de _____ de 2017.

Assinatura

CPF

Jossane Candeira Spíndola Linhares
Psicóloga CRP 11/08389

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Estadual Vale do Acaraú – Campus da Betânia – Sobral-CE
tel.: (88) 3677-4211 Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação WEB: www.uvanet.br/cep

APÊNDICE F – Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL - RMSM

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Linha Solta: dispositivos de cuidado à saúde mental infantojuvenil e a teia de interrelações em Sobral-CE

Pesquisador responsável: Jossane Candeira Spíndola Linhares

Instituição/Departamento: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Telefone para contato: (88) 99782-8274

Local da coleta de dados: _____

A pesquisadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos usuários e profissionais desta instituição cujos dados serão coletados através de entrevistas semiestruturadas realizadas junto aos pais e/ou responsáveis pelas crianças escolhidas para a pesquisa, bem como à gestores e demais profissionais dos dispositivos de cuidado nos quais as crianças são acompanhadas. Este estudo tem o objetivo de compreender criticamente como ocorre a interrelação e a comunicação entre os diversos estabelecimentos responsáveis pela atenção à saúde mental infantojuvenil no município de Sobral-CE, com o intuito de elaborar e propor possibilidades de melhoria na comunicação em rede dos dispositivos que prestam cuidados neste setor. A pesquisadora concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em banco de dados digital por um período de dois anos, sob a responsabilidade da mesma. Após este período, os dados serão destruídos.

Sobral, ____ de _____ de 2017.

Jossane Candeira Spíndola Linhares
Psicóloga CRP 11/08389