



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC

CAMPUS SOBRAL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELIS SALES MUNIZ LIMA

**PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA**

SOBRAL - CE

2020

ELIS SALES MUNIZ LIMA

PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA

Qualificação de Mestrado apresentada no Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antônio Galimbertti Catanio.

SOBRAL - CE

2020

ELIS SALES MUNIZ LIMA

PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA

Dissertação de Mestrado apresentada no
Programa de Pós- Graduação em Saúde
da Família da Universidade Federal do
Ceará, como requisito para obtenção do
título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em ____/____/____

Prof. Dr. Percy A. Galimberti Catanio (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira (Examinador 1)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Marcio Arthoni Souto da Rocha (Examinador 2)
Universidade Federal do Ceará

À todas crianças que tenho a oportunidade de conhecer e aprender um pouco mais sobre o seu olhar sob o mundo.

AGRADECIMENTO

Para chegar até aqui, tenho muitas pessoas a agradecer e que conseguiram oferecer apoio e incentivo para alcançar esse sonho do mestrado. Primeiramente, à Deus, que me fez tão sonhadora e obstinada a alcançar aquilo que toca meu coração, por me amar e cuidar de mim com tanto zelo.

Agradeço também à minha família por comemorarem junto a mim cada passo que dou. Ao meu pai, Muniz, que sempre sonhou comigo fazendo mestrado e por minha realização profissional. À minha mãe, Eliana, que compreendeu minhas ausências para a construção desse trabalho. Ao meu irmão, que esteve comigo compartilhando também às experiências do seu processo enquanto mestrando. Ao meu amor, Bruno, que sempre mostrou sua admiração e compreensão, estando comigo em cada renúncia dos momentos de lazer para estar ao meu lado em cada tempo que dediquei para este trabalho. Agradeço a todos os meus amigos, que torceram e se importaram comigo ao longo deste percurso, em especial, à minha amiga e companheira de mestrado, Virnia, que caminhou comigo nesta jornada.

Agradeço imensamente ao meu orientador, prof. Percy, que sempre foi muito solícito e acolhedor do meu desejo de escrever sobre saúde mental infantil, por toda sua gentileza e disponibilidade para estar comigo neste itinerário de estudos. Aos meus queridos professores, profa. Roberta e Márcio, que se dedicam com tanto amor à docência e me inspiram para ocupar este lugar tão desafiador. Também agradeço a toda equipe do CAPS e todas as famílias que tornaram este trabalho possível!

se você vê beleza aqui
não significa
que há beleza em mim
significa que há beleza enraizada
tão fundo em você
que é impossível não ver
beleza em tudo

(Rupi Kaur)

RESUMO

O trabalho apresentado tem como objetivo compreender os itinerários terapêuticos de famílias que acompanham o tratamento em saúde mental para crianças, em Sobral-CE. Foi possível apresentar as concepções sobre o campo da saúde mental infantil, bem como o aprofundamento dos conceitos de infância, doença mental e itinerário terapêutico, contextualizados no campo mundial, nacional e municipal. Analisou-se o papel da rede assistencial de saúde mental para as famílias entrevistadas e os modos de enfrentamento da doença mental, a partir de um olhar fenomenológico. A metodologia da pesquisa ocorreu de um estudo qualitativo, exploratório e de base fenomenológica. Foram entrevistadas dez famílias de crianças de até doze anos que foram acompanhadas pelo CAPS Geral da cidade de Sobral. Os entrevistados discutiram sobre o itinerário feito para a busca por tratamento em saúde mental, onde foi observado a prevalência de encaminhamentos por postos de saúde e hospitais de referência na rede de saúde mental. Foi possível observar que a maioria das famílias entrevistadas tiveram dificuldade na aceitação do diagnóstico da criança e que houve um papel importante da escola na orientação do cuidado dos familiares. Identificou-se também a necessidade de um cuidado mais especializado à saúde mental infantil na cidade de Sobral. A observação descritiva da pesquisa fenomenológica possibilitou um maior detalhamento da postura dos entrevistados frente às temáticas levantadas.

Palavras-chave: Saúde mental. Infância. Itinerário terapêutico. Fenomenologia.

ABSTRACT

The work presented aims to understand the therapeutic itineraries of families that accompany the treatment in mental health for children, in Sobral-CE. It was possible to present the conceptions on the field of child mental health, as well as the deepening of the concepts of childhood, mental illness and therapeutic itinerary, contextualized in the world, national and municipal fields. The role of the mental health care network for the interviewed families and the ways of coping with mental illness were analyzed, from a phenomenological perspective. The research methodology was based on a qualitative, exploratory and phenomenological study. Ten families of children up to twelve years old who were followed up by CAPS Geral in the city of Sobral were interviewed. The interviewees talked about the itinerary made for seeking mental health treatment, where the prevalence of referrals by health centers and referral hospitals in the mental health network was observed. It was possible to observe that most of the interviewed families had difficulty in accepting the child's diagnosis and that there was an important role for the school in guiding the care of family members. The need for more specialized care for children's mental health in the city of Sobral was also identified. The descriptive observation of the phenomenological research enabled a greater detail of the interviewees' posture in relation to the topics raised.

Keywords: Mental health. Childhood. therapeutic itinerary. phenomenology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Porcentagem (%) por sexo

Gráfico 2 – Encaminhamento institucional

Gráfico 3 – Demanda inicial de atendimentos (em nº de atendimentos)

Gráfico 4 – Atendimento por idade (em anos)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pesquisa sobre IT e saúde mental

Tabela 2 - Descrição dos artigos analisados

Tabela 3 – Nome dos responsáveis e crianças (fictício)

Tabela 4 - Construção dos Itinerários Terapêuticos Esquematizado

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
CAPS	Geral Centro de Atenção Psicossocial Geral
CAPS DLX	Centro de Atenção Psicossocial Geral Damião Ximenes Lopes
CAPSI	Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CE	Ceará
CSF	Centros de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CEM	Centro de Especialidades Médicas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saude
RAISM	Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de <i>Sobral</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivo Específico	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1. Era uma vez... A constituição sócio-histórica da infância.....	19
3.1.2. <i>Um breve histórico do “ser criança” na humanidade.....</i>	19
3.1.3. <i>A criança como um ser de direitos.....</i>	23
3.2. Os meninos maluquinhos: apontamentos sobre loucura e infância.....	30
3.2.1. Introdução e história da loucura no mundo.....	30
3.2.2. <i>Psiquiatrização do discurso e medicalização da infância.....</i>	36
3.2.3. <i>(Des)construção do modelo assistencial de cuidado à saúde mental infantil.....</i>	41
3.3 A estrada dos tijolos amarelos: a construção dos itinerários terapêuticos.....	43
3.3.1 <i>Sobre a história e conceitos de “itinerários terapêutico”.....</i>	44
3.3.2 <i>Uma busca de conhecimentos e sentido na saúde mental infantil...47</i>	
4. METODOLOGIA.....	52
4.1 Natureza da pesquisa.....	52
4.2 Cenário da pesquisa.....	53
4.3 Participantes do estudo.....	54
4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	55
4.5 Aspectos éticos.....	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	58
5.1. Contextualização da pesquisa e dados do CAPS.....	58
5.2 A história do itinerário: percalços e percursos.....	68
5.2.1 <i>Caracterização do público entrevistado.....</i>	68
5.2.2 <i>Não largue a minha mão: a experiência do cuidado.....</i>	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

7. ORÇAMENTO.....	85
8. CRONOGRAMA.....	86
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE A – TCLE.....	99
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO.....	103
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	104
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	105
APÊNDICE E - PARECER DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA SECRETARIA DA SAÚDE DE SOBRAL.....	106
APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	108
APÊNDICE G – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA.....	109

1. INTRODUÇÃO

Escolher percorrer um caminho é traçar para si o desejo de andarilhar por um trajeto e saber onde ele pode chegar. Conquanto, a intenção deste estudo é muito mais de conhecer o percurso do que o fim, o processo e a experiência, aqui, nos interessam mais. No curso destas palavras, observar-se-á o sentido de conhecer a construção do itinerário terapêutico em saúde mental de famílias que acompanharam crianças, na rede pública e assistencial, em Sobral-CE. Deseja-se entender se os espaços ou instituições de saúde, de convivência, de educação e outros são ocupados e reconhecidos pelas famílias como lugar de cuidado ao tratamento em saúde mental para o público infantil.

Delinear este trajeto da busca por um cuidado e um espaço de escuta nas histórias das famílias é perceber que este cenário é circunscrito por uma gama de conceitos, estigmas e representações sociais que falam de como foram articuladas as questões sobre normalidade. A “loucura” tem ocupado um lugar de polimorfia e multiplicidade na forma como é compreendida ao longo dos anos na humanidade, a mesma recebeu vários nomes, classificações e formas de tratamento. Não se buscava conhecer somente as causas do comportamento “desviante” ou da identificação nosográfica psicopatológica, buscava-se um modo de extinguir ou isolar o sujeito que possuía tal sofrimento por oferecer risco à sociedade e serem contrários à ordem, onde eram expulsos das cidades e transportados para territórios distantes (FOUCAULT, 1997, p.389). Os ditos “doentes mentais” tiveram muitos outros nomes, como louco, possuído, leproso, alienado, dentre outros, sendo assim, ao mesmo tempo em que houveram mudanças etimológicas dos termos, a forma de lidar com o sujeito em questão configurou-se em outros moldes de compreensão e atenção à loucura.

Historicamente, a doença mental infantil não tinha grande destaque nos estudos sobre a saúde, embora fosse comumente associado a forma da loucura ao “homem com comportamento infantil” (FOUCAULT, 1997, p.425), representação vista até hoje como uma associação depreciativa do termo “infantil”. Ariès (1981), referenciado como pioneiro do estudo sobre a infância, constata o processo de diferenciação da criança para os outros indivíduos em fases da vida, antes considerada como um “adulto em miniatura” (p.51). Segundo o autor, a partir do

século XIX, houve uma consolidação do sentimento de infância e, conseqüentemente, um cuidado voltado a este público. Portanto, a construção histórica desta categoria revela na Contemporaneidade uma multiplicidade de infâncias, defendida por Scliar (1995) como um período de felicidade que não pode ser garantido a todos, mas que é uma construção de descobertas, considerando as singularidades das experiências vividas.

A figura do “ser criança” foi marcada por uma característica importante que mudou os rumos da educação infantil, pediatria e de outros cuidados específicos na infância: a criança como um ser de direitos. Somente no século XX, houve um destaque para a especificidade no campo de investigação científica para crianças na área da saúde mental, como a criação de instituições e cuidados voltados para este público (RIBEIRO, 2006; SCHMID, 2004).

No seguimento deste trabalho, observa-se dados e marcos na história da criança como um ser de direitos, da compreensão do percurso da doença mental até os termos difundidos hoje e de como se constituem os espaços de cuidado em saúde mental infantil. Esses espaços serão compreendidos a partir de uma revisão de literatura e da pesquisa de campo, que será realizada nos dispositivos de saúde mental infantil na cidade de Sobral, com o propósito de delinear e refletir sobre a condução dos itinerários terapêuticos.

O propósito deste objeto de estudo se funda, inicialmente, nos dados municipais e nacionais sobre os atendimentos em saúde mental para crianças e adolescentes. Não existem, até o momento, publicações específicas referentes ao atendimento em saúde mental infantil em Sobral, porém, pesquisas locais sinalizam uma necessidade de providenciar um espaço infantil no CAPS Geral da cidade (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007). Ao mesmo tempo que a cidade não oferece um serviço público específico para o atendimento de crianças, o modelo de articulação em rede na Saúde Mental de Sobral rompe com a lógica hierárquica e piramidal dos atendimentos, possibilitando a circulação dos usuários em níveis de complexidade diferentes ao mesmo tempo (QUINDERÉ, 2008), o que torna ainda mais instigante a investigação do itinerário terapêutico no contexto de multiplicidade e inespecificidade do atendimento infantil.

Observando o cenário atual do Brasil sobre a política de saúde mental e o incentivo ao retorno da lógica manicomial e da eletroconvulsoterapia - Nota técnica

Nº11/2019 (BRASIL, 2019) - faz-se necessário evidenciar o retrocesso ao tratamento em Saúde Mental também no que se refere ao público infantil, já que o documento intitulado como “Nova Saúde Mental” prevê a possibilidade de internação de crianças em hospitais psiquiátricos, mesmo diante da histórica violação dos Direitos Humanos nos manicômios (SILVA, 2013).

Desse modo, a conjuntura atual da busca por tratamento em saúde mental infantil esbarra em possíveis limites e novos ajustamentos no modo de cuidado a esse público. Conhecer o caminho percorrido pelos pacientes e familiares no serviço público de saúde no campo da saúde mental infanto-juvenil e aproximar-se dessa experiência levanta várias questões a serem observadas nesta pesquisa. Uma delas é de perceber a apropriação da comunidade no acesso aos serviços oferecidos pela rede pública de assistência; outro ponto a ser observado é sobre o modo que é conjugado a integralidade dos serviços e a articulação da rede de atenção na terapêutica do usuário; e de observar também como as famílias das crianças atendidas descrevem a relação de cuidado da equipe profissional com os pacientes atendidos. O objetivo deste trabalho é, portanto, compreender os itinerários terapêuticos de famílias que acompanham o tratamento em saúde mental para crianças em Sobral-CE.

Já que falamos sobre itinerário, descreverei um pouco do meu itinerário de formação e estudos, sendo assim a base para o interesse nesta pesquisa. Começo por minha graduação em Psicologia, também na Universidade Federal do Ceará (UFC), que foi minha maior inspiração para que pensasse a Saúde Mental como um lugar de transformação e singularidade. No meu percurso de graduação estive imersa em estudos, projetos e pesquisas na área da Psicologia da Criança e do Adolescente; já formada, trabalhei como psicóloga do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde tive a oportunidade de criar grupos de crianças e adolescentes nos Centros de Saúde da Família (CSF); o que se estendeu na minha monografia de pós-graduação em Saúde Pública e da Família, no meu trabalho como psicóloga clínica de crianças e, agora, em minha dissertação de mestrado.

O interesse por trabalhar esse tema está para além de minha identificação como psicóloga de crianças, mas também pela importância da apropriação e pertencimento da comunidade sobre a realidade local da saúde mental infantil, interrogando esses espaços e fomentando uma interlocução entre eles. Este estudo

possibilita encontrar os lugares de cuidado em saúde mental, identificados pela própria população adscrita, e questionar sobre a possibilidade do fortalecimento desses espaços e da criação de instituições específicas para o cuidado à saúde mental infantil, como a criação do CAPSi (Centro de Atenção psicossocial Infantil), que está previsto em lei (BRASIL, 2011) e que se adequa a realidade de Sobral-CE, no entanto, ainda não existente.

Deste modo, diante das informações brevemente levantadas até aqui, questiona-se: Como se revela o itinerário terapêutico do serviço em saúde mental às crianças e famílias, na cidade de Sobral, em suas interfaces da articulação com a rede?

Para responder essa pergunta, será desenvolvido no primeiro capítulo um histórico da saúde mental infantil, para isso, falar-se-á sobre a constituição do termo “infância” e de como o cuidado a esse público foi se construindo ao longo da história da humanidade, paralelo a isto, explanaremos parte da história da doença mental e de como ela foi sendo estabelecida como um território de cuidado, configurando-se hoje como uma atenção à saúde mental. No segundo capítulo, será compreendido como a Rede de Saúde Mental foi sendo estruturada na federação e no município de Sobral-CE, será descrito nesse capítulo as principais leis, decretos e portarias referentes à saúde mental e como se deu a criação dos dispositivos e instituições destinadas ao público infantil na cidade de Sobral. Dessa forma, o terceiro capítulo define o que é o itinerário terapêutico e como ele pode ser utilizado como um instrumento importante para a compreensão do percurso e experiência do sujeito frente ao adoecimento mental. Após esse percurso bibliográfico, serão apresentadas as entrevistas das famílias que foram acompanhadas e a análise fenomenológica a partir dos itinerários terapêuticos. Por fim, encerra-se a pesquisa com a análise dos dados e a conclusão das principais ideias e resultados deste trabalho.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Compreender os itinerários terapêutico de famílias que acompanham o tratamento em saúde mental para crianças em Sobral-CE.

2.2 Objetivo Específico:

- Apresentar as principais concepções sobre a construção do campo da saúde mental infantil e do conceito de itinerário terapêutico;
- Analisar de que modo a rede assistencial à saúde mental é entendida pelos familiares como uma referência no cuidado;
- Observar fenomenologicamente o modo de enfrentamento da doença mental.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Era uma vez... A constituição sócio-histórica da infância

3.1.1. Um breve histórico do “ser criança” na humanidade

Pensar sobre a infância significa ampliar o olhar para os diversos tipos de formas de vivenciá-la e compreendê-la, pois longe de ser uma categoria natural, a infância é tida como uma construção histórico-cultural, que vem ocupando um lugar de constantes transformações e de maneiras de analisá-la ou vivenciá-la. O espaço que a pessoa ocupa no mundo não é dado ou pronto, surge a partir da sua experiência de contato com o mundo. O modo de ser-no-mundo é determinado na experiência compartilhada com os outros (HEIDEGGER, 2002), portanto, para delinear a criança que nos deparamos no dia a dia, na rotina de trabalho, nas instituições, é necessário reconhecer o mundo em que ela está inserida, pois esse campo diz sobre a criança contemporânea e ela diz sobre o mundo de hoje.

Neste capítulo, partindo da obra de Phillipe Ariès, importante historiador francês da família e da infância, faremos um percurso histórico das concepções de infância no decorrer do tempo, relacionando suas contribuições com estudos que complementaram e o trouxeram um novo viés para olhar a infância, conforme o tempo em que ela é vivenciada. Em seguida, serão apresentadas as contribuições do paradigma positivista e dos teóricos desenvolvimentistas, que inauguraram uma perspectiva voltada não somente para a maturação do corpo, mas também para o desenvolvimento do pensamento da criança. A partir disto, analisaremos um cenário mais contemporâneo da criança como um ser de direitos, ativa, autônoma e discutiremos sobre a patologização do comportamento infantil, como fenômenos importantes a serem considerados no estudo da criança.

Quando falamos no termo “infância” trazemos representações sociais que a palavra carrega e que nem sempre foram relacionados com os significados que eram atribuídos a ela, assim, a etimologia da palavra infância vem do latim “infante”, que significa incapaz de falar. A partir das pesquisas de Ariès (1981), temos o conhecimento que até o final da Idade Média, o período do nascimento até a idade adulta era considerado apenas como um espaço de tempo para a maturação e crescimento da criança para que ela ficasse apta para a fase adulta, sem que

houvesse um cuidado específico para este público, além do próprio aleitamento do nascituro. Não existia o “sentimento de família”, ou seja, a noção de que a família era um lugar de amor e proteção, mas sim um laço sanguíneo que teria por função a reprodução das tradições, do nome e dos bens. A ausência desse sentimento é atribuída pelo autor como algo relacionado à baixa expectativa de vida da criança, que eram acometidas por doenças e que morriam antes de atingir uma “maioridade”, gerando uma falta de vivência do afeto neste período.

Nessa época, a sociedade era marcada pelo sistema campestre e de uma indiferenciação entre o público e o privado, ou seja, não havia o lugar da família ou do bebê, as casas não possuíam repartições de portas ou paredes que diferenciassem a cozinha do quarto e outros cômodos, tudo era partilhado com os moradores da casa e da comunidade. As crianças, por sua vez, eram igualadas à condição de adultos, sendo denominada por Ariès (1981), como “adultos em miniaturas” (p.150), coabitando com os adultos nas mesmas atividades, as vestes semelhantes, os “brinquedos” eram ferramentas utilizadas já pelos adultos e uma transmissão de conhecimentos voltada para a prática cotidiana dos fins do ofício.

Na sociedade medieval, que tomamos como ponto de partida o sentimento da infância não existia - o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que 'afeição pelas crianças' corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais deste (ARIÈS, 1981, p.156)

Entretanto, este lugar de cuidado e graciosidade da criança foi surgindo à medida que essa diferenciação do adulto se tornava também mais evidente. Este sentimento novo dentro da família é chamado pelo autor de “paparicação”, momento em que a criança começara a ser vista como uma fonte de distração, graça e relaxamento para o adulto. Já para os moralistas, eclesiásticos e senhores da lei, no século XVII, havia uma preocupação maior com a disciplina, a higiene e na manutenção dos bons costumes no meio familiar, o que resultava em uma maior atenção para a educação e a saúde.

As práticas médicas apareceram como uma forma de defesa da sociedade, protegendo a população de doenças ou comportamentos desviantes; e ter esse viés

no cuidado para as crianças as colocavam ora em um lugar de seres que precisavam ser protegidos e ora como seres que precisavam ser disciplinados. A condição pejorativa que o termo “infantil” traz, ressoa na nossa sociedade até hoje, quando por exemplo, ouvimos alguém dizer “como alguém é infantil”, remetendo a uma figura de demência ou desgoverno de suas ações.

Foucault (1978) sustenta essa associação quando diz “por essa razão nova que impera no asilo, a loucura não representa a forma absoluta da contradição, mas antes uma idade menor, um aspecto de si mesma sem direito à autonomia, e que só pode viver enxertada sobre o mundo da razão. A loucura é infância” (p.532), concatenando às ideias de Platão que classificava as crianças como seres irracionais dominados pelo apetite e paixões e que precisavam ser dominadas pela razão.

Uma das formas de poder observar as mudanças que ocorreram no modo de enxergar a criança e a desnaturalização do atributo infantil foi através da arte. Como podemos ver nas obras datadas até meados do século XX, destaca-se uma imagem de criança como um “pequeno adulto”, vestindo-se como adulto, comparado à imagem do Menino Jesus e sem qualquer alusão ao lúdico (ANGERAMI, 2004). O rompimento com a visão da criança da Antiguidade desencadeou a necessidade de governamentalização dos corpos, através da disciplina pregada pela religião, instituições escolares e outros.

“A fascinação pelos anos da infância, um fenômeno relativamente recente” (HEYWOOD, 2004, p.13). Vemos, então que a “descoberta da infância” ocorreu pelos séculos XV e XVII, em que a criança foi reconhecida como alguém que precisava de um cuidado especial, separado dos adultos. A via de união entre esse lugar da disciplina e do sentimento de infância ocorreu por meio da escolarização, etapa em que o conhecimento da criança não era adquirido pelas práticas do cotidiano, mas agora por alguém destinado a exercer essa função educativa (HEYWOOD, 2004).

O século XVIII traz a Revolução Industrial como um fato que estabeleceu mudanças significativas na vida das pessoas, mudando a esfera econômica e política da sociedade pelos meios de produção e os modos de trabalho. A busca da rapidez na produtividade e a expansão dos lucros gerou um cenário de exploração do trabalhador, aumentando sua carga horária de trabalho e diminuindo o valor da

mão de obra. As crianças participaram deste movimento, inicialmente, pela manufatura e, posteriormente, nos trabalhos exaustivos da indústria, dessa forma, Marx (2013) retrata o falso moralismo das famílias ao permitirem a exploração do trabalho dos seus filhos:

Recorreu-se ao trabalho infantil [...] até mesmo para que as crianças trabalhem por seu próprio pão de cada dia. Sem forças para suportar faina tão desproporcional, sem instrução para guiar sua vida futura, foram jogadas numa situação física e moralmente corrompida. [...] O historiador judeu observou, com respeito à destruição de Jerusalém por Tito, que não era de admirar que a cidade tivesse de ser destruída, e de maneira tão terrível, quando lá uma mãe desumana sacrificara seu próprio rebento para saciar aos impulsos de uma fome absoluta (CARLISE apud MARX, 1833).

O avanço do capitalismo e a revolução do consumo, impulsionado pela ciência, pela lógica de produção e pela cultura emergente na época, substituiu parte do trabalho humano pelo trabalho das máquinas, o que gerou uma onda de desemprego e afastamento da mão de obra infantil nas indústrias (CAMPBELL, 2001).

A escola, então, passa a ser um caminho necessário para a ocupação das crianças e a capacitação delas para se tornarem bons trabalhadores no futuro. A preocupação com a criança se tornava cada vez mais voltada para sanar um problema econômico e político que, a partir das práticas discursivas e não-discursivas, era alvo do controle moral, médico e disciplinar. A figura do sujeito infantil foi sendo produzida também a partir do dispositivo disciplinar da escolarização que, ao ditar o controle do corpo da criança, estabelecia a forma que poderia ser vivida a infância, assujeitando, assim, o adulto que se formaria mais tarde (CORAZZA, 2000).

Nas ciências humanas e sociais, o estudo da criança ou da infância foi construído no viés positivista como um objeto de conhecimentos em diferentes áreas: funcionalismo, nas ciências sociais e comportamentalismo, nas ciências psicológicas (SOARES; SARMENTO; TOMÁS, 2005). Ademais, encontramos uma ampliação sobre o estudo da psicologia do desenvolvimento, não restringindo somente à área comportamental nas ciências psicológicas, por exemplo.

Entender quem é esse sujeito que ocupa esse tempo-espço da infância é muito mais que prescrever os comportamentos ditos normais ou desviantes, mas é entender, entre outras coisas, também como esse sujeito vivencia a experiência de ser criança, como um período da “espontaneidade, imaginação, exatidão da

awareness e manipulação” (PERLS, HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.105). Ou seja, o lugar da pesquisa com e sobre crianças em que possa ser ouvida sua voz é muito recente, sendo ainda largamente difundido a lógica de que a criança não tem uma capacidade de reflexão ou sentido e que um adulto é que precisa dar conta da nomeação da experiência da criança.

É importante salientar que, concordando com Heywood (2004), a criança e a infância não aparecem neste cenário como uma vítima social subjugada aos desejos e ações dos adultos, mas sim como um ser ativo, com alguma capacidade de resistência e escolha; desconstruindo a ideia de infância como algo romântico, puro, incapaz e que só são corrompidas pelo meio, como vemos no pensamento de Rousseau (2004). Assim, podemos dizer que a criança, em cada tempo da humanidade, vivencia um modo de ser condizente com o contexto social e semelhante à sua conjuntura familiar.

Ariès (1981) traz em seus estudos o surgimento da infância e as características que acompanharam este processo no século XV; já Neil Postman (2002), atribui ao século XX o desaparecimento da infância, pois observa-se o advento de novas tecnologias e a transmissão das informações sem uma menor distinção a quem será transmitido, havendo muitas vezes indiferenciação do conteúdo midiático do adulto e da criança e uma mudança estrutural na forma da criança brincar, ou seja, a criança tem brincado para uma função, para desenvolver alguma habilidade ou representar algum papel e não um brincar pelo brincar. Entretanto, é importante destacarmos que as tecnologias não excluem a brincadeira, mas constitui em si um novo modo de brincar.

Assim, os modos concebidos do que é “viver a infância” têm se transformados com o passar dos séculos e as crianças tem buscado outras formas de vivenciar este período da vida, modificando as brincadeiras, a forma de lidar com o adulto, a criatividade e expressão na manipulação do brinquedo, etc. “Não é concebível que nossa cultura esqueça que precisa de crianças. Mas está a caminho de esquecer que as crianças precisam de infância” (POSTMAN, 2002, p. 167).

Considerando a infância como um constructo histórico e social, vale levantar a questão de que, não necessariamente, a utilização em massa da tecnologia por crianças tem feito desaparecer a vivência da infância, mas sim uma reconfiguração aos novos moldes da sociedade contemporânea. Os desaparecimentos da infância,

por assim dizer, poderiam então mostrar-se como uma categoria plural, já que entende-se que as infâncias são criadas, desaparecidas e reconstruídas ao longo dos anos, substituindo uma infância por outras novas.

Algo também a ser considerado nas discussões supracitadas em cada autor é de um elemento essencial para esse estudo: olhar a singularidade do sujeito, pois não podemos falar em uma unanimidade da experiência da infância nas crianças, mesmo que estejam compartilhando da mesma época. A infância “não é absoluta, nem universal, e sim relativa e diversificada. A ideia de infância é uma construção social, que assume diferentes formas em contextos históricos, sociais e culturais” (BUCKINGHAM, 2007).

Para a fenomenologia, vemos uma contribuição da construção da infância a partir da escrita de Merleau Ponty, que advogam uma pedagogia fenomenológica, na qual aponta que nesta perspectiva não deve esperar na criança um modo de ultrapassar fases desenvolvimentistas, mas de aceitar a criança em seu processo individual e potencial, aceitando a criança do jeito que ela é em sua onipotência criativa de olhar e criar o mundo tal como ele é para ela (MACHADO, 2013).

Deste modo, se a infância é uma invenção, uma criação da modernidade, construída em uma rede de poderes e saberes que constituem um dizer sobre um corpo em suas diferentes práticas, é possível compreender que, dentro dos seus dispositivos pedagógicos ou médicos, a infância é um dispositivo histórico de poder e que estas concepções sobre ela estão em constante desconstrução, já que entendemos nossa sociedade como um lugar de transformação e ressignificação sobre as pessoas e os papéis que elas exercem no mundo.

3.3.2 A criança como um ser de direitos

O desenvolvimento deste capítulo tem como intuito compreender as relações históricas sobre o olhar para a criança como um ser de direitos e de cuidados especializados, dessa forma, dando origem às leis ou instituições, vistas até hoje no Brasil no âmbito educacional e, ao que mais nos interessa aqui, no campo da saúde e suas interlocuções.

Como vimos, a história da criança esteve por muito tempo recostada nos desejos, necessidades e funções da vida adulta, do mesmo modo, para

entendermos a conquista de direitos voltados para o público infantil é necessário entender a história da conquista dos direitos do homem-adulto.

A Revolução Francesa é vista como um marco na formação da sociedade moderna e contemporânea e seus princípios fundamentam a primeira geração dos Direitos Humanos. Em 1789, é criado o documento Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, no Artigo 25 do documento, menciona um dos direitos voltados especificamente para a criança: “A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social” (UNESCO, 1948). Todas as outras menções do documento da Unesco falam do ser humano de maneira geral, sem mencionar idade.

Ainda em um panorama mundial, o enunciado de uma proteção especial para a criança foi firmado pelas Nações Unidas, em 1959, com a Declaração dos Direitos das Crianças, preconizada em dez princípios básicos para a garantia de direitos. Os direitos da criança passam a não ser somente físicos ou de liberdade, mas também surge no documento uma garantia de lhe facultar um desenvolvimento mental, proteger a criança com alguma incapacidade mental e lhe dar condições de um pleno desenvolvimento (UNICEF, 1964).

Já na década de 90, pela convenção dos Direitos da Criança, é definido também o que é “criança” e diz sobre os deveres da família e do Estado perante a criança:

1.a criança tem o direito de se desenvolver de maneira normal, material e espiritualmente; 2. a criança que tem fome deve ser alimentada; a criança doente deve ser tratada; a criança retardada deve ser encorajada; o órfão e o abandonado devem ser abrigados e protegidos; 3. a criança deve ser preparada para ganhar sua vida e deve ser protegida contra todo tipo de exploração; 4. a criança deve ser educada dentro do sentimento de que suas melhores qualidades devem ser postas a serviço de seus irmãos (UNICEF, 1990)

Apontamos, então, esta primeira definição do termo “infância” em um contexto internacional, no Artigo 1, no documento produzido na Convenção: “nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (UNICEF, 1990).

A iniciativa dessas organizações no final dos anos oitenta se limitava a construir documentos que referissem ao tema da infância como uma tentativa de combater a mortalidade infantil através de recomendações nutricionais para o seu

desenvolvimento (BRASIL, 2002); houveram também em um âmbito internacional uma preocupação com as crianças residentes em países em situação de calamidade e guerra (UNICEF, 1964). Somente a partir dos anos 90, a UNICEF estabeleceu em convenção metas para o ano 2000 sobre ações necessárias ao bem-estar da criança, agindo através do Estado e da sociedade civil uma forma de proteção e concretização das políticas sociais. Finalmente, essas ações fortaleceram as iniciativas de cuidado à criança e ao adolescente no Brasil, estruturadas a partir dos artigos que falam sobre o direito da criança, na Constituição brasileira de 1988.

Todo esse percurso de interesse pela criança, da mudança na forma de tratá-la em suas condições de adversidades, na união de instituições que já lutavam pela proteção integral (Pastoral do Menor, Organização dos Advogados do Brasil, UNICEF e outros) (MARCILIO, 1998) culminou no Brasil com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990.

A delimitação do que era ser criança estava e permanece, assim, consonante às definições dos órgãos internacionais, estabelecendo não somente as garantias destes pela família, Estado, sociedade e poder público. “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL,1990). A importância do surgimento do ECA se delineia a partir da garantia de cuidados para a criança a partir de uma proteção da família e do Estado, reconhecendo as crianças como sujeitos de direito protegidos por lei, combatendo o trabalho infantil, maus tratos e quaisquer violações do direitos dos menores.

Diante deste cenário, nos deparamos com a visão de Sarmiento (2001) sobre as crianças na segunda Modernidade, diz que embora exista uma pluralização sobre as vivências da infância em suas identidades e diferenças, existe uma disseminação da ideia de uma infância mundial, decorrente do processo de globalização. Ou seja, o processo da globalização produz uma normalização e uma prescrição sobre o “ser criança”, que produz um discurso, um simbolismo e condiciona o que é a criança global.

A globalização da infância é hoje a resultante de processos políticos (por exemplo, por efeito da regulação introduzida por instâncias como a Unicef, a OIT, etc.), processos econômicos (por exemplo, a criação de um mercado global de produtos para a infância), processos culturais (por exemplo, a influência dos mitos infantis criados a partir das séries internacionais de televisão) e processos sociais (por exemplo, a institucionalização dos

quotidianos da criança ou a difusão mundial da escola de massas) (SARMENTO, 2001, p.15).

Deste modo, como foi citado no início do capítulo, não houve um “desaparecimento da infância” (POSTMAN, 2002), mas uma transformação sobre o seu modo de constituir-se e gerar um saber sobre ela. A criança deixa, portanto, de ser vista como um ser incapaz, frágil, indefeso ou passivo, para se tornar um cidadão, alguém coparticipativo, um sujeito que merece ser ouvido, um ser de direitos.

Portanto, falar sobre a garantia de direitos da criança pressupõe também sobre um devir da criança e dos sujeitos que a circundam. Falamos neste ponto, não somente de um dever legal sobre a práxis da criança, mas do que a criança “deve ser” enquanto sujeito no mundo. A criança é tida como um “vir a ser”, alguém em constante transformação, um “devir-criança”, de um ser que ainda não sabe quem é e que se constitui em sua experimentação, ou seja, o devir da criança está na liberdade da invenção e do inacabado (NIETZSCHE , 2003). O devir-criança não é somente um tempo cronológico, mas uma condição da experiência, que é facilitado pelo uso da brincadeira como forma de manipulação sobre o mundo (KOHAN, 2004). Onde queremos chegar nesta compreensão sobre o devir é de entender como esse processo de legitimação do que é ser criança regulariza aquilo que a criança pode ser ou vivenciar a depender das possibilidades que lhe são oferecidas.

Compreendendo que ao reconhecermos a criança como um sujeito social e produtora de cultura, o brincar se destaca na construção cultural e dos direitos da criança, porém, não ocupa um lugar de destaque nas instituições que acolhem a demanda infantil (SARMENTO, 2004). “Não é a criança que se torna adulto, é o devir-criança que faz uma juventude universal” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 69).

Entendendo que a criança que lidamos hoje na pós-modernidade configura-se, de maneira geral, como alguém que se utiliza da própria brincadeira e do brinquedo como forma de apreensão da sua realidade no mundo, o brincar não se torna somente um direito, mas uma forma de vivenciar a saúde da criança, como um ser de potências, criativo e que projeta na brincadeira o que está introjetando do mundo. “A característica essencial do que o desejo comunica refere-se ao brincar como uma experiência, sempre criativa, uma experiência na continuidade espaço tempo, uma forma básica de viver” (WINNICOTT, 1971/1975, p. 75).

Vemos, portanto, essa condição da garantia dos direitos da criança brincar, tanto na Constituição de 1988 quanto no ECA, quando dizem:

Art. 227 É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: [...] IV - brincar, praticar esportes e divertir-se (BRASIL, 1990)

Deste modo, a busca pela garantia dos direitos da criança no Brasil, passa entre outros meios pelo direito ao lazer e ao brincar, sendo assegurada pela família, sociedade e Estado o cumprimento dessa lei. Destaca-se ainda que o brincar não tem somente uma função de entretenimento para a criança, mas é fundamental para que o sujeito se construa e se afirme em uma sociedade. Teóricos da aprendizagem e do desenvolvimento, como Piaget (1973), Vygotsky(1984), Eric Erikson (1972), Leontiev(1978), Wallon (1966), enfatizam a importância da brincadeira como forma da criança assimilar e transformar o seu mundo e, posteriormente, desempenhar papéis sociais que assumirão mais tarde enquanto adultos.

Diversos autores (SILVA, 2017; MIELKE, 2009; FELIX, 2014) apontam para a importância da ludicidade no tratamento e atenção à saúde mental infantil em instituições de acolhimento a este público. O lúdico foi visto por muito tempo como um modo de entrar em contato com a criança (FREUD, 1965) mas com o aprofundamento da psicologia sobre esse campo, compreende-se que a brincadeira não é somente o método, mas é a própria forma da criança entrar em contato com sua realidade (KLEIN, 1923). Este olhar para outros aspectos que estão além da própria doença psicopatológica foi sendo construída a partir da Reforma Psiquiátrica, que reverberou em uma mudança de paradigma também sobre a saúde mental infantil. Sendo assim, a criança que passa por algum sofrimento psíquico não deve ser vista somente em uma perspectiva de cura para a doença mental, mas também amparada por outras formas de cuidado e de lidar com as questões do sujeito. Para

chegar até essa compreensão de que a saúde mental infantil é uma questão de saúde pública, muitas lutas e movimentos contrários ao manicômio e a hospitalização dos pacientes psiquiátricos, sejam eles crianças ou adultos, aconteceram no país.

No Brasil, a lei federal 10.216 surge como um marco na luta antimanicomial em 2001, pois ela prevê a proteção e direitos da pessoa portadora de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Somente dez anos depois é instituída 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) (BRASIL, 2011). Na portaria que institui a rede assistencial e cria o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), é construído um campo novo do cuidado em saúde mental infantil, que não se limitam à assistência social ou aos setores educacionais, dessa forma, inaugura os CAPSi, voltados para o cuidado a crianças e adolescentes com transtornos graves persistentes ou de crianças e adolescentes que fazem uso de álcool ou outras drogas.

É nítido perceber a ação tardia em incluir o cuidado infantil nas agendas das políticas de saúde mental. Um dos fatores relacionados a essa problemática é a especificidade no diagnóstico e a dificuldade da inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública, pois demanda a atividade de diversos setores de maneira interligada, o que nem sempre acontece, ainda mais de uma forma que instrumentalize os gestores na construção de estratégias que melhore a qualidade da assistência em rede (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008)

Amparados pelo quadro legislativo que configura o cenário atual da saúde mental infantil no Brasil, iremos compreender a seguir como este campo político reverbera na construção da saúde mental infantil desde as representações sociais que a doença mental trouxe ao longo dos anos até sinalizar no atual contexto brasileiro da saúde mental infantil no Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. Os meninos maluquinhos: apontamentos sobre loucura e infância

3.2.1 Introdução e História da loucura no mundo

A doença mental ocupa na história da humanidade um lugar de incômodo, de exclusão e de porquês, atribuindo sentido espiritual, físico, social, hereditário e outros na tentativa de explicar o seu surgimento. Não seria diferente ao pensarmos nas representações sociais de o que é, como se constituiu os saberes da saúde mental infantil e os desafios que estão atrelados a esta prática de cuidado.

Observa-se que, até a Idade Média, a preocupação em relação à saúde e à espiritualidade humana estavam ligadas ao corpo, desse modo, as palavras do romano Juvenal ilustram estes aspectos com: “corpo puro, mente pura também” (“*Mens sana in corpore sano*”) (DAMASIO, 2006). Assim, nessa época, o grande mal que atingiu parte da população, a lepra, estimulou que houvesse não neste momento uma prática de cura ou cuidado com o doente, mas sim de exclusão. Aliás, partindo deste pressuposto, não se referia somente a uma doença, mas o leproso era visto, predominantemente, como um pecador e que estava sendo punido por Deus, através da lepra, devido algum mal que havia cometido (FOUCAULT, 1978, p.372).

Foucault (1978) também traz o exemplo das embarcações, das Naus dos Loucos, que passavam recolhendo os ditos loucos e marginalizados da sociedade medieval à um destino incerto e sem volta, pois além de não saberem a origem daquele comportamento desordenador, não se tinha uma dimensão de cura, tratamento ou de que se caracterizaria como uma doença. Como não havia o que se fazer com os públicos marginalizados, excluía-m-lhes para que a cidade fosse “limpa” de pessoas e problemas que contrariavam a ordem.

Uma das principais teorias que explicavam a díade saúde-doença do século IV a.C até o século XVII foi a “teoria dos humores”, atribuindo ao sangue, a fleuma, a bile amarela e a bile negra, os adoecimentos e sintomas na vida das pessoas. Nessa época, acreditava-se que o louco não era mais um ser possuído pelo demônio ou castigado pelo pecado, mas se introduziu a teoria dos humores e o seu aperfeiçoamento por Galeno (REZENDE, 2009). Pela primeira vez, orientava-se o sofrimento mental como algo que estivesse além do pensamento ontológico e transcendental da doença, e foi, desta vez, uma associação de que poderia haver uma causa orgânica para os humores ou comportamentos adoecidos do ser humano.

A partir da Idade Moderna, houve uma exaltação do conhecimento da razão e, conseqüentemente, espaço para se falar sobre o “louco”, que ameaçava a razão e instigava a comunidade científica. Foram criadas as casas de internação, que buscavam ser um local disciplinar para esse público (FOUCAULT, 1997). Não se diz respeito somente sobre o lugar que o louco ocupava, mas de como eram construídas também suas representações sociais para nomeá-lo de outra forma e de encontrar novos espaços para que ocupe, diante do olhar do outro sobre ele.

De fato, podemos afirmar que o lugar sobre o discurso da loucura foi também um instrumento de poder, uma forma de governamentalizar os corpos. Com a ascensão do capitalismo, o panorama de muitos aspectos sociais foi modificado. A família, por exemplo, que não comungava de um sentimento uno, mas sim público para membros consanguíneos ou não, passou a criar um espaço mais privado da vida familiar e o início da construção do sentimento de família (ARIES,1981). Do mesmo modo, o louco passou a ser visto como um potencial trabalhador desperdiçado, ou seja, era necessário cuidar agora desse público para que ele se tornasse apto para o trabalho ou que, pelo menos, não atrapalhasse a classe trabalhadora, criando estratégias de cuidado médico.

Assim, segundo Foucault (1978), no século VII foram criados os primeiros manicômios árabes, já os hospícios europeus são datados de XV, que tinham o intuito de “socorrer os pobres, mas comportam quase todas as células de detenção e casernas” (p.60). As pessoas que podiam estar nesse espaço eram “jovens que perturbavam o descanso de suas famílias (ou que lhes dilapidavam os bens), vagabundos e insanos” (p.63).

No entanto, criar novos espaços para o lugar do louco não foi garantir direitos para o mesmo e nem tampouco livrá-lo de preconceitos. Ao contrário, o sofrimento pelo que é estigmatizado na figura do doente mental é construído também nas instituições que o recebem, como manicômios ou hospitais gerais, pois toda relação carrega consigo representações sociais que foram construídas ao longo de uma geração e de uma cultura. A representação social significa, portanto, a “reprodução de uma percepção retida na lembrança e do conteúdo do pensamento” (MINAYO apud JOVCHELOVITCH, 1994, p.73), ou seja, não são só as mudanças concretas, materializadas que constituem novas representações sociais, mas o que se trás na

memória, no conceito subjetivo de um objeto, de um sentimento ou, neste caso, de o que é “ser louco”.

É importante compreender que as representações sociais não são meramente um produto da sociedade, mas ao mesmo tempo ela “desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade” (JOVCHELOVITCH, 2008, p.69). Assim, estudar e nos aproximarmos das representações sociais carregadas pela experiência da doença mental, através de um viés ou de um olhar a determinado público é saber que o mundo, visto através daquele grupo, fala sobre uma totalidade e transcende a cada um individualmente.

É possível, então, descrever o modo que as famílias e as crianças, acompanhadas em tratamento de saúde mental, representam socialmente a doença mental vivenciada por elas, por isso a importância de delinear o que são as representações sociais e de que forma elas impactam na construção da imagem do sujeito por eles mesmos.

Investigar as representações sociais na comunidade de familiares cuidadores à pacientes com adoecimento mental é criar um espaço para ouvir e destacar a importância do discurso das famílias no tratamento e cuidado a estes pacientes, como cita Jovchelovitch (1994):

Porque as pessoas são diferentes - e ao mesmo tempo as mesmas – a ação e o discurso se fazem necessários: se nós fossemos todos idênticos não haveria necessidade de comunicação ou da ação sobre o que nunca varia, se nós não tivéssemos nada em comum a fala perderia seu próprio fundamento e a ação não justificaria a si mesma (p.57)

Portanto, compreender o que a família e o sujeito, que vivenciam um sofrimento psíquico, pensam sobre o processo de adoecimento mental é também observar seu modo de enfrentamento da doença e de como se percebem no protagonismo da busca e modos de vivenciar a saúde mental, colocando-os como narradores de sua própria experiência.

Ainda sobre as representações da saúde mental infantil, observa-se que “loucura” e “infância” tinham uma ligação direta nos sentidos que lhes eram conferidos. Em uma das propostas de se explicar a loucura, atribuiu-se a causa ao

frenesi, que causava a demência e a estupidez, característica observável nas crianças dos primeiros meses de vida e que afetavam a memória, imaginação e o juízo (CULLEN apud FOUCAULT, 1972).

A partir das mudanças ocorridas no período de revolução industrial, século XX, foi possível perceber uma maior preocupação com a alta mortalidade infantil e a necessidade de criar estratégias de cuidado para a preservação da vida daquele “futuro trabalhador”. O rompimento com a visão da criança da Antiguidade e as novas mudanças no contexto social desencadeou-se a necessidade de governamentalização dos corpos, através da disciplina pregada pela religião, instituições escolares e outros.

Foucault (1999), no livro “Vigiar e Punir” aponta que, embora os procedimentos disciplinares existissem há muito tempo, a partir do século XVIII ocorre o processo de dominação. É, portanto, realizado um esquadramento da população, inclusive nas escolas para que seja direcionado à disciplinarização:

As disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras”, criam espaços complexos: ao mesmo tempo arquiteturais, funcionais e hierárquicos. São espaços que realizam a fixação e permitem a circulação; recortam segmentos individuais e estabelecem ligações operatórias; marcam lugares e indicam valores; garantem a obediência dos indivíduos, mas também uma melhor economia do tempo e dos gestos (FOUCAULT, 1999).

A criança, a partir desse método reproduzido até hoje, é alinhada aos outros membros do seu grupo para que acompanhe um processo normatizador e generalista da educação, a partir de um poder dominador e vigilante. A citação acima se encerra falando da necessidade de poupar o tempo, característica chave do capitalismo, que afirma sobre a necessidade de aproveitamento do tempo. Levanta-se, portanto, aqui a relação da necessidade de se dominar os corpos, o tempo e a infância como amparo e justificativa do equivocado e apressado diagnóstico de transtornos mentais em crianças.

Essas mudanças de concepção, nomenclatura e relação social também foram mudando no que se refere à doença mental. De maneira global, podemos perceber um significativo “ponto de corte”, ou seja, um marco na história, nas representações

sociais da “doença mental” foi através da Reforma Psiquiátrica. Sinteticamente, ao trazermos a história da reforma psiquiátrica no Brasil, trazemos também um contexto de lutas e transição mundial, sustentados não só pelas denúncias de Franco Basaglia, mas por homens e mulheres que buscavam a garantia dos direitos humanos e uma vida mais digna (AMARANTE, 1995).

Deste modo, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi contemporânea ao movimento da reforma sanitária, o que protagonizou a mobilização social para a defesa da saúde no país. Porém, o processo de reforma psiquiátrica não se limita à sanção de novas leis, normas ou instituições, mas é também compreendido nos valores culturais e sociais do cotidiano da vida das organizações, serviços e das relações interpessoais (BRASIL, 2005).

Atrelado a isso, vemos alguns fatores históricos que se constituem na realidade brasileira ligados à exploração e delonga nas iniciativas públicas para o cuidado em saúde mental em crianças. O histórico desse percurso será desenvolvido ademais, juntamente com um pensamento reflexivo sobre o cenário contemporâneo, que se encontra associado à temática da medicalização infantil desenfreada e a obra foucaultiana.

No Brasil, o caminho percorrido no campo da saúde mental atravessou diversos embates e desconstruções ao longo das décadas, acompanhado de formulações de políticas públicas voltadas a este coletivo. O que se percebe nas ações em saúde mental voltadas ao público infanto-juvenil foi que as transformações e lutas sociais acompanharam um cenário político, social e econômico em constante mudança. Para analisar este percurso, podemos delinear, a seguir, os primeiros passos neste cenário político.

Assim, podemos iniciar o contexto da saúde mental infanto-juvenil a partir do período colonial, que caracterizava-se por não haver cuidados especiais à criança e nem tampouco haver registros específicos sobre o cuidado da família ou de especialistas para esse público. Somente após a urbanização das cidades, no século XVIII, ocorrem movimentações para intervenção médica nas ações higienistas, abrindo um destaque para a preocupação com a mortalidade infantil da época e, conseqüentemente, voltando mais atenção a este público (RIBEIRO, 2006).

Contemporâneo ao período anterior, Foucault (2007) traz a noção das características da noso-política, como: o funcionamento da higiene e da medicina, como controle social; e as regras de cuidado em saúde com as crianças na família, como a instituição responsável pela formação moral daquele sujeito e da preservação da vida. O autor destaca ainda a política-médica como modo de organização da família com os filhos e da medicalização dos indivíduos, ou seja, para que esta mudança em relação aos modos de cuidado ocorra de modo amplo e enraizado na sociedade, foi necessário adentrar, primeiro, na “família-medicalizante”, moldada para já formar em casa o sujeito ideal para a sociedade.

Em uma conjuntura nacional, somente no século XIX se institucionaliza os saberes médicos e psicológicos referentes à criança e aos adolescentes, como a construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, em 1852, o Hospício Dom Pedro II (RIBEIRO, 2006), abrindo espaço para uma saúde mais especializada e empoderada por apoios políticos e pela necessidade sanitária da época. Ocorre, em seguida, o movimento higienista no Brasil, datado de 1920, que também pode ser visualizado como uma tentativa de “higiene mental”, a partir de um ideal eugênico, buscando uma utopia preconceituosa da civilidade (LOVISOL; GOIS, 2003).

Existiram importantes marcos legais no país sobre a política de saúde mental para crianças e adolescentes. A primeira que destacamos é Lei Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Podemos observar no primeiro parágrafo da Lei a garantia de direitos e proteção de todas as pessoas acometidas de transtorno mental, incluindo o fator idade nessa generalização. Somente no ano 2011, com a portaria nº3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial é destacado a possibilidade da construção de um centro de referência em saúde mental infanto-juvenil, considerando os princípios do ECA (BRASIL, 2011). Já a Portaria Nº 1.130, institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e menciona em um dos eixos, a atenção integral à criança também em situação de violência psicológica (BRASIL, 2015).

Ao mesmo tempo que essas políticas foram construídas como uma forma de garantia do direito à cidadania das crianças e adolescentes, é interessante pensar

em como estes espaços criados podem ser geradores de cuidados ou catalizadores de demandas de sofrimento suprimidas por gerações.

O poder disciplinar, citado por Foucault (1978), adentra os espaços de cuidado da criança e do adolescente por meio também da imensa procura e do número de encaminhamentos aos consultórios psiquiátricos, CAPS, etc. Essa procura intui-se de “dar conta” de uma demanda de sofrimento não só da criança, mas também da família, da escola e da sociedade, que busca encontrar respostas e explicações para questões cotidianas não somente relacionadas, necessariamente, a uma patologia, mas a tudo que se encaixa na categoria “criança-problema”.

Deste modo, nota-se a precoce e desenfreada medicalização nos ambientes escolares, por exemplo, para uma rápida apreensão do diagnóstico e partindo de uma perspectiva biomédica e medicalizadora da infância. Logo, percebe-se a necessidade do diálogo entre os saberes científicos, promovendo novos modos de se atuar em saúde, pois o campo da saúde mental, como diz Amarante (2007), é tão polissêmico que se torna um desafio delimitar as fronteiras destes espectros de conhecimentos envolvidos.

3.2.2. *Psiquiatrização do discurso e medicalização da infância*

A geração do consumo tem sido uma marca da sociedade capitalista na Contemporaneidade. O indivíduo é convocado a consumir produtos e serviços antes mesmo de dar-se conta das suas necessidades orgânicas frente ao que é oferecido para ele. Vende-se a ideia de que não ter incertezas e poder controlar os eventos ao seu redor pode trazer uma satisfação e plenitude do ser humano, o que, ao contrário, torna-se um comportamento cada vez mais neurótico e frustrante. Portanto, a individualidade e a liquidez das relações têm tomado o espaço de princípios sólidos e coletivos, pondo em questão a identidade e a felicidade do sujeito, a partir da tentativa de realização dos seus desejos inalcançáveis (BAUMAN, 2001).

A noção de Zigmund Bauman (1998) sobre o mal estar na pós-modernidade apresenta-se como um ponto-chave para discutirmos os adoecimentos psíquicos próprios desse tempo, já que o aumento de doenças psicológicas em crianças ou

adultas tem uma relação direta com o contexto atual da sociedade, na qual produz doenças para vender saúde.

Segundo Guattari e Rolnik (2005), a máquina capitalista de subjetividade tem por função produzir um nível de consumo pautado em uma subjetividade social que referencia e automatiza os modelos de vida, infere principalmente no período da infância quando a criança se insere no mundo da linguagem dominante, ou seja, quando ela introjeta as aspirações e representações sociais dos adultos.

Assim, o sujeito não compra somente um produto, mas também um *status* e uma garantia de regozijo instantâneo. Atribuindo, portanto, às pessoas e às coisas uma realização que deveria ser encontrada no contato consigo mesmo, como uma tendência criativa, consciente e atualizante da natureza humana (PERLS, 1977).

De fato, concorda-se com Foucault (1976) quando diz que uma das principais fontes de biopoder está na busca pelo consumo da saúde e que o Estado opera no modo de agir da população, docilizando e disciplinando os corpos. A partir das noções sobre biopolítica e biopoder é possível perceber a integralidade da tecnologia disciplinar com os mecanismos de segurança e a regulação dos corpos, gerando um poder sobre a vida e uma medicalização da sociedade.

Os acontecimentos na história da medicina ocidental relatam que a compreensão biopolítica é: primeiro, uma medicina do Estado e polícia médica, que coloca o Estado com o poder de agir sobre a população em nome de um funcionamento estatal; segundo, a medicina urbana, que modifica as cidades para uma higienização e saúde da população; terceiro, uma diferença entre “normação” e “normalização”, em que esta última diz sobre o que é ser normal dentro dos padrões da realidade; e o quarto, que é a associação da medicina com a estatísticas, gerando indicadores de saúde e doença em uma população (MARTINS; PEIXOTO, 2009).

O poder, então, obedece a uma norma que atende determinados interesses, compreender estes pontos são essenciais para a análise do modo de ser criança e do enquadramento do padrão de “normalidade” delas neste contexto, produzindo o dispositivo de sujeitos infantis.

Longe, por conseguinte, de considerar que a infância é um território novo que foi, a partir de certo momento, anexado a psiquiatria - parece-me que foi tomando a infância como 'ponto de mira da sua ação', ao mesmo tempo do seu saber e do seu poder, que a psiquiatria conseguiu se generalizar. Ou

seja, a infância parece-me ser uma das condições históricas da generalização do saber e do poder psiquiátricos (FOUCAULT, 1997, p.387).

Em resumo, observamos que o movimento da psiquiatrização da infância permite sistematizar em normal ou anormal, não por um sintoma físico, mas pela conduta, isso quer dizer que a generalização do poder psiquiátrico autoriza a intervir sobre qualquer comportamento ou mal-estar infantil considerado inadequado para uma disseminação de discursos e práticas normatizadoras.

Um exemplo prático dessa tentativa de disciplinarização dos corpos infantis é percebido através do aumento desenfreado da utilização de psicotrópicos por crianças, principalmente no que se refere às demandas advindas de queixas escolares. O Brasil é o segundo país com maior consumo em ritalina, “a droga da obediência”, que no mesmo passo que pode auxiliar crianças no seu tratamento ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pode causar efeitos danosos com o uso contínuo e precoce com crianças (DECOTELLI, BOHRE; BICALHO, 2013).

Contudo, além disso, uma questão relevante a ser discutida é de como esse diagnóstico de TDAH é fechado pelo médico ou pela equipe multiprofissional, pois há uma necessidade de um diagnóstico cuidadoso e capacitado para orientar a família e a escola, dessa forma, diminuir os preconceitos carregados pelo senso comum, que cada vez mais estigmatizam e excluem a criança. Assim, se o Estado tem o papel de agir para o bem da população, criando estratégias de cuidado em saúde, como estes espaços públicos de acolhimento à saúde mental infantil são construídos no entorno de suas práticas?

O TDAH foi um dos exemplos mais comuns a serem observados na realidade brasileira, mas é necessário analisar os modos de cuidado como um todo no que se refere à saúde mental infantil. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no dia Mundial da Saúde Mental (2018), apresentou uma folha informativa apontando os transtornos comportamentais na infância como a sexta maior causa de adoecimento mental na adolescência. Já em 2019, foram realizadas recomendações às crianças menores de seis anos a passarem menos tempo assistindo telas e mais tempo brincando para uma qualidade maior na saúde (OMS,2019). Recomendam ainda para crianças e adolescentes:

Evitar a institucionalização e a medicalização excessiva, priorizar abordagens não farmacológicas e respeitar os direitos das crianças, de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos de direitos humanos, são fundamentais para os adolescentes (OMS, 2018).

Segundo Silveira (2015), a cada edição dos manuais de diagnóstico (DSM e CID) mais doenças mentais são catalogadas, mantendo uma relação estreita com a produção de novos medicamentos e o consumo maior de psicofármacos. Esse uso progressivo de medicamentos, como já foi colocado, é produto de um sintoma da pós-modernidade ansiogênica e adoecedora na qual vivemos, que perpassa tanto o sistema medicalocêntrico quanto à escola e à família, e muitas vezes corroboram para este diagnóstico infantil.

A ligeireza (e imprecisão) com que as pessoas são transformadas em anormais é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado. Não deixa de ser surpreendente que o que foi apresentado como avanço na capacidade de curar tenha levado a ampliar em uma progressão geométrica a quantidade de doentes mentais. (JERUSALINKY & FENDRIK, 2011, p. 6)

Assim, observamos uma assustadora “epidemia” da doença mental infantil e que estas novas categorias diagnósticas não apenas informam a doença, mas também a produzem, conduzindo ao processo de medicalização e psicopatologização da infância na atualidade.

É importante destacar que não há intenção de apresentar um cenário “ideal” de exclusão da utilização de psicotrópicos em crianças, mas de pontuar nas ideias desenvolvidas a problemática do uso de medicamentos a serem recomendados de maneira desordenada e, assim, obedecendo a uma lógica capitalista de consumo, sustentada pelos laboratórios e indústrias farmacêuticas. É importante observar a necessidade do sujeito e pensar outras terapêuticas no cuidado à saúde mental infantil.

Em uma perspectiva global, a OMS (2018) propõe algumas medidas para lidar com esse cenário de excessivas prescrições de psicotrópicos, como a cobertura universal dos serviços de saúde mental, a capacitação de pais e professores, atendimentos psicossociais em escolas e espaços comunitários, além disso, um acolhimento em contextos de emergências, desastres ou situações de conflito

No Brasil, estima-se que 7% a 12% da população de crianças e adolescentes sofram com algum tipo de adoecimento mental, sendo mais prevalentes a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil e os transtornos de ansiedade, porém, as iniciativas públicas de saúde não atendem completamente a necessidade de atenção em saúde mental infanto-juvenil (BRASIL, 2015). Em 2015, o Ministério da Saúde formulou um documento para a adoção de práticas não medicalizantes e para a prevenção da excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Nesse documento, apontava que o tratamento farmacológico em crianças devia ser considerado após uma avaliação multiprofissional e um levantamento detalhado da história de vida da criança em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em outros serviços especializados no SUS.

Recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) lançou um livro sobre a medicalização da vida, e o que confere sobre a utilização de psicofármacos em crianças, critica: “nesse contexto, utiliza-se da lógica equivocada de que é mais fácil medicar a criança do que mudar o sistema de educação” (BRASIL, 2019, p.14).

Sendo assim, constrói-se a noção de que a experiência do cuidado em saúde mental infantil não deve partir somente de uma lógica de medicalização ou biomédica, mas de somar forças na composição das práticas e serviços para o público infantil. No atual panorama, as políticas de saúde têm tentado diminuir a institucionalização do cuidado em saúde mental infantil, atribuindo à família e aos outros meios, modos de organização que colaborem com a socialização da criança sob tratamento em saúde mental, porém, observamos através da literatura, uma dificuldade dos profissionais lidarem com este campo de atuação, falta de informações dos familiares em buscar uma orientação sobre a temática e um frágil sistema desarticulado, que dificulta a construção de ações frente à complexidade dos modos de cuidado.

3.2.3 (Des)construção do modelo assistencial de cuidado à saúde mental infantil

No Brasil, a reforma psiquiátrica possibilitou um novo olhar para o tratamento e possibilidades dentro do campo da saúde mental. A criação do CAPS funciona em uma rede rizomática nos diversos níveis de atenção e assumiu um lugar importante

na mudança das práticas de cuidado e na rede pública de saúde mental. Os modelos de atenção não podem ser considerados apenas como moldes administrativos do sistema de saúde, mas carregam consigo um método para articulação da rede e das tecnologias envolvidas para a facilitação do tratamento em saúde mental (PAIM, 2003).

Um dos dispositivos mais importantes e difundidos no território nacional no que se refere ao campo da saúde mental infantil é o CAPSi. Ele se caracteriza como um serviço oferecido para o atendimento a crianças e adolescentes com transtornos graves e que promove ações de cunho multiprofissional e de diferentes terapêuticas (BRASIL, 2011). As ações promovidas no CAPSi não se limitam às paredes da instituição, ao contrário, possibilita ações no território sob sua responsabilidade e em conjunto com outros serviços/setores.

Em todas as regiões do país, as escolas, em primeiro lugar, seguidas pelas Equipes de Saúde da Família, apresentam as maiores taxas de presença em relação aos demais serviços, sinalizando a importância destes dispositivos na construção de uma rede de cuidados em saúde mental, ampliada e inclusiva. Os setores da educação e da atenção básica - como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil - podem ter função de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção de saúde, e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou evitar o agravamento de problemas mentais (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008)

Observamos, através da citação, que a demanda por tratamento surge no âmbito escolar e depois nos Centros de Saúde da Família, reconhecidos como a “porta de entrada” do sistema de saúde brasileiro. Muitas dessas demandas são encaminhadas, segundo as autoras, para o CAPS, o que desencadeia em uma superlotação com demandas de cunho escolar - como TDAH ou transtornos de condutas - é a falta de qualificação no cuidado à saúde mental infantil. Deste modo, trabalhar a articulação em rede é não somente a saída mais viável para suprir parte da demanda excessiva nos CAPS, como também uma resposta direta na efetividade do cuidado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma ampliação do programa que lhe deu origem e tem como objetivo a ampliação do atendimento, descentralizando e regionalizando os serviços de saúde para a população adscrita. Ela se torna não somente a “porta de entrada”, como forma de acolhimento e

triagem, mas também fará o acompanhamento do usuário do serviço durante toda sua condução de tratamento na atenção básica (BRASIL, 2000).

É, então, na Atenção Básica que devem chegar as queixas relacionadas à saúde mental infantil, demandando uma capacitação de todos os profissionais da saúde que trabalhem no Centro de Saúde da Família para uma escuta sensível e uma intervenção possível dentro das condições de cada caso e de cada equipe. Salienta-se que a Saúde Mental não deve ser centralizada ao psiquiatra ou ao psicólogo, mas sim a todos da equipe de saúde, encaminhando para outro serviço ou para outro nível de atenção, quando necessário.

No entanto, o encaminhamento não se constitui como um modo da atenção básica se desapropriar do caso, mas sim propor uma contra-referência para entender que terapêuticas foram tomadas no serviço em que o paciente foi encaminhado. Por isso, esse serviço pode e precisa ser compartilhado com outras equipes para a criação de um projeto terapêutico singular, dessa forma, é constituído um “matriciamento” ou “apoio matricial” (CHIAVERINI, 2011). Este termo trata de um novo modo de se produzir saúde nas relações entre as equipes.

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CUNHAS, CAMPO, 2011).

Ainda segundo o guia de matriciamento (BRASIL, 2011), o apoio matricial é um recurso bastante utilizado nos termos da saúde mental, inclusive para o público infantil. Já que normalmente é um adulto que fala pela criança, é necessário ouvir os profissionais, família, escola, instituições cuidadoras e a criança para se compreender de maneira integral e ampliada a situação-problema que surge. A equipe multiprofissional é convocada, assim, para estar atenta a, pelo menos, dois processos distintos: a doença mental e as particularidades das etapas evolutivas da criança e do adolescente.

Os profissionais da ESF estão mais próximos das famílias na comunidade, tendo elementos da história e de vínculos muito importantes para abordagem do transtorno e seu diagnóstico precoce. Dessa forma, os

profissionais da atenção primária devem ficar atentos aos “problemas” em saúde mental da criança e do adolescente para que o matriciamento possa ajudá-los a entender e manejar a situação (CHIAVERINI, 2011, p143).

Além disso, há uma consideração importante no manejo das equipes e das instituições que acolhem a demanda de saúde mental infantil: a utilização da ludicidade no atendimento da criança, por isso, também a necessidade de ampliar as ações e serviços voltados para o atendimento especializado. A corresponsabilização dos serviços é fundamental para aumentar a oportunidade de um tratamento mais digno e focado na necessidade singular do sujeito. O CAPSi oferece um serviço para cidades de médio a grande porte, em muitos outros territórios a Estratégia de Saúde da Família ocupa o único serviço de encaminhamento para o atendimento ao público (SINIBALDI, 2013). É do interesse desta pesquisa, portanto, observar que outros espaços são ocupados como lugares de encaminhamento ao tratamento de saúde mental infantil, ainda que não estejam ligados necessariamente ao Sistema Único de Saúde.

3.3. A estrada dos tijolos amarelos: a construção dos itinerários terapêuticos

“Não há lugar como o nosso lar”

(O Mágico de Oz)

3.3.1. Sobre a história e conceitos de “itinerário terapêutico”

Reunindo esse arcabouço de informações sobre o percurso da construção histórico-social da infância e da perspectiva da saúde mental no âmbito mundial e nacional, vemos que ambas transpassam a noção de cuidado para além da perspectiva dos sistemas de saúde. Quando falamos de cuidado, entramos em uma esfera subjetiva e plural quanto à sua finalidade e modos práticos de vivenciá-lo no acompanhamento em saúde.

Um sistema de saúde é composto por três subsistemas sobrepostos, segundo Connil e Pires (2007), dividem-se entre: o informal, formado por família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda; o popular, que refletem em agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade, e o subsistema

profissional, ou seja, a rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade.

Desse modo, podemos afirmar que os subsistemas alimentam uma rede rizomática e interdisciplinar que deve se comunicar para um acompanhamento horizontal dos cuidados em saúde. O cenário dessa pesquisa, Sobral-CE, é reconhecido nacionalmente como cidade modelo no que se refere ao sistema de saúde-escola, principalmente, no cenário da saúde da família.

Dentro desta perspectiva, gestores, trabalhadores e usuários do SUS de Sobral se dispõem a dialogarem, negociarem, pactuarem e construir em nos diferentes espaços coletivos a saúde que se tem e a que se deseja. Uma consequência imediata desta posição é o reconhecimento da inseparabilidade entre gestão e atenção tal como sugere a Política Nacional de Humanização (SOARES et al., 2008)

Isso torna mais ainda evidente o interesse em compreender o percurso que é realizado na busca pelo cuidado em saúde mental infantil na cidade de Sobral. Parafrazeando Manoel de Barros “Poderoso para mim não é aquele que descobre o ouro. Para mim, poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas)”, assim, retomo que as intenções dessa escrita não é de achar as soluções ou os melhores caminhos de se buscar um lugar de saúde ideal, a vontade que emerge é de tocar, de algum modo, na apreensão de significados do outro, em como foi o trajeto, como foi a “vista” e que itinerário foi construído. O que se soma à perspectiva fenomenológica desse trabalho, que busca “ir às coisas mesmas”, além disso, o objeto da investigação não é o porquê, mas o como, a análise parte do vivido, da percepção e dos significados atribuídos à experiência do homem.

As pesquisas sobre a forma que as pessoas buscam e encontram tratamentos em saúde tem ganhado cada vez mais espaço, já que a partir destes dados é possível pensar em novas estratégias de gestão e cuidado em saúde para uma maior sensibilidade à realidade do usuário e à sua adesão ao tratamento (CABRAL, 2011). Assim, compreender a história e a percepção desses sujeitos sobre o adoecimento e o tratamento não se constitui somente como um método eficaz, mas, principalmente como uma postura política e ética frente à saúde mental.

O termo “itinerário terapêutico” surgiu por parte da literatura socioantropológica, que definia o que era esse percurso do tratamento em saúde. Ainda segundo Cabral (2011), os itinerários terapêuticos são formados por “todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou

recuperação da saúde, assim, podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes” (p.4434).

Percebe-se que, a partir dessa leitura socioantropológica, o objetivo é interpretar e conhecer as escolhas que cada grupo ou indivíduo faz para exercer esse lugar de saber e de cuidado para sua própria vida. Diante da pluralidade de culturas, de conhecimentos e das subjetividades, percebe-se uma gama cada vez maior no que se refere às escolhas dos serviços terapêuticos, acolhendo não somente a demanda de cura em cada serviço, mas de acolhimento frente às angústias presentes no processo de adoecimento.

Os primeiros trabalhos referentes aos itinerários terapêuticos surgiram por meio de uma concepção da pessoa e da doença nomeada de “comportamento do enfermo”. Talcott Parsons foi um dos pioneiros nesse estudo, trazia o processo de adoecimento como uma forma de assujeição do doente para com o terapeuta, uma relação de direitos e deveres em que o doente não se responsabiliza mais por seu estado e nem suas obrigações sociais normais. Frente às críticas, o estudo do autor provocou discussões para a compreensão do fenômeno da doença como um processo social e que se diferenciava de um grupo para outro, de uma cultura para outra (ALVES, 1993).

O “comportamento do enfermo” passou de uma análise totalizante para um nível interpretativo, voltado para comportamentos específicos de grupos sociais, observando a forma que os sintomas são percebidos e avaliados por grupos diferentes em contextos sociais diversos. Os modelos mais encontrados nesses estudos eram o individualista e o coletivista. O primeiro partia da ideia de que o comportamento humano podia ser reduzido à enfermidade e questões psicológicas, enquanto que no outro, de abordagem coletivista, o papel dos fatores culturais, como classe social, faixa etária e etnia, era ponto central da investigação (ALVES, 1993).

Enquanto na década de 60 se estudava sobre o comportamento do enfermo, na década de 70 foram realizados estudos antropológicos e etnográficos, a partir de estudos com grupos sociais. Durante muito tempo as pesquisas sobre a influência da cultura em uma população não eram tão valorizadas no que se refere a formas preventivas e terapêuticas, o que foi mudando ao longo da história ao perceber que

quando ocorre uma aproximação da equipe de saúde e da gestão com os modos de vida e de cuidado de uma população, se torna mais possível uma intervenção ou comprometimento com as campanhas de saúde (UCHOA, 1994). As pesquisas seguiram como um aprofundamento do tema sobre a pessoa que buscava terapêuticas de cuidado, de como se condicionava a sua busca para a utilização dos serviços de saúde e como se constituía o modo de compreender o processo de adoecimento.

O artigo de Cabral (2011), por exemplo, retrata os principais marcos na história dos itinerários terapêuticos e o estado da arte da produção de estudo sobre o tema. Os estudos de Kleiman se destacam através do conceito de Modelos Explicativos e de Sistemas de Atenção à Saúde. O primeiro conceitua sobre os significados de enfermidades e da relação dos traços cognitivos e problemas de comunicação com as atividades de saúde. A importância da compreensão desses modelos explicativos é percebida quando se observa a comunicação dos profissionais de saúde entre si e os pacientes, além de unir profissionais e enfermos em um tratamento possível para ambos, uma estratégia necessária para observar a eficácia dos sistemas de saúde (UCHOA, 1994).

Essa definição soma ao conceito de Sistema de Atenção à Saúde ou *health care system*, também descrito por Kleiman, no qual diz que todos os cuidados em saúde respondem socialmente a um sistema cultural de enfrentamento da doença, assim, se constituem em três subsistemas de cuidado: o profissional (que se refere às práticas tradicionais de cuidado biomédico, institucionalizadas, etc), o popular (construído a partir da noção de cuidado do senso comum e de tratamentos caseiros) e/ou o folk (que diz sobre as práticas místicas e religiosas de cuidado).

Geertz (1973) contribui com esta perspectiva quando defende que a cultura fornece modelos para a construção social e psicológica, ou seja, a cultura relaciona-se com todos os fenômenos humanos e as ações, comportamentos e percepções são culturalmente construídos, inclusive no campo da saúde.

Diante deste cenário, mencionamos que tantos outros autores contribuíram para a construção do que se entende atualmente pelo interesse no percurso e significantes de doença e terapêuticas, no entanto, tais nomes citados acima foram percursores de outras contribuições no campo da saúde pública. Deste modo, passa-se de um estudo voltado somente ao comportamento do enfermo, ligado a

uma lógica biomédica e de consumo, para uma perspectiva socio-cultural, exigindo novos processos de organização e planejamento em saúde.

No Brasil, percebemos uma produção recente de trabalhos referentes ao tema de itinerário terapêutico (IT), trazendo o IT como ferramenta teórica-metodológica, como uma prática centrada no sujeito, na complexidade dinâmica em que os indivíduos são inseridos e sustentados na experiência de adoecimento dos sujeitos. Um ponto interessante no contexto das pesquisas sobre IT no Brasil é a complementariedade das redes sociais como possibilidade nos modos de analisar as escolhas, padrões e modos escolhidos pelos usuários ao longo da IT (GERHARDT, 2006).

3.3.2. Uma busca de conhecimento e sentido na saúde mental infantil

Quando falamos de estrada de tijolos amarelos, fazemos uma referência direta à Dorothy, personagem da história do Magico de Oz. Dorothy que queria voltar para casa e sabia que para isso precisava encontrar o Magico de Oz, onde seria levada a ele por meio da estrada dos tijolos amarelos. Ela sabia onde gostaria de chegar e por onde iria passar. A escolha que ela fez quando se deparou com dois caminhos à sua frente e escolheu para ir para a Cidade das Esmeraldas se relaciona neste trabalho ao percurso que cada paciente faz ao tomar suas decisões ou caminhos que encontra na busca do tratamento em saúde mental.

Sobre os conceitos de itinerário terapêutico, sustentaremos nesta pesquisa como qualquer uma das atitudes mencionadas pelos entrevistados que se referiam a um modo ou tentativa de enfrentamento de uma doença, independente se for um caminho tradicional de busca da cura por meio de um modelo médico (de avaliação de profissional de saúde, consultas, etc) ou de outras formas de ajustamentos, consideradas pelo próprio paciente ou família como um modo de cuidado.

Entretanto, observamos diferentes concepções do termo “itinerário terapêutico”, selecionamos definições ou compreensões que têm uma relação com o campo da saúde pública e/ou da saúde mental, dentro de uma prospecção temporal, ou seja, definições pelas publicações mais antigas até os conceitos atuais.

O contato com estes conceitos foi buscado nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Portal

CAPES (Portal de Periódicos CAPES), por serem bases de dados amplamente reconhecidas pela comunidade científica e por realizar um filtro sobre os materiais publicados nessa área. As palavras utilizadas para a pesquisa foram “itinerário terapêutico”, seguido com operador booleano AND “saúde mental”. Os resultados a seguir mostram um resumo do processo que mostra a relevância de trabalharmos esta temática à nível da saúde mental infantil.

Tabela 1 – Pesquisa sobre IT e saúde mental

Base de dados	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados
SCIELO	5	2	3
BVS	22	20	2
Portal CAPES	30	25	5
TOTAL			10

Fonte: Próprio Autor

A partir da tabela 1 podemos observar que dos 57 artigos encontrados com os referidos descritores, 47 foram excluídos por não ter relação com o tema pesquisado ou que repetiam entre as publicações de um banco de dados para outro, ou que não estiveram disponíveis para leitura. Sendo selecionados para a leitura 10 artigos, nomeados na tabela 2, que mostram a produção de artigos e de sentidos sobre o tema ao longo dos anos. (TABELA 2)

Tabela 2 – Descrição dos artigos analisados (Continua)

BASE DE DADOS	TÍTULO	ANO	DEFINIÇÃO DE ITINERARIO TERAPEUTICO
SCIELO	Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêutico	2016	“Eles têm como objetivo analisar as trajetórias compreendidas por usuários e familiares na busca por cuidado em saúde, assim como os sentidos dados por eles ao adoecimento e à atenção recebida”
	Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará	2016	“Entende-se por itinerários terapêuticos as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes - sob a forma de redes sociais formais e informais - e da resolutividade obtida”.
	Itinerário terapêutico	2010	“A esse processo de escolha, avaliação e

	percorrido por mães de crianças com transtorno autístico		adesão a determinadas formas de tratamento, realizadas por indivíduos ou grupos sociais, denominamos <i>itinerário terapêutico</i> ”
BVS	Entre o consultório e o terreiro: mediações, ruídos e silenciamentos nos itinerários terapêuticos de adeptos do candomblé	2016	“O itinerário terapêutico, nessa conjuntura, abarca necessariamente a arena de possibilidades socioculturais que subjazem à elaboração e incremento de projetos terapêuticos, o que abre espaço para a contradição e toda uma linhagem de paradoxos e decisões por vezes aparentemente incoerentes”.
	Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico	2004	“O itinerário terapêutico é uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma trajetória e se caracteriza pela forma como o sujeito elabora ou define a sua situação dentro de um dado fenômeno sócio-cultural, no nosso caso, o processo saúde- doença”
PORTAL CAPES	Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêutico	2016	“Ainda que com enfoques diversos, ela permite a incorporação e ampliação de significados presentes na trajetória das pessoas quando buscam a solução de alguma questão relacionada à saúde e que não se restringem a um fluxo predeterminado e rígido, envolvendo tão somente as instituições de saúde, o diagnóstico e tratamento de doenças ou os médicos e suas prescrições.”

Tabela 2 – Descrição dos artigos analisados (Continuação)

BASE DE DADOS	TITULO	ANO	DEFINIÇÃO DE ITINERARIO TERAPEUTICO
PORTAL CAPES	Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT	2010	“Por isso, os itinerários terapêuticos podem ser entendidos como ações humanas que se constituem pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada, capaz de gerar significações no curso de suas ações”
	Caminhos do cuidado - itinerários de pessoas que convivem com HIV	2012	“O itinerário terapêutico (IT) é o desenho de busca de cuidados que emerge das narrativas contadas pelos sujeitos que, quando relatadas oralmente nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista”
	O Percuro e seus Percalços: Itinerário Terapêutico nos Transtornos Alimentares	2016	“O termo itinerário terapêutico pode ser compreendido como a busca por cuidados terapêuticos (diagnóstico e tratamento). Os estudos que utilizam esse constructo têm como propósito descrever quais são os caminhos percorridos por pacientes e familiares (usuários dos serviços de saúde) na tentativa de sanarem seus problemas de saúde .Trata-se da construção gradual de um processo de escolha, avaliação e adesão a determinado tratamento de saúde.”

	"Tudo é sempre de muito!": produção de saúde entre travestis e transexuais	2017	"Tais itinerários extrapolam o monopólio da saúde das agências de saúde oficiais, alargando o espectro de conhecimentos, locais e práticas possíveis de saúde. Também questionam e subvertem os direitos que os agentes de saúde têm de regular e interditar medicamentos, procedimentos e outros dispositivos necessários à manutenção e transformação dos seus corpos."
--	--	------	---

Fonte: Próprio autor

É possível perceber que a pesquisa sobre itinerários terapêuticos tem crescido, sobretudo nos últimos cinco anos, porém, poucos artigos estão relacionados à saúde mental infantil. É possível notar também a diferença encontrada na importância do itinerário terapêutico ao longo dos anos, não sendo somente um estudo de "uma cadeia sucessiva de eventos" (REINALDO; SAEKI, 2004), mas ganhando reconhecimento na gestão dos serviços de saúde e atribuindo importância ao discurso do paciente e família, atribuindo significados e sentidos no modo de fazer saúde.

No que se refere ao itinerário terapêutico de crianças e adolescentes em saúde mental, é observado uma precariedade no trabalho e ausência de espaço para o sofrimento institucional, observando uma "baixa capacidade de interlocução entre as poucas organizações existentes" (PEREIRA, 2014) e, sobre as famílias que acompanham crianças em tratamento em saúde mental, observa-se pouco tempo dedicado ao autocuidado dos familiares, desgaste emocional e a constante "peregrinação" entre os serviços de educação e saúde, como uma forma de sustentar as necessidades do usuário (FAVERO-NUNES, 2010). Observamos, então, que a elaboração do itinerário terapêutico para famílias de crianças em tratamento em saúde mental, na cidade de Sobral-Ce, surge como uma ferramenta de cuidado e de planejamento dos serviços públicos.

As entrevistas realizadas a seguir foram analisadas a partir do referencial fenomenológico, que permite a observação dos entrevistados e a autopercepção do pesquisador, no modo em que lidam com as situações que emergem no momento do encontro e que dão espaço para a valorização da fala e dos modos de sentir, durante a entrevista.

4 METODOLOGIA

A pesquisa apresentada tem como interesse analisar os itinerários de famílias que acompanham crianças que realizam algum tipo de tratamento em saúde mental, na cidade de Sobral-CE. Para isto, foram realizados estudos sobre a construção do campo da saúde mental infantil em uma perspectiva mundial, em termos gerais, e no cenário das Políticas Públicas de Saúde Mental do Brasil.

Em seguida, realizou-se uma pesquisa a campo sobre os itinerários de familiares acompanhantes de crianças em tratamento de saúde mental selecionados para análise, a fim de compreender numa perspectiva fenomenológica o mundo vivido na experiência do familiar participante da pesquisa em questão.

4.1 Natureza da Pesquisa

O estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, utiliza o método qualitativo pelos objetivos traçados e o descritivo pela finalidade da pesquisa. A análise dos itinerários terapêuticos aponta para uma base histórica, pois, se constrói, segundo Minayo (2006, p. 104), em um determinado espaço e se organiza em um modo particular. A metodologia de estudo nas ciências sociais valoriza, segundo a autora: a historicidade, ou seja o lugar entre presente, passado e futuro no que será observado; uma consciência histórica do sentido atribuído em cada experiência e intencionalidade das ações; a identidade entre pesquisador e objeto de estudo; e um caráter ideológico, que evidenciará as visões diante de um fenômeno. Deste modo, o objeto de pesquisa é essencialmente qualitativo, pois aborda dentro do dinamismo, do individual e do coletivo a multiplicidade de significados e sentidos, aproximando, através de instrumentos e técnicas, a realidade da sociedade às teorias científicas.

A pesquisa será descritiva, que exige do investigador muitas informações sobre o que deseja pesquisar, descrevendo fatos e fenômenos de determinada realidade e utilizando geralmente como técnica de coleta de dados as entrevistas (TRIVIÑOS, 1987).

É importante salientar um elemento importante que Minayo (2009) traz ao conceituar a metodologia de uma pesquisa, ela diz que o “endeusamento” da técnica

pode trazer um caráter de “formalismo árido” ou de “respostas estereotipadas”, no mesmo passo que a falta de rigor metodológico pode gerar somente especulações ou respostas inconclusivas. Assim, ela defende que a criatividade do pesquisador valoriza e dá uma marca ao trabalho, a criatividade é o modo de ajustamento a partir de uma maneira sensível de compreender a realidade e o campo da pesquisa.

Ou seja, ela [*a pesquisa qualitativa*] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes (MINAYO, 2009, p.21, grifo nosso).

A partir do que se compreende das características do método qualitativo, é possível estabelecer relações com a abordagem fenomenológica. Essa abordagem propõe retornar às experiências subjetivas das pessoas e os significados que elas atribuem a fatos ou situações recortadas como objeto de investigação.

Nesse caso da pesquisa, o recorte que será utilizado é da análise do itinerário terapêutico, a busca por tratamento em saúde mental para crianças e de como esse público lida com o processo saúde/doença. Desse modo, na abordagem fenomenológica, compreender o mundo vivido do paciente é observar os fenômenos conscientes, trazendo à luz do pensamento da pessoa que experiência o fenômeno em questão, através de uma análise descritiva e esmiuçada (SCARPARO, 2008, p.108).

4.3 Cenário da Pesquisa

O campo de pesquisa do presente estudo será o Sistema de Saúde do município de Sobral – Ceará e, a depender dos itinerários, pode-se percorrer caminhos no sistema educacional, religioso, etc. Segundo informações do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) e do Ministério da Saúde, o município de Sobral conta com três hospitais gerais, dois hospitais especializados, 39 Centros de Saúde da Família e tem a população de 2016 estimada em 203.682 habitantes (BRASIL, 2017).

A Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM) será o campo de referência para a busca dos participantes da pesquisa, que se constitui em “uma atuação pautada na intersetorialidade, estabelecendo parcerias com dispositivos governamentais e não governamentais, visando à ampliação do acesso das pessoas com transtornos mentais a outras políticas públicas de inclusão social (SÁ; BARROS; COSTA, 2007, p.28)”.

O estudo contará com a pesquisa dos atendimentos, inicialmente, no Centro de Atenção Psicossocial Geral Damião Ximenes Lopes, em Sobral. A escolha por estes territórios se dá por ser a unidade de referência no que se refere ao atendimento em saúde mental infantil.

O CAPS é um serviço de saúde pública e comunitária, de atenção secundária, integra a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental (RAISM), amparado pelo SUS. O CAPS recebeu a classificação tipo II em 2002, pelo Ministério da Saúde e é hoje o lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com “transtornos mentais, psicose, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidados intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (SOBRAL, 2019).

4.4 Participantes do estudo

Os sujeitos da pesquisa definidos foram 10 famílias acompanhantes de 11 crianças (duas são irmãos gêmeos) que estiveram sob algum tratamento em saúde mental infantil na rede de saúde pública do município de Sobral-CE e que permaneçam sob tratamento no ano de 2019.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: familiares que acompanham crianças menores de 12 anos em tratamento de saúde mental na rede pública de saúde; familiares maiores de 18 anos; o local de acompanhamento seja em Sobral-CE.

Os critérios de exclusão na participação dos familiares na pesquisa foram: ser menor de 18 anos; acompanhar adolescentes maiores de 12 anos.

Os sujeitos da pesquisa foram submetidos a uma breve identificação e entrevista semiestruturada, que serviram como base para o delineamento do itinerário terapêutico. O tipo de amostragem para a escolha dos sujeitos da pesquisa foi por conveniência, conforme os pacientes que estiveram presentes no CAPS nos dias escolhidos para a entrevista e que obedeciam os critérios de inclusão.

4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

A técnica de coleta de dados será a entrevista semiestruturada, os registros através do uso de gravação de áudio, possibilitando uma compreensão detalhada da pesquisa. A escolha da entrevista semiestruturada se deu por ser considerada como:

...em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p.145).

Ou seja, permite ao pesquisador uma maior interação e diálogo com o entrevistado, havendo, inicialmente, uma estrutura básica para as informações que sirvam como resposta para o problema da pesquisa, mas dando margem às perguntas e aos outros dados importantes que surgirem no decorrer da entrevista.

Segundo Laville (1999), o registro através da gravação das entrevistas facilita, junto aos outros instrumentos, o detalhamento do contato, ampliando as descrições dos fenômenos e dando conta do que a memorização do pesquisador não é capaz de suprir no momento da entrevista.

Serão realizados após as entrevistas a transcrição de dados, a leitura dos textos contidos na unidade de análise e a visualização das ideias centrais sobre o tema, realizando uma categorização dos temas de análise, que estarão ligados diretamente com a escolha dos objetivos da pesquisa e da questão norteadora.

A partir das categorias de análise escolhidas, a pesquisa será descrita e observada com um olhar fenomenológico, compreendendo de que modo o sujeito se afirma no mundo como um modo de ser ou de vivenciar o adoecimento mental.

Depois da leitura das categorias emergentes nos discursos dos sujeitos entrevistados e da elaboração das categorias, serão recortadas as falas dos sujeitos e encaixadas nas categorias correspondentes, fazendo um paralelo do referencial teórico com aquilo que foi colhido em campo.

O método fenomenológico à pesquisa empírica é alvo de ajustamentos, uma vez que parte do campo filosófico de Husserl. A análise na pesquisa está desenhada na busca do significado baseada na redução fenomenológica e na postura intersubjetiva ao longo do processo de construção de um conhecimento (ROCHA, CARDOSO, 2017)

A análise desses itinerários terá como base de estudo o referencial da fenomenologia, postura que deu base aos estudos da antipsiquiatria e que compreende a doença enquanto dimensão da vida do homem. Edmund Husserl elaborou a fenomenologia não somente como uma ciência, mas também como um método filosófico e uma atitude, ou seja, nesta abordagem o pesquisador percebe o mundo através de sua experiência imediata com o fenômeno, buscando uma observação descritiva “das coisas mesmas” e não somente uma explicação sobre elas (HUSSERL, 2001). Para uma melhor compreensão do método fenomenológico de investigação, será descrito conceitos base da fenomenologia e de como podemos observar a condução de sua aplicação em uma pesquisa científica. Observa-se, então, a necessidade de compreender a experiência da busca pelo tratamento em saúde mental e de procurar entendê-la a partir do existir do homem (SPOHR, SCHNEIDER 2009).

Utilizar o instrumento de itinerário terapêutico nesta pesquisa diz sobre o interesse de compreender como e em que momento as pessoas buscam ajuda para responderem ao seu sofrimento físico e mental, pois nem sempre essa procura obedece ao fluxo institucionalizado de atendimento, ou seja, há uma subjetividade dentro da escolha individual ou coletiva do tratamento, do modo de enfrentamento da doença e de quem ocupa esse lugar de saber na vida dos sujeitos (CABRAL, 2011; GERHARDT, 2006).

4.6 Aspectos éticos

Os aspectos éticos da pesquisa, envolvendo seres humanos, obedece a lei de resolução CNS466/12 e 510/2016, e o Conselho Nacional de Saúde, no qual normatiza o respeito pela dignidade humana, bem como a submissão a Comissão Científica da Secretaria da Saúde e do Comitê de Ética e Pesquisa, da Plataforma Brasil. Também será submetido ao comitê de ética da prefeitura de Sobral, na Escola de Saúde da Família. Serão utilizados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE), onde será explanado sobre os riscos e benefícios da pesquisa, possibilitando a desistência do participante a qualquer momento e garantindo o sigilo de todas as informações de identificação na pesquisa.

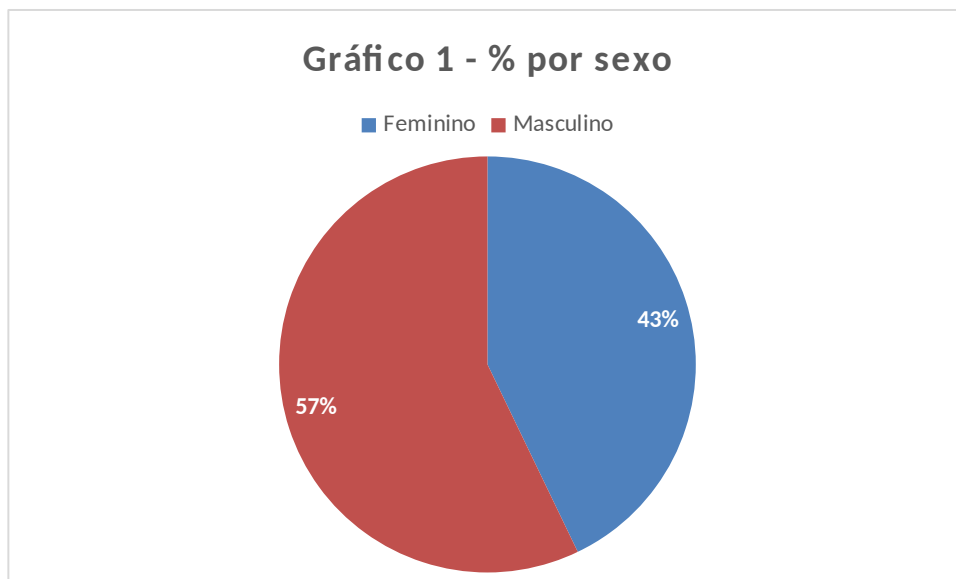
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Contextualização da pesquisa e dados do CAPS

A visita e coleta de dados da pesquisa ocorreram no mês de dezembro de 2019, a partir de visitas, entrevistas e caracterização do local. O primeiro encontro resultou de uma conversa inicial com a coordenadora do CAPS Geral Damião Ximenes Lopes sobre a apresentação do projeto e intuito da pesquisa. Nesta ocasião, a coordenadora apresentou a pesquisadora a todos os profissionais que estavam trabalhando naquele dia, facilitando as indicações de entrevistas e explicando qual seria o público-alvo da pesquisa. Os pacientes entrevistados foram escolhidos pelos dias que a pesquisadora esteve no CAPS e que concordaram em participar da pesquisa, sendo uma amostra de 10 famílias que acompanhavam seus respectivos parentes. Houve a oportunidade de conversar, individualmente, com um dos psicólogos do CAPS, com a psicopedagoga e com a enfermeira do CAPS, que se mostraram muito solícitos, inclusive, discutiram alguns casos de pacientes que eram acompanhados por eles e que foi realizada a entrevista. No primeiro contato que houve com a equipe, também foi apresentado para a pesquisadora o sistema que os profissionais do CAPS tem alimentado sobre atendimentos à crianças na instituição, o que auxiliou bastante para entender um panorama geral dos atendimentos infantis realizado até o ano de 2019.

Esse sistema servirá como base deste trabalho para sinalizar o campo de encaminhamentos, diagnóstico e idade das crianças atendidas. Na análise geral do sistema, foi observado o cadastro de 262 crianças e adolescentes (0 a 18 anos) atendidos até o ano de 2019. As informações contidas no sistema referiam-se ao: número de prontuário, nome completo, diagnóstico (cid10) ou hipótese diagnóstica, se estavam ativos ou inativos nos serviços do CAPS, o acompanhamento que realizavam, idade, data de nascimento, sexo, centro de saúde do paciente, por quem foi encaminhado, motivo do encaminhamento e se houve indicação da escola. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: dados de crianças de até 12 anos e informações completas no sistema alimentado. O que resultou no número de 98 pacientes, listados no sistema, no qual obedeciam aos critérios de interesse da pesquisa.

Segundo o gráfico 1, os dados analisados correspondem a 57% de pacientes do sexo masculino (56 pessoas) e 43% de pacientes do sexo feminino (42 pessoas), ambas de até doze anos. Estudos nacionais têm mostrado um aumento da procura por atendimento em crianças e adolescentes, sendo maior parte o público de meninos (DELVAN et al,2010; MACHADO et al, 2014; THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014). No entanto, o recorte dessa pesquisa tem sido mais em ambientes como hospitais e serviços especializados ou clinica-escola, sendo mais reduzidos os estudos referentes a serviços público de saúde, como por exemplo os CAPS geral e infantil (SANTOS, 2006).

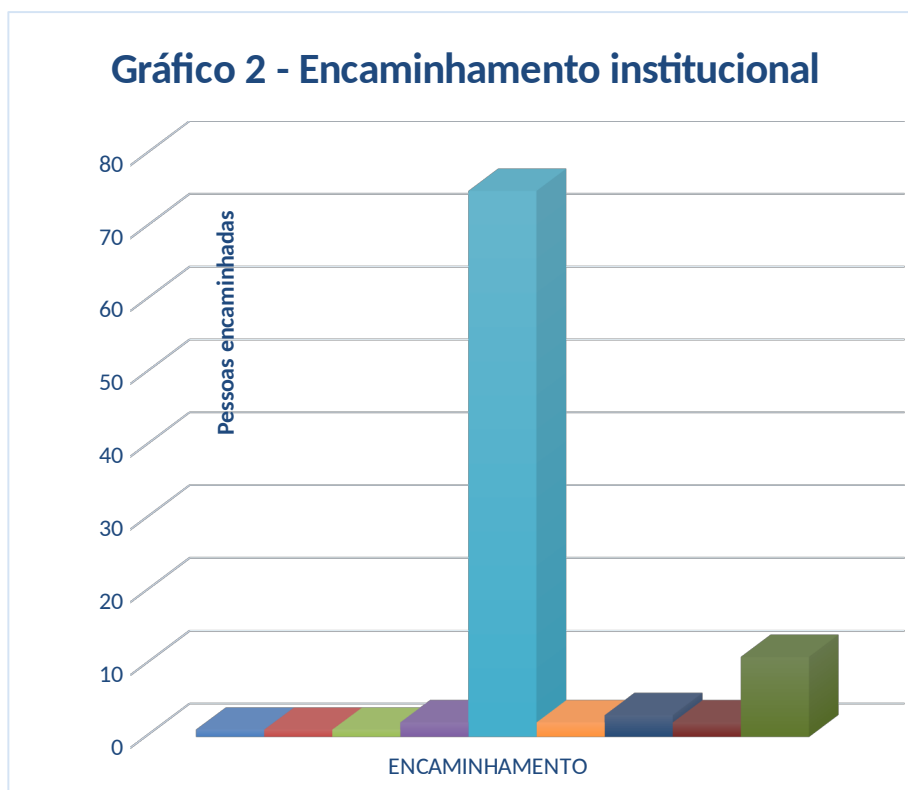


Fonte: Próprio autor

Observa-se a partir do gráfico acima, o resultado quanto à prevalência de meninos que utilizam os serviços de saúde no CAPS ao de meninas, esse dado pode-se dever também ao fato de muitas demandas de crianças e adolescentes que chegam até o CAPS de Sobral estão ligadas a alguns transtornos de conduta, o que se destaca, principalmente, pela maior incidência em pessoas do sexo masculino. Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014), além da associação do sexo masculino aos transtornos de conduta, alimentado pela agressividade também mais presente entre meninos, está também relacionado ao uso precoce de substâncias psicoativas e manifestação de depressão. Esse cenário sinaliza também um viés cultural, além de biológico e genético, para esses transtornos no sexo masculino. O menino é, muitas vezes, ensinado desde cedo a não chorar, não falar sobre o que sente, tem maior incentivo ao acesso ao álcool e uma contribuição para comportamentos agressivos,

o que pode causar uma maior repressão e desencadeamento de alguns transtornos psiquiátricos.

Outro dado que foi gerado após a pesquisa ao sistema, que está sendo alimentado sobre o atendimento a crianças e adolescentes no CAPS de Sobral, foi ao que se referia aos encaminhamentos, por onde as famílias passaram até chegar ao CAPS. No gráfico 2, percebemos que 76% dos pacientes (75 crianças) foram encaminhados do Centro de Saúde da Família, outras instituições como Delegacia, CREAS, Abrigo Domiciliar e afins tiveram 11 encaminhamentos, seguidos de 3 encaminhamentos das escolas. Observa-se que os dados do gráfico 2 mostram as instituições CEM (Centro de Especialidades Médicas de Sobral), Conselho Tutelar e CPA (Centro de Psicologia Aplicada) com somente um encaminhamento para o CAPS, porém, durante as entrevistas foi observado que o itinerário de alguns pacientes passavam por estas instituições, principalmente o CEM, porém a maioria dos encaminhamentos surgem dos Centros de Saúde da Família.



Fonte: próprio autor

O número de encaminhamentos vindos do CSF ser maior é explicado também pelo fato da Unidade Básica de Saúde ser considerada a “porta de entrada” para os serviços, a depender da demanda são encaminhados para outros níveis de atenção.

No caderno de Atenção Básica, recomenda-se aos pacientes com demanda em saúde mental que sejam “reavaliados pela equipe da APS, o mais brevemente possível, a fim de iniciar o acompanhamento do caso em conjunto com a equipe de Saúde Mental e de identificar a necessidade de encaminhamento para serviços de saúde mental de referência” (BRASIL, 2011, p.227).

Quando falamos do encaminhamento em saúde mental para crianças, o texto do Caderno de Atenção Básica é claro quando fala sobre a importância da intersetorialidade nos casos de atendimentos às crianças e aos adolescentes. O que faz com que essa intersetorialidade não seja exclusiva ao campo da saúde, como CSF, hospitais e CAPS, mas também a outras extensões do território, como a escola.

A interface da AB com as escolas do território também possibilita a implementação de ações de promoção da saúde mental e prevenção de problemas nesta área. Em muitas situações, a unidade de saúde se limita a referendar o encaminhamento da escola para um especialista. É fundamental, no entanto, que a equipe invista em uma mudança de paradigma: as escolas devem ser vistas também como pontos de saúde ampliados (BRASIL, 2013)

Sendo assim, é papel da Atenção Básica a construção de um Projeto Terapêutico Singular, sendo um projeto de cuidado individual e personalíssimo para a criança e o adolescente, a partir de uma discussão com a família e sua rede de apoio. Sempre que necessário, o projeto deve ser tecido com as equipes do NASF, CAPS, CAPSi e outros, para que haja uma corresponsabilização do cuidado ao respectivo paciente e familiar.

Levamos, então, o seguinte questionamento: que serviços especializados em saúde mental são voltados para o público de crianças e adolescentes? Vemos nos documentos oficiais um desenho muito claro de como deve ocorrer tais ações, porém, quais iniciativas encontramos na cidade de Sobral, como campo de referência no cuidado em saúde mental para crianças?

A percepção da pesquisadora na aproximação com o campo de estudo é que cada vez mais tem se suprimido o lugar do cuidado em saúde mental. Tal percepção se fundamenta, primeiro, pela mudança nos últimos anos do próprio local destinado ao funcionamento do CAPS, deslocado de uma casa nobre, ampla e no “coração” da cidade para uma casa pequena, pouco arejada e com nenhuma adaptação à acessibilidade e cuidado às crianças. Além das percepções estruturais do serviço,

vemos uma mudança também em como esses atendimentos têm sido ofertado nos últimos anos. Segundo o relato dos profissionais e pacientes do CAPS, na cidade de Sobral, funcionavam no CAPS, além dos atendimentos individuais, atendimentos familiares, grupos de crianças e grupo de pais, reduzindo hoje em dia todos esses serviços a somente o atendimento individual.

Oh mais essa sala é muito diferente de como era a outra casa, parece que tá é diminuindo. Ah mulher, eu achava muito bom quando era no outro, tinha o grupo das crianças e o grupo das mães, que a gente conversava, que tinha aquela terapia também que era muito bom. Eu participava, ajudava era muito, porque eu ia desabafando e era muito bom. Aqui não tem mais, mas a psicopedagoga me falou que vão conseguir um grupo para eles (Benta, entrevistada).

A queixa da entrevistada é partilhada também por alguns profissionais, que falavam sobre a falta de estrutura da sala, com poucos brinquedos e materiais lúdicos, além da “sala das crianças” ser a sala menos arejada no CAPS. É nítido, portanto, a necessidade de uma infraestrutura mais adequada para o atendimento, visto ainda que o CAPS Geral é um dos poucos e o principal lugar de referência para a saúde mental infantil na rede de assistência pública.

Quanto às demandas observadas no sistema das planilhas do CAPS, nota-se que uma das queixas iniciais mais presentes nos familiares é sobre a agressividade de seus filhos. Uma observação importante sobre os dados do gráfico 3, é que, comumente, encontra-se mais de uma queixa ou demanda por paciente, porém a nível de compreensão, selecionamos a queixa inicial registrada no sistema para melhor observação e cruzamento das informações.

Sendo assim, a agressividade combinada com outros comportamentos foi a demanda mais trazida pelos familiares aos profissionais do CAPS. Não nos detemos nesta pesquisa à nomeação dos transtornos, pois é ciente a complexidade do diagnóstico de transtornos mentais em crianças e, além disso, por uma leitura da pesquisadora sobre a visão de diagnósticos em doença mental, apoiamo-nos, nesta pesquisa, no conceito de “compreensão diagnóstica”, da Gestalt-terapia, abordagem psicológica.

Compreendendo o sujeito e o seu processo de adoecimento, então, como um modo de existir, não reduzindo o sujeito e a sua singularidade existencial, a um rótulo ou a um transtorno, questionando a existência de um padrão normativo e normalizante. Entretanto, a leitura gestáltica de “compreensão diagnóstica” não nega

a importância do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), mas traz a necessidade de entender o diagnóstico não somente como psicopatológico, mas também psicológico, ou seja, de observar o homem em sua totalidade, possibilitando a percepção do diagnóstico como parte do vivido do paciente, como uma manifestação do seu modo de existir (PINTO, 2015).

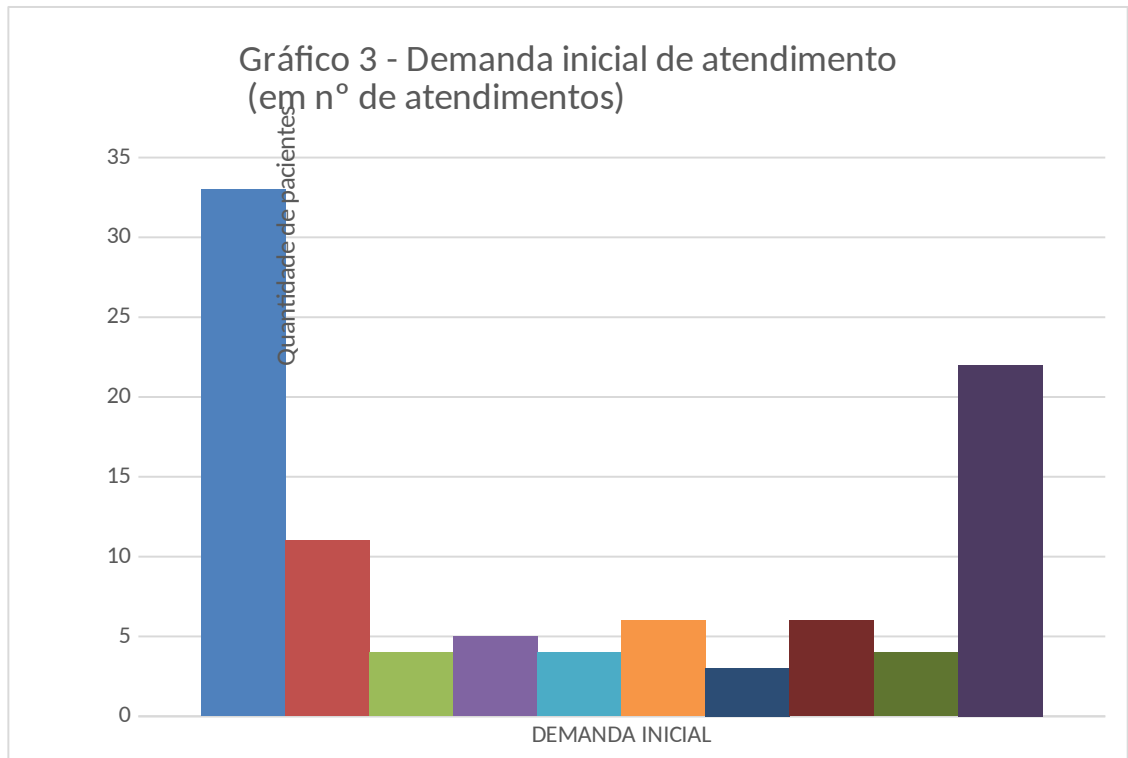
Procurando entender a singularidade de cada pessoa, a compreensão diagnóstica caminha do singular ao genérico, ao que é compartilhado com outras pessoas, para voltar ao singular, destacando melhor e com maior precisão e, além disso, o que há de 'positivo', de potencial realizado e de potencial a ser desenvolvido, sugerindo caminhos pelos quais o desenvolvimento pode ser retomado (PINTO, 2015, p.23).

Ainda nesta perspectiva da compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia, a autora Luciana Aguiar contribui com o olhar da compreensão diagnóstica em crianças, no que diz respeito:

No caso da compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia com crianças, tal perspectiva implica uma descrição da singularidade existencial da criança como parte de um campo cuja configuração total também é singular, dos elementos que o compõem, do modo como eles se relacionam, particularmente das relações cristalizadas em formas disfuncionais de busca de satisfação, com a identificação dos mecanismos de evitação de contato predominantes e das funções de contato distorcidas e/ou bloqueadas, além do levantamento dos recursos para transformação presentes no campo (AGUIAR, 2014).

Podemos entender, de modo simplificado que, para a autora, compreender o diagnóstico em crianças é entender que o adoecimento, e o diagnóstico, embora sejam compartilhados por características comuns a algum transtorno, trazem em suas composições características singulares tanto a criança em questão, quanto ao ambiente que ela está inserida. Ou seja, o adoecimento é algo relacional e processual, se traduz na forma em que cada sujeito encontrou seu modo de enfrentamento frente à um desajustamento, à uma doença.

Deste modo, a construção do Gráfico 3 não teve, necessariamente, uma obediência ao nome de um transtorno, mas sim de como a queixa foi referida (ex: choro fácil, agitação, etc). O topo das demandas recebidas referia-se à queixa de agressividade, seguida de agitação, choro fácil e dificuldade de socialização.



Fonte: próprio autor

Machado (2014) aponta a diferença entre problemas externalizantes (relacionados ao comportamento antissocial infantil) de problemas internalizantes, e a sua relação com a maior incidência de queixas como agressividade e agitação, por exemplo, no acolhimento em serviços de saúde mental.

Crianças com problemas externalizantes (como agressividade e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) têm maior probabilidade de ser encaminhadas para serviços de saúde mental que as com problemas internalizantes (como ansiedade e depressão). Como a prevalência de problemas externalizantes é maior entre os meninos, isso pode justificar o número superior de crianças do sexo masculino atendidas em serviços de saúde mental (MACHADO, 2014).

Do mesmo modo que há uma incidência de transtornos mentais em meninos do que em meninas em Sobral-CE, sendo similar aos dados nacionais sobre pesquisas semelhantes, a incidência das queixas observadas no Gráfico 3 também são congruentes à realidade de outros municípios, conforme resultado abaixo da pesquisa, que aponta que:

Os transtornos mentais mais prevalentes entre crianças e adolescentes foram depressão, transtornos de ansiedade, TDAH, por uso de substâncias e transtorno de conduta, associados principalmente com fatores biológicos,

genéticos e ambientais, tais como sexo masculino, histórico familiar de transtorno mental, violência familiar e comunitária e configuração familiar (THIENGO, CAVALCANTE, LOVISI, 2014).

Observa-se que as demandas no CAPS ou CAPSi que deveriam ser destinadas ao atendimento de crianças e adolescentes comprometidos psicologicamente, incluindo portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e outros que tem dificuldades em manter ou estabelecer laços sociais por sua condição psíquica, não são, na maioria das vezes, a demanda que os serviços de saúde mental mais recebem (BRASIL, 2004). Ao contrário, tem-se percebido um aumento de queixas escolares sobre mau rendimento escolar ou comportamento escolar inadequado (BELTRAMI, BOARINI, 2013),

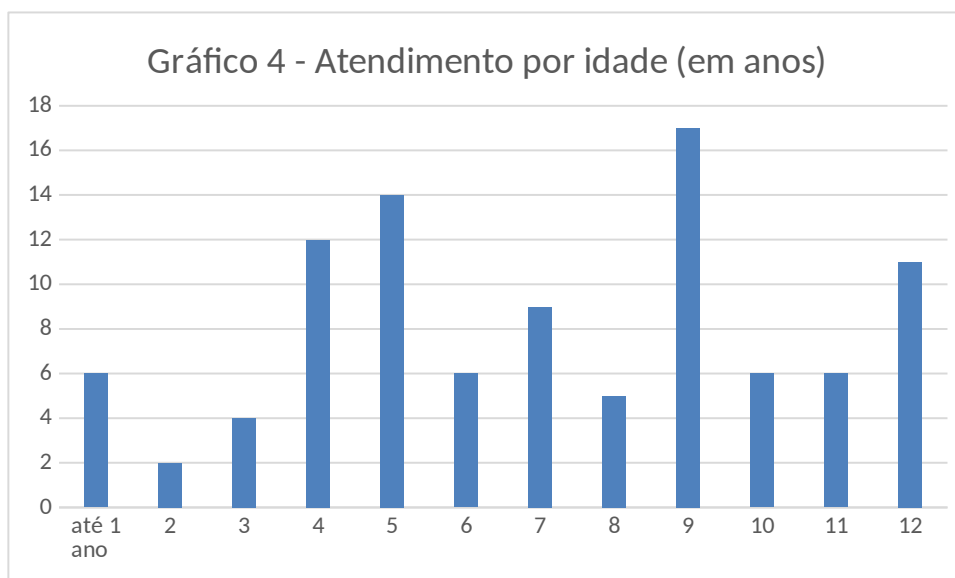
A questão a ser levantada aqui independe do “porquê” das tais queixas e demandas chegam até a rede de saúde mental, nos interessa nesta pesquisa o “como”. Como as crianças que frequentam os serviços de saúde mental ou que são encaminhadas até eles são vistas pela família e escola? Como essas crianças e famílias encontram suporte no CAPS? Como os profissionais do CAPS compreendem esses dados sobre doença mental e infância apresentados no serviço?

É necessário analisar como o campo da sociedade contemporânea se tornou para as crianças e adolescentes, um lugar aversivo e adoecedor. O fato é que não só no público infantil, mas na sociedade em geral têm crescido as demandas referentes às doenças mentais. Zigmund Bauman, ao falar sobre as características da modernidade líquida, menciona que “quanto mais eficazes a tendência à homogeneidade e o esforço para eliminar a diferença, tanto mais difícil sentir-se à vontade em presença de estranhos, tanto mais ameaçadora a diferença e tanto mais intensa a ansiedade que ela gera” (BAUMAN, 2001, p.123). Essa citação provoca uma reflexão sobre a intencionalidade dos sistemas de cuidado em saúde mental, já que a tendência normalizante no cuidado biomédico ao público de usuários de serviços de saúde mental não deixa de ser uma tentativa de homogeneidade, nesse caso, de como as crianças devem ser, comportar-se e constituir-se enquanto sujeito.

A cultura moderna, portanto, tem ditado as relações estabelecidas, o modo de viver e as condições de educação das crianças. Ao mesmo tempo que a criança é influenciada nos espaços formais de educação, ela também é enviesada pelo campo

das produções midiáticas. Esse cenário também nos diz sobre a relação do aumento de alguns comportamentos e transtornos em crianças, por exemplo, o acesso às mídias e meios tecnológicos para as crianças podem influenciar diretamente no aumento ou fator de risco para o desenvolvimento de hiperatividade em crianças (RA; CHO; STONE, 2018), bem como a institucionalização excessiva e a medicalização psicofarmacológicas prejudicam um desenvolvimento saudável da criança e a prevenção de doenças mentais em adolescentes (OMS, 2018).

Finalizando os dados coletados no sistema acessado, podemos concluir sobre uma informação importante a ser analisada: a idade das crianças que passam a ser atendidas no serviço público em saúde mental em Sobral-CE. O gráfico 4 mostra, então, um aumento da procura por tratamento para crianças na idade entre quatro e cinco anos e aos nove anos, fases caracterizadas pelo início da escolarização da criança (alfabetização) e o início da pré-adolescência, respectivamente. Porém, o que se destaca como objeto de análise nos dados do gráfico é a quantidade de procura para tratamento mental de crianças até um ano de idade, sendo superior às quantidades de atendimentos para crianças de dois, três e oito anos.



Fonte: próprio autor

Observa-se uma escassez de pesquisas referentes à psiquê do bebê (até um ano) e ao diagnóstico de transtornos mentais conclusivo em crianças de até quatro anos, por exemplo. Sendo mais comuns pesquisas voltadas para a temática da

relação da mãe e o bebê e, recentemente, pesquisas voltadas para o estudo de prevenção de autismo em bebês (ADURENS; MELO,2017). Tais estudos, em sua maioria, mencionam a necessidade de uma estimulação precoce do desenvolvimento motor do bebê e a construção da relação do bebê com o reconhecimento do Outro, antecipando sua presença (LASNIK, 2013).

Cabe-nos questionar de que modo a intervenção e o tratamento em saúde mental às crianças menores de um ano são eficazes e, principalmente, necessárias para a prevenção de autismo (supondo que fosse possível) ou a qualquer outro transtorno mental em bebês. Levanta-se, portanto, o questionamento se não seria mais compreensível o acolhimento e acompanhamento dos pais ao invés do enfoque ser somente na terapêutica do bebê. Ou seja, se a demanda vem de um adulto em nome de uma criança, por que não dar espaço e escuta para que essa angústia da maternagem e paternagem apareça também como prioridade no tratamento em saúde mental de crianças? Falaríamos, então, não somente do projeto terapêutico para o cuidado das crianças, mas sobretudo ao cuidado das famílias.

Em um âmbito geral, podemos citar Delgado (2007) apud. Beltrame e Boarini (2013), quando falam da perspectiva da falta de cuidado público em saúde mental para crianças e adolescentes, afirmam que:

No Brasil, é histórica a omissão da saúde pública no direcionamento das políticas de saúde mental para a infância e a adolescência. Essa, porém, é uma omissão que não se restringe ao Brasil, conforme nos revela o Relatório sobre a Saúde no Mundo, divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, em 2001, cujos dados apontam que mais de 90% dos países não possuíam, até aquele momento, políticas de saúde mental que incluíssem crianças e adolescentes (DELGADO,2007).

Cabe-nos, portanto, em uma perspectiva regional da cidade de Sobral, a possibilidade de alertar sobre a importância e papel que o cuidado e serviço especializado às crianças trás para a sociedade. Observando também a necessidade da população entender a importância acerca da função do CAPS para uma fiscalização e aproximação maior do serviço oferecido, contando com o engajamento popular e das famílias, como um modo de assegurar uma transformação efetiva nos serviços de saúde mental.

5.2 A história do itinerário: percalços e percursos

5.2.1. Caracterização do público entrevistado

A pesquisa foi realizada no CAPS Geral da cidade de Sobral e contou com a entrevista de pais e responsáveis de 10 crianças acompanhadas no serviço, sendo que dessas 10 crianças duas são irmãos e ambos frequentam o serviço do CAPS, nomeados na pesquisa de Caim e Abel. Todos os nomes das crianças e responsáveis citados na pesquisa são fictícios e fazem alusão a algum personagem de histórias sobre crianças (tabela 5). Os responsáveis leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), o Consentimento pós-informado (Apêndice B) e responderam o Questionário Sociodemográfico e clínico (Apêndice C). Houve na pesquisa a desistência de um responsável que não quis participar da pesquisa devido ao tempo que teria para realizar outros compromissos do dia, não sendo, portanto, apresentado suas respostas nesta pesquisa.

Tabela 5 – Nomes dos responsáveis e crianças (fictício)

FAMILIA	RESPONSÁVEIS	PARENTESCO	FILHO(A)
A			
01	Bela	Mae	Branca
02	Talia e Stefano	Mãe e amigo	Aurora
03	Ana	Mãe	Tiana
04	Lucia	Mãe	Bem
05	Diana	Mãe	Dexter
06	Eva	Mãe	Caim
06	Eva	Mãe	Abel
07	Katia	Avó	Pam
08	Maria	Mãe	Bruce
09	Magali	Mãe	Chico
10	Andy e Hanna	Pai e mãe	Woody

Fonte: próprio autor

Os levantamentos com base no Questionário Sociodemográfico e clínico demonstram que das 11 crianças acompanhadas pelas famílias, 4 são meninas e 7 são meninos; a idade das crianças variam entre 02 a 12 anos, sendo 01 criança de 02 anos, 01 criança de 06 anos, 02 crianças de 07 anos, 04 crianças de 10 anos, 01 criança de 11 anos e 02 crianças de 12 anos; quanto ao diagnóstico estão dos mais variados e alguns diagnósticos ainda não concluídos, como atraso no desenvolvimento, TDAH, agressividade, hiperatividade, esquizofrenia e autismo, até diagnósticos que não tinham somente uma relação com o campo da saúde mental, como hipotireoidismo, doença renal e taquicardia.

No que se refere ao perfil da família, o questionário apresenta uma predominância de familiares que não concluíram ensino médio e nenhum que tenha concluído ensino superior. Também foi observado que oito famílias moram em Sobral e outras três em distritos sobralenses. O encaminhamento se deu em três casos por diferentes hospitais de Fortaleza-CE, quatro encaminhamentos por postos de saúde, um de CRAS, um de pediatra, um de neurologista e um por demanda espontânea no CAPS. Os serviços de saúde que as crianças utilizam simultâneas ao CAPS e que tenham uma interdisciplinaridade com a demanda apresentada se diferem em serviços de atendimento em hospitais especializados de Fortaleza, Serviço de Psicologia Aplicada da UFC, Centro de Especialidades Médicas de Sobral, neurologista, fonoaudióloga e pediatra. Somente três pacientes utilizam com exclusividade os serviços ofertados pelo CAPS Geral.

Tal levantamento do perfil dos pacientes e famílias entrevistados serviu para que fosse possível analisar e cruzar os dados obtidos com os dados observados nas pesquisas referente ao cenário nacional e do próprio perfil do CAPS da cidade, o que demonstrou uma semelhança entre as informações coletadas dadas às proporcionalidades.

5.2.2. Não largue a minha mão: a experiência do cuidado

*“-Me desculpa, mãe, eu tava com medo!
-Mas quando você ficar com medo, meu filho,
não largue a minha mão” (Maria, entrevistada)*

A construção desse capítulo se tornou, pelo olhar da pesquisadora, o “coração” do trabalho, o que fez este trabalho pulsar e circular por todas as outras

temáticas já apresentadas até agora. Esse trabalho, por meio de uma postura fenomenológica e uma análise clínica pelo olhar da Gestalt-terapia, faz menção a uma atitude ética, frente às temáticas aqui descritas. A necessidade de falar sobre fenomenologia e Gestalt-terapia juntas é porque, segundo Granzotto, “a fenomenologia é uma filosofia e a Gestalt é uma clínica” (2007, p.238). Desse modo, a fenomenologia aparece como uma alternativa metodológica para a pesquisa, em que a preocupação será em mostrar, e não demonstrar o fenômeno, sendo assim, a partir de uma rigorosa descrição se chegará à essência do fenômeno (MARTINS, BOEMER, FERRAZ, 1990).

Para todo fenômeno, deve existir alguma relação ou contato com o objeto descrito. O contato, por assim chamar, é o modo de estar no mundo, em suas relações. Ribeiro (2017), em “O ciclo do contato”, traz nove tipos de mecanismos neuróticos, ou mecanismos de bloqueio de contato, que são os modos do sujeito lidar de maneira neurótica ou desajustada com o mundo ao seu redor.

Contato é muito mais que interagir com o outro, pessoa, coisa. Contato pleno, Gestalt plena é um encontro amoroso de cumplicidade com a totalidade do ser e do existir do outro. Para isto, é preciso que não percamos a dimensão bio-psico-socio-espirituais e, dizendo de outro modo, que somos animais-rationais-ambientais, pois é através dessas dimensões que o contato compre o seu processo interno de promover nossa humanidade (RIBEIRO, 2017, p.26)

Nessa ótica, conseguimos relacionar os desajustamentos que surgem como um modo também de adoecimento psíquico ou de doença mental. Como foi dito em outro momento não nos interessa necessariamente o porquê do adoecimento mental, mas sim “como” o sujeito consegue lidar com o que o campo lhe apresenta no momento do aqui-agora. Desse modo, todo sintoma é uma forma que o organismo encontra de se auto-regular, como uma tentativa de resistência e autopreservação (RIBEIRO, 2007). Neste momento, o foco não é limitado a uma doença ou transtorno nomeado no DSM, mas sim ao relato do sofrimento, com o modo de ser perceber no mundo e consigo mesmo frente à sua organização orgânica, à sua busca de homeostase.

Por isso, a insistência ao falar sobre a ética na fenomenologia e na clínica gestáltica, pois a ideia não é criar uma postura de julgamento ou uma ética baseada em códigos de conduta, mas uma ética da diversidade, da inclusão e da transformação, possibilitando entrar em contato com o outro, privilegiando a

diferença e a dialogicidade, assim, dando espaço para a descoberta e a criação (TÁVORA, QUADROS & SOARES, 2009).

Segundo Martis, Boemer, Ferraz (1990), a pesquisa fenomenológica surge com um problema, uma questão de pesquisa, o foco nos fenômenos e não nos fatos, pois recusa e desconstrói conceitos prévios, dando espaço para os sentimentos do pesquisador e da descrição dos sujeitos participantes da pesquisa, alcançando uma subjetividade na fenomenologia.

Esse encontro valoriza a experiência do pesquisador, um contato direto com a experiência vivida, não há, portanto, uma interpretação por parte do pesquisador do que o sujeito vive e sim uma descrição do que aparece pelos gestos, pela fala, pelo que é nomeado, dito e não dito, sendo interessante para o pesquisador o acesso à descrição da experiência.

Como a pesquisa fenomenológica abre o campo para a descrição do próprio processo vivencial do pesquisador, iniciarei falando sobre os primeiros contatos que tive com o campo de coleta de dados da pesquisa, o CAPS, seguida da experiência verbalizada de alguns entrevistados e da minha experiência de contato com os próprios entrevistados.

O contato inicial com o campo foi, inicialmente, desconfortável. O lugar era composto, em sua maioria, por pessoas que não eram familiares à pesquisadora e parecia não haver espaço físico para as pessoas, para os documentos, para os profissionais. A impressão foi que ali parecia um lugar compacto, visto o fluxo de pessoas que transitavam por lá, em algumas vezes chegava a ser difícil achar alguns profissionais e pacientes que circulavam pelo CAPS. À medida que foi apresentada à equipe houve uma maior liberdade de encontrar e entrevistar as famílias que participaram da pesquisa.

Ainda observando o espaço ocupado, percebeu-se que não havia uma acessibilidade adequada para a circulação de crianças no local. Sendo a escada, por exemplo, o único acesso à sala de materiais lúdicos e à sala de grupo. Além disso, a sala destinada ao atendimento infantil não dispunha de nenhuma climatização ou espaço para a criança ocupar em suas brincadeiras e criações. Inclusive, foi nessa sala que ocorreram a maior parte das entrevistas.

Ao receber e ser recebida pelas famílias entrevistadas notou-se duas posturas. Primeiro, a da pesquisadora, em demonstrar um interesse em realizar a

entrevista ao mesmo tempo que não atrapalhasse o fluxo do sistema, pois todos os entrevistados haviam ido até o CAPS para realizar consulta com algum profissional do serviço, por isso, na fila de espera havia o convite para participar da entrevista. E segundo, das famílias, que em muitos momentos, mesmo sendo esclarecido que o objetivo daquele contato seria somente uma entrevista, esperavam da fala da pesquisadora uma resposta para algo, questionando como funcionava o serviço, qual a opinião da pesquisadora sobre o comportamento da criança ou até mesmo buscando um suporte, quando falavam de situações mais íntimas sobre o sofrimento que viviam naquele momento. Este lugar de contato na pesquisa com os entrevistados diz também sobre o processo de ser pesquisador e a afetividade envolvida nessa troca e na escolha do objeto de estudo, pois “os vínculos afetivamente positivos estabelecidos entre sujeito (orientando) e objeto (prática da pesquisa científica) são essenciais para o processo de constituição do sujeito como pesquisador” (NOGUEIRA; LEITE, 2014)

Deste modo, a entrevista ocorreu em dias diferentes, conforme as questões do Apêndice D. Respondendo a um dos objetivos da pesquisa, buscou-se compreender como foi realizada a trajetória para a busca de tratamento em saúde mental para as crianças, através das famílias. Sabe-se que o lugar do cuidado especializado à saúde mental infantil é uma realidade que ainda tem sido construída nos últimos anos, pois durante muito tempo as políticas públicas de saúde voltavam-se somente para uma saúde mental do adulto. O compromisso de assegurar a infância e a juventude em seus direitos fundamentais rompe histórico e culturalmente os desmandos políticos que esse segmento de saúde da população brasileira vem trazendo, como forma de também ampliar os modos de assistência e atenção infanto-juvenil (BRASIL, 2004).

Conforme esse cenário, foi perceptível que a maioria dos entrevistados não buscaram diretamente o CAPS ou outro serviço especializado em saúde mental infantil, mas a procura do serviço ocorreu a partir de um encaminhamento de outros dispositivos de saúde ou educação.

“Foi o Doutor que encaminhou. Eu já fazia atendimento no CAPS AD e não sabia que aqui atendia criança” (Catia).




“A mulher da creche, quando ele tinha dois anos, me dizia que ele não era normal, mas eu não acho, aí a diretora da creche conversou comigo dizendo

que aqui não era normal. A gente não quer que nossos filhos sejam doentes, mas Deus quer, fazer o quê?!". (Eva)

"No colégio que descobririam, eu achei que era besteira. Ai o problema dele foi agitando mais, foi agitando mais, aí eu fui atrás no posto e ele foi atendido pelo psiquiatra e depois encaminharam para cá" (Lucia)

No que se refere aos itinerários de cada paciente entrevistado, criou-se o seguinte esquema abaixo que ilustra o caminho percorrido por cada família na busca por tratamento em saúde mental, o que aponta uma diversidade nos modos de encaminhamento até a chegada no CAPS Geral Damião Ximenes Lopes.

Tabela 7 - Construção dos Itinerários Terapêuticos Esquemático

FAMÍLIAS	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO   
Família 01	AACD ¹ → Hosp. Sara Kubitschek → CAPS Geral DXL
Família 02	Hosp. Albert Sabin → CAPS Geral DXL
Família 03	Neurologista 1 → Neurologista 2 → Escola → Hosp. Do Coração → Pediatra → CAPS Geral DXL
Família 04	Escola → Fonoaudiólogo → CSF → CAPS Geral DXL
Família 05	CEM → CSF → CAPS Geral DXL
Família 06	Escola → CSF → CEM → CAPS Geral DXL
Família 07	Neurologista → CAPS Geral DXL
Família 08	Demanda espontânea CAPS Geral DXL
Família 09	Hospital Messejana → CAPS Geral DXL
Família 10	Escola → SPA → CRAS → CAPS Geral DXL

Fonte: próprio autor

*1AACC = Associação de Assistência à Criança Deficiente

A investigação dos itinerários terapêuticos aponta para a disponibilidade de serviços e a utilização dos mesmos, em uma rede intersetorial, contudo, a dimensão do itinerário pode ultrapassar as dimensões dos sistemas de saúde ou outros dispositivos articulados. Ou seja, a partir dos estudos sobre itinerários terapêuticos, são possíveis identificar outras experiências singulares na busca pelo cuidado

(MANGIA; YASUTAKI, 2008). Como nesta pesquisa a exploração do itinerário se limitou à fala das famílias entrevistadas, não foi possível perceber outras relações com a comunidade, além das já citadas.

A descoberta do diagnóstico de transtornos mentais é, geralmente, negada pelos familiares, que criam uma resistência para aceitação e tratamento. Assim, torna-se desafiador para os profissionais que se corresponsabilizam para o tratamento e diagnóstico do sujeito. Segundo Campelo, Costa e Colvero (2014), essa dificuldade se inscreve, principalmente:

Quando o diagnóstico é de uma doença mental, a princípio é difícil para os pais entender ou aceitar as informações fornecidas pelos médicos ou profissionais de saúde, muitas vezes porque o nível de estresse no momento da confirmação diagnóstica impede o entendimento e a retenção das informações fornecidas pela equipe (p.200)

Essa dificuldade também foi apresentada pelos pais entrevistados na pesquisa, pois observavam um estigma do “doente mental” para ser sustentado pela família, como se o diagnóstico nomeasse a criança como “louco” e a busca por tratamento fosse assumir uma realidade dolorosa para muitos. Essa frustração não é observada somente no momento do diagnóstico, o bebê, por exemplo, simbolicamente, não nasce com o parto, mas ele é inscrito no mundo quando ganha um nome, uma história pré-escrita e um endereçamento de um adulto, que já diz sobre como esse sujeito será acolhido em uma família e em uma sociedade (WINNICOTT, 2000).

Então, há uma frustração inerente à algumas famílias em perceber que seu filho dito “normal” não obedece às expectativas já criadas para ele antes do nascimento, maior se torna o embate quando se menciona a possibilidade de um diagnóstico em transtorno mental. Durante o questionamento de como tinha sido a descoberta do diagnóstico, percebeu-se um desconforto de algumas mães por não terem aceitado ainda o “problema” do filho, embora vissem a necessidade do tratamento que realizara. Diana, quando falou de sua experiência, baixava a cabeça, falava em um tom mais baixo, como se fosse esconder o que estava sendo dito:

“Foi, Doutora, muita cobrança e parte de mim não aceita como o meu filho é sabe? Não vou mentir. Ah não vou dizer assim ‘ah tu foi atrás porque o pessoal mandaram?’ Não. Só não fui atrás no momento, porque eu não aceitava o que meu filho era, agora eu tô vendo que meu filho realmente tá

precisando, tô aceitando ajuda médica e tudo que eu tô correndo atrás. Sei que eu posso ter muitas portas fechadas na minha cara, mas eu tô fazendo tudo o que posso fazer por ele.” (Diana)

Já Bela quando trouxe a sua história no tratamento de sua filha, Branca, parecia estar acostumada com a realidade que convivia há anos, embora parecesse pesar um pouco o fato de não conseguir trabalhar. A busca por tratamento iniciou após complicações pós-parto, em seguida, pelo atraso no desenvolvimento. A criança, durante a entrevista, revezava-se entre responder as perguntas junto à mãe ou cuidar de sua boneca que tinha sido riscado com caneta, o que a deixou muito emotiva.

“Sempre pra mim foi muito tranquilo, porque eu já me acostumei. Ela praticamente nasceu dentro de um hospital e permanece até hoje, porque eu nunca passei um mês sem ir ao hospital. Então, pra mim, é uma coisa natural, entendeu?” (Bela)

É possível perceber, então, a diversidade da forma de lidar com o diagnóstico no acompanhamento de famílias. A representação social da pessoa com doença mental passou por uma série de preconceitos e uma construção de uma imagem, ora como criança demoníaca, indominável ou selvagem, ora como indefesa, incapaz ou inocente (FOUCAULT, 1977). O que fundamenta ainda esse histórico desconforto no tratamento em saúde mental para as crianças, entendendo que nem sempre os familiares têm informações suficientes para a compreensão desse fenômeno.

Cada vez mais vemos um aumento nas pesquisas em ciências da saúde no fundamento das reflexões de práticas clínicas a partir da proposta filosófica da fenomenologia, principalmente no campo de estudo da enfermagem (GRAÇA, SANTOS, 2009). Ao observarmos o cenário atual da busca imediatista dos desejos e compromissos pessoais, a fluidez das relações e a prática automatizada e biomédica dos profissionais da saúde, vê-se a urgência e o desdobramento da compreensão de cuidado nas relações. A partir da fenomenologia do cuidado, de Heidegger, observa-se no ato de cuidar (“Sorge”) uma dimensão ontológica inerente ao homem, sendo um fundamento essencial para lidar com o mundo. O cuidado é um traço fundamental da presença (“Dasein”), o ser é da maneira que ele se manifesta:

O cuidado encerra o 'si-mesmo' na unidade de uma estrutura, que tanto possibilita a conquista do Dasein ao ganhar-se, quanto a sua perda, envolvido pelos entes intra-mundanos entre os quais se encontra [...]. A condição existencial de possibilidade de 'cuidado com a vida' e 'dedicação' deve ser concebida como cura num sentido originário, ou seja, ontológico (SAFRANSKI, 2005)

Desse modo, percebemos que a ontologia do cuidado em Heidegger não é apenas uma teorização sobre a ação, mas sim uma totalidade estrutural em que se encontra no todo em cada um dos seus momentos, como um aspecto existencial. As concretudes do cuidado precisam ser repensadas, analisadas e observadas em seu sentido primeiro, para além de compreendê-las como um manual a ser exercitado. O cuidar deve ser um estado permanente de desenvolvimento pessoal de um vi-a-ser.

O homem é essencialmente necessitado de ajuda, por estar sempre em perigo de se perder, de não conseguir lidar consigo. Este perigo é ligado à liberdade do homem. Toda a questão do poder-ser-doente está ligada à imperfeição de sua essência. Toda doença é uma perda de liberdade, uma limitação de possibilidade de viver (Heidegger, 1987/2009, p. 276).

No âmbito dessa pesquisa, resolveu-se pensar esse cuidado em três dimensões: profissional-paciente; família-paciente e família-família. Um ponto importante observado é sobre como essas famílias encontram apoio para o tratamento das crianças e também ao seu próprio cuidado, já que é comum muitas famílias deixarem de trabalhar para se dedicarem integralmente ao acompanhamento no tratamento de tais crianças ou até mesmo perceberem-se adoecidas ocupando o papel de cuidador. Gomes, Silva e Batista (2018), afirmam que através da convivência do familiar-cuidador com o paciente eles "tendem a experimentar sobrecarga física, psicológica, emocional, social e financeira manifestada nas atividades fora do contexto familiar e refletindo-se na qualidade de vida de todos os membros", como podemos observar nos relatos a seguir.

"Quem tá dentro sabe o que sente, quem tá fora acha que é frescura, que é besteira, mas só a gente que sabe. Porque eu sei a barra que eu aguento sozinha, porque eu moro sozinha com os três filhos, o pai está ali só para mandar o que precisa. [...] Tem hora que eu penso que nunca vai passar, que eu tenho vontade de deixar tudo e sair no meio da rua. Mas eu não posso, quem tem que aguentar tudo sou eu". (Ana)

"Aí ele disse 'não, mas ele é bem de saúde'. Meu senhor, só quem sabe se ele é bem de saúde sou eu, que convivo 24h com ele. Eu não posso nem trabalhar, porque tenho que ficar direto com ele. Ele já tentou matar os

irmãos dele duas vezes, o mais novo. Eu deixei de trabalhar para tomar conta dele, aí o médico não quer dar nem o benefício". (Lucia – sobre a consulta com o médico do INSS)

"Busquei ajuda aqui no CAPS só para ele, mas do jeito que as coisas ta indo, vou precisar para mim também, até para ajudar mais ele. Hoje em dia a gente passa por tanta coisa que a gente tem que ter um psicólogo também". (Diana)

Com isso, podemos refletir sobre a necessidade de autocuidado no processo de autoformação, ou seja, a partir de um esforço da pessoa em estar em um fazer reflexivo, entrando em contato com o mundo, dialogando e interpretando as situações do cotidiano é possível o ser humano se perceber como autocuidador, na plenitude da relação consigo mesmo. O Dasein está em movimento de mudança, a partir de suas projeções e sua responsabilidade pessoal. O autocuidado pode ocorrer, inclusive, na escuta de si e no que se manifesta (Heidegger, 2008)

E, a partir do que foi manifestado nas falas das mães das crianças acompanhadas no CAPS, observa-se que muitas delas projetam em suas falas uma necessidade de serem enxergadas como sujeitos, e de receberem algum apoio e retorno da identidade materna que assumem. Ciampa, psicólogo reconhecido pelos seus estudos sobre identidade, relaciona o conceito de identidade com o de metamorfose, compreendendo que não existe identidade dada pela natureza e sim um processo construído pela ação, a partir da relação que o indivíduo estabelece com o mundo (CIAMPA, LANE, CODO, 1984). Sendo assim, Ciampa aponta que o papel que cada um exerce a depender das situações vivenciadas são chamadas de "personagem". No exercício dessa pesquisa, observamos que a identidade de mães, avó e, sobretudo, cuidadores foram construídas a partir de um retrato histórico pré-concebido e da ação do indivíduo com a sua própria história, chamada de metamorfose.

Neste contexto, ao compreender que metamorfose não se limita somente a uma transformação para algo, mas como um processo contínuo de formação com essa identidade, é necessário observar que tipo de apoio esses familiares podem ter dos profissionais, da sociedade e do governo para que sejam ampliados os cuidados especializados e uma qualidade no exercício do "personagem" estabelecido. Ao mesmo tempo que vemos uma dificuldade em lidar com a aceitação do diagnóstico em transtorno mental infantil, há, por outro lado, uma pressa na consolidação desse diagnóstico para algumas famílias.

A lei nº 8.742 (BRASIL, 1993) e a lei nº 8.213 (BRASIL, 1991) também preveem o benefício de prestação continuada e aposentadoria por invalidez, respectivamente, para crianças diagnosticadas com alguns transtornos mentais e que a família não possua condições financeiras de arcar com o tratamento. O valor disponível para esses benefícios e aposentadoria atrai muitas famílias, pois, é possível perceber que os transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas (ONU, 2019). O que gera uma necessidade maior ainda de buscar um diagnóstico e tratamento de qualidade para que fraudes ou um excessivo número de diagnóstico em crianças sejam evitados.

Observa-se que o diagnóstico em transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, atraso no desenvolvimento e autismo são muito procurados também devidos um interesse de algumas escolas públicas no que se refere ao número de alunos que são acompanhados por laudos.

As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiência requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante de sistema educativo. (UNESCO, 1990)

Segundo Dolencsko (2018), a partir desses laudos a escola recebe um incentivo para uma educação especializada, o FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica) “oficializou um valor mínimo por aluno/ano tendo como critério o nível de ensino e o tipo de estabelecimento, crescendo o repasse de forma gradual” e acrescenta que, a partir desse financiamento, houve uma “expansão do número de matrículas na educação especial, resultando, entre os períodos de 1998 a 2006, no crescimento de 640% de matrículas em escolas comuns, bem como 28% em classes especiais” (p.61).

Em algumas escolas também são criados os AEE (Atendimento Escolar Especializado), que têm como fundamento garantir recursos de acessibilidade, de forma complementar ou suplementar ao ensino regular e promover práticas pedagógicas com a participação das famílias, fundamentando a construção de políticas públicas (DOLENCSCO, 2018).

Para atuar na educação especial, o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos na área. Essa formação possibilita a sua atuação no atendimento educacional especializado, aprofunda o caráter interativo e interdisciplinar da atuação nas salas comuns do ensino regular, nas salas de recursos, nos centros de atendimento educacional especializado, nos núcleos de acessibilidade das instituições de educação superior, nas classes hospitalares e nos ambientes domiciliares para a oferta de serviços e recursos da educação. (BRASIL, 2008, p. 24-25)

Embora, a citação nomeie a função de professor de educação especializada como uma prática de relação direta com os dispositivos de saúde mental, o que se observa na realidade de alguns municípios é que essas crianças são, normalmente, acompanhadas por profissionais que foram afastados do serviço, e não por possuírem, necessariamente, alguma habilidade e manejo com crianças que demandam uma atenção maior no processo de ensino-aprendizagem.

A escola surge neste cenário da saúde mental infantil como um lugar propício para a observação do desenvolvimento da criança, além do próprio ambiente familiar. Para isto, é necessário que haja um preparo dos profissionais da escola para a compreensão de disfunções ou transtornos de aprendizagem, para que dessa forma haja um encaminhamento correto ou um manejo adequado na própria escola.

“A escola até quer o resultado do diagnóstico, porque se for necessário acompanhar ele separado, né? Já coloca alguém para acompanhar para ver se ele desenvolve mais o aprendizado” (Andy)

“As vezes eu penso em tirar ele da escola, mas se eu for tirar, ele vai viver deitado. Eu fui buscar o boletim na escola, que não é um boletim, é um relatório, mas eu não confio ele na escola”. (Maria)

“Quando eu falei que era coração, tudo bem, porque era coração né. Depois que eu conversei que era problema psicológico né, aí ela ficou meio assim...” (Tiana – sobre a conversa com a diretora da escola)

Conhecer a história de cada paciente, de cada família e da sua trajetória da busca por cuidados é se deparar com várias histórias de amor, de renúncias, de medos, assim, encontra-se em cada sofrimento um sentido de vida. Lidar com famílias em busca de um tratamento para seus filhos não é uma tarefa fácil, pois há um sujeito que diz sobre o outro e que, falando sobre a necessidade do outro, também diz sobre sua própria vida. A fala a seguir, em que seu trecho introduz este capítulo, relata uma das histórias ouvidas, trazendo pontos importantes sobre o

itinerário terapêutico de crianças com tratamento em saúde mental: a relação mãe-filho, os estigmas e preconceitos sociais e a função do cuidado que permeia a vida cotidiana dos familiares.

Eu tive que aceitar e ajudar meu filho. É como o ditado, eu sofri muito no início do que diziam pro meu filho. No início, até o nome de irresponsável eu levei. Eu cruzei com dois policiais, que me chamaram de irresponsável porque eu fui ver o desfile com o meu filho e uma hora ele se assustou e largou da minha mão, saiu na carreira. Eu não sou a mãe irresponsável que vocês pensam, aí peguei na mão dele e sai. Tai meu filho, até nome de irresponsável eu levei dos policiais... e saí chorando. Ai ele "me desculpa, mãe, eu tava com medo", 'mas quando você ficar com medo, meu filho, não solte da minha mão".(Maria)

Esses e outros relatos ouvidos e descritos na minha função de pesquisadora, ampliaram o campo da compreensão da saúde mental infantil no serviço público de saúde. A partir do itinerário terapêutico almejado com objetivo dessa pesquisa foi possível observar não somente os locais ocupados pelas famílias na busca pelo tratamento, mas também um "itinerário emocional", por assim dizer, nesse lugar de descobertas, percursos, dúvidas, renúncias, apoio que cada família vivenciou na trajetória descrita. Não foi somente os espaços institucionais ocupados que tornaram essa pesquisa completa, mas as reflexões propulsoras de discussões e de desconstruções do modo de fazer saúde mental para a criança e para suas famílias. As reflexões pertinentes neste capítulo sobre a construção do diagnóstico, a experiência do adoecimento, a vivência do cuidado, o olhar da fenomenologia sobre esses aspectos e o papel da escola e da família são pequenos recortes de discussões que merecem uma amplitude e importância, frente aos longos passos que ainda precisam ser dados no estudo e compreensão da saúde mental infantil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A bibliografia apresentada aponta os aspectos principais da construção histórico-cultural do termo “infância”, principalmente, sob a ótica de autores como Phillipe Aries e Foucault, que demonstram uma diferenciação da criança para o adulto ao longo dos séculos e apontam para uma definição do papel da criança na sociedade e na família. Ao mesmo tempo que a infância foi construída, podemos ver o “desaparecimento da infância”, marcada por algumas características da infância contemporânea, tal como analisá-la como um dispositivo histórico de poder, em que suas mudanças são acompanhadas pelos demarcadores sociais do tempo.

A criança, ao ser considerada um sujeito de direitos, goza de conquistas políticas, sociais e educacionais em nível global e nacional, além de ser vista neste trabalho como o sujeito de “vir a ser” no mundo e que dimensiona as experiências que a criança terá diante das possibilidades que lhe são oferecidas. A partir de uma análise da construção dos direitos da criança, tecemos uma crítica relacionada ao espaço que a criança tem de ser ouvida e de falar sobre a sua própria experiência, visto que em quase todos os lugares ocupados na vida da criança, é um adulto que fala em nome de uma criança. Os caminhos permeados na busca do direito da criança desembocam em uma discussão aprofundada sobre a agenda de cuidado em saúde mental infanto-juvenil, em especial no quadro da saúde pública brasileira.

Após realizar uma recordação de como foi constituído a ideia sobre loucura na humanidade, foi possível perceber de que modo tais representações sociais fundamentam o pensamento e a fala alicerçada de preconceitos sobre o doente mental. A criança, nesse contexto, não é livre de teorias e críticas, pois há pouco estudos sobre o comportamento humano, dando ênfase a uma realidade hegemônica da construção religiosa que era feita sobre alguns atos desviantes, e que posteriormente, foi ocupada pelo espaço do olhar biomédico sobre o corpo e comportamento humano. Ao fazer uma relação com o contexto vivenciado nos dias de hoje, podemos observar uma tendência a um domínio de um novo saber, que tende a mais uma vez governamentalizar os corpos e ditar sobre os modos de vida e os estigmas alicerçados às condutas do indivíduo, arriscamo-nos dizer que esse novo saber é construído pelo poder monetário dominante, regido pela sociedade capitalista, que atribui valor às coisas, ao tempo e às relações.

Realizou-se uma revisão sobre o discurso médico-psiquiátrico e o seu saber sobre a infância, a fim de evidenciar uma ascensão do diagnóstico em transtornos mentais infantis, uma ampla difusão de psicotrópicos e de diagnósticos pouco fundamentados. A desqualificação de grande parte desses diagnósticos parte de uma falta de cuidados especializados para este público, como podemos observar na pesquisa quando falamos em saúde mental infantil a nível nacional encontramos somente o CAPSi, como o único dispositivo da rede pública de saúde mental que comporta ações multidisciplinares específicas para o público infantil. À nível municipal, nem esse dispositivo é fornecido, sendo possível contar apenas com os serviços oferecidos pelo CAPS Geral Damião Ximenes Lopes para acolher todas as demandas de saúde mental, independente da gravidade e da idade, encaminhadas pelos serviços da rede.

Na intenção de desmistificar ou confirmar a hipótese de que o CAPS Geral da cidade seria o único serviço especializado neste cuidado à saúde mental infantil, foi construído um capítulo sobre a história e conceitos de itinerário terapêutico e explicado sobre a importância da sua construção para definir e sinalizar os investimentos e gestão de serviços de saúde de uma população. Foi possível identificar que havia poucas pesquisas relacionando itinerários terapêuticos e saúde mental, o que fundamentava ainda mais a necessidade do aprofundamento e publicação dos dados dessa pesquisa.

Deste modo, teve como objetivo da pesquisa: 1. analisar os itinerários terapêuticos de famílias que acompanham os tratamentos em saúde mental para crianças em Sobral-CE. Foi possível responder a esse objetivo a partir das entrevistas realizadas com as dez famílias participantes da pesquisa, que descreveram como foi a busca pelo tratamento de seus parentes. Um dado importante a ser observado é que nenhuma das famílias mencionou outros modos de busca por respostas ou tratamentos fora os institucionalizados, ou seja, todos os relatos obedeciam a premissa de que instituições de ensino, hospitalares e vinculados à Rede de Atenção à Saúde Mental de Sobral foram os espaços ocupados para a busca do tratamento supracitado.

Outro objetivo alcançado foi: 2. Apresentar as principais concepções sobre a construção do campo da saúde mental infantil e do conceito de itinerário terapêutico. Tal objetivo foi alcançado após a construção dos capítulos teóricos iniciais que

fundamentaram o estudo e aprofundamento desse tema; 3. Compreender de que modo a rede assistencial à saúde mental é atribuída pelos familiares como uma referência de cuidado. A partir das respostas referentes ao funcionamento do CAPS foi possível perceber que a maioria dos familiares entrevistados mencionavam o serviço do CAPS como de qualidade, principalmente no que se referia ao atendimento dos profissionais, embora alguns faziam menção a críticas quanto a infraestrutura atual do CAPS e a falta de espaço adaptado e propício para crianças.

Sobre o quarto objetivo: Analisar fenomenologicamente o modo de enfrentamento da doença mental, nota-se que, no percurso deste trabalho, tal objetivo demandou mais estudos e aprofundamento, pois esse objetivo diz sobre o percurso metodológico que foi necessário ser traçado para a sustentação da pesquisa. Se colocar em uma atitude fenomenológica de pesquisador não é fácil, pois demanda de uma exatidão nos estudos e de uma observação descritiva. Porém, esse desafio trouxe uma maior sensibilidade no contato com o objeto de estudo e com os familiares entrevistados, pois não era do interesse da pesquisa somente coletar respostas e informações pertinentes às perguntas realizadas, mas sim observar minuciosamente cada gesto, expressão, palavra, silêncio e atitude realizado no ato do convite à entrevista.

Outro dado importante observado na realização da pesquisa foi que quase todas as famílias entrevistadas escolheram entrar na sala da entrevista com seus filhos, com exceção de uma. Como na pesquisa fenomenológica não se realiza uma interpretação da ação e sim uma descrição do fenômeno, foi possível observar um desconforto dos familiares ao falar sobre algumas perguntas da entrevista, falando em tom mais baixo, olhando para a criança para observar se ela estava prestando atenção na conversa, etc.

Deste modo, podemos concluir que é necessário, portanto, discutir a ética do cuidado quando percebemos que as instituições ou leis ditam sobre a criança e não com a criança. Sob essa ótica, é importante também problematizar o manejo desse contato com a criança no campo da educação, da família e da saúde pública. Foi possível perceber a necessidade de realizar mais estudos sobre pesquisa fenomenológica, em especial nesta temática da saúde mental e da infância, bem como de fundamentar ações de trabalho e pesquisa neste campo na cidade de Sobral-CE. Como pesquisadora e psicóloga, pude notar a importância do espaço

para a fala dos familiares, compreendendo o lugar do sofrimento e do amor dentro da experiência do cuidado.

8. ORÇAMENTO

ITEM	CUSTO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Gravador de áudio	R\$150.00	R\$150.00
Papel A4	R\$24,00	R\$24,00
Impressão	R\$40,00	R\$40,00
Caneta	R\$1,50	R\$6,00
Transporte	R\$4,00	R\$40,00
		VALOR TOTAL: R\$260,00

*Todos os custos são de financiamento próprio do pesquisador

REFERÊNCIAS

- ADURENS, Fernanda Delai Lucas; MELO, Maribél de Salles de. Reflexões acerca da possibilidade de prevenção do autismo. **Estilos clin.** São Paulo , v. 22, n. 1, p. 150-165, 2017 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14157128201700010_09&lng=pt&nrm=iso>
- AGUIAR, L. Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática. 2.ed. São Paulo: Summus, 2014
- AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- ANGERAMI, C. A. In V. A infância e o sentido de ser criança. Angerami-Camon (Org.), **O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2004
- ARAÚJO LFS, DOLINA JV, PETEAN E, MUSQUIM,CA, BELLATO,R, LUCIETTO, GC. **Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde.** Rev. Bras. Pes. Saúde. 2013.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** São Paulo: Geração, 2013.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família.** 2 ed. Tradução: Dora Flaksman. Rio de Janeiro: Afiliada, 1981. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso>
- BASAGLIA, Franco (org.). **A instituição negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BAUMAN, Z. **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da Pós-Modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BEYEA SC, NICOLL LH. **Writing an integrative review.** AORN J. 1998; 67(4):877-80.
- BELTRAME, Marina Maria; BOARINI, Maria Lúcia. **Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi.** Psicol. cienc. prof. Brasília 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200007&lng=en&nrm=iso.
- BRASIL. **Manual do Programa De Volta para Casa.** Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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, DF, 23 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Outras Drogas.** Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16/7/1990, p.13.563. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>>.

BRASIL. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Caderno 1: A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasilia: 2000. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab_1.pdf.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos.** Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias. Brasilia, 2019.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Fórum nacional de saúde mental Infante juvenil.** Brasilia – DF, 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantjuvenil.pdf.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. **Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.].** [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/wpcontent/uploads/2019/02/11_23_14_123_Nota_Tecnica_no.11_2019_Esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_Politica_de_Saude_Mental.pdf.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. Recomendações do Ministerio da Saúde para a adoção de praticas não medicalizantes e para a publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.56 p.:il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental/ Departamento de Atenção Básica**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 Disponível em. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.

BRASIL. Organização Mundial de Saúde. **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839.

BUCKINGHAM, D. **Crescer na era das mídias eletrônicas**. Trad: Grirardelo, G; Orofino, I. Ed. Loyola: São Paulo, 2007.

BUCKINGHAM. D. Cultura digital, educação midiática e o lugar da escolarização. Educação e Realidade, 35(3), 37-582010. Disponível: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/13077/10270>

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011 .

CAMPBELL, Colin. **A Ética Romântica e o Espírito do Consumismo Moderno**. Editora Rocco, Rio de Janeiro, RJ, 2001

CAMPELO LLCR, COSTA SME, Colvero LA. **Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa.** Ver. Escola de Enfermagem USP, 2014.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.)_et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE,S.T.M: CODO,W. (org.) **Psicologia Social: o homem em movimento.** São Paulo, Brasiliense, 1984. cap.2, p.58-75

CORAZZA, SANDRA, **História da Infância Sem Fim**, Injuí, Editora Injuí, 2000

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 30, n. 4, p. 384-389, Dec. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000400015&lng=en&nrm=iso>.

DAMÁSIO, António R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** 2ª ed. Trad. Dora Vicente & Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

DECOTELLI, KM BOHRE, LCT, BICALHO, PPG. **A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política.** *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2013, vol.33, n.2, pp.446-459. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014>

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** Vol. 4. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELVAN, Josiane da Silva et al . **Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil.** Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 20, n. 2, p. 228-237, ago. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000200006&lng=pt&nrm=iso>.

DOLENCOSKO, AL. **O direito à educação para pessoas com transtornos mentais: articulação entre as políticas nacionais de educação especial e inclusiva e a saúde.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo,2018. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331493/1/Dolencsko_AndreLuis_M.pdf

EIDT, N. M. **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: diagnóstico ou rotulação?** 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Campinas. Campinas.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da Razão: médicos, loucos e hospício**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Rev. Mineira de enfermagem, v. 18, n. 1, p. 1-260, jan./mar. 2014. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

ERIKSON, E. H. Brinquedos e razões. 2ª ed, Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FELIX, LB. **O cuidado à saúde mental na infância: entre práticas e representações sociais**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10313/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20L%C3%ADvia%20Botelho%20F%C3%A9lix%20.pdf>.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 1997

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

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas : uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo : Martins Fontes, 8ª ed. 1999.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1977. v. 1.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 25.ed., São Paulo: Graal, 2012.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FREUD, A. **Infância normal e patológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

FROTA, AMMC. **Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção**. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, RJ, ano 7, n. 1; 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>.

GERHARDT, T. E. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006

GOMES, Maria Lovâni Pereira; SILVA, José Carlos Barboza da; BATISTA, Eraldo Carlos. **Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande , v. 10, n. 1, p. 03-07, abr.

2018 . Disponível em <http://pep.sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000100001&lng=pt&nrm=iso>.

GRACAS, Elizabeth Mendes das; SANTOS, Geralda Fortina dos. **Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 200-207, Mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100026&lng=en&nrm=iso>.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica**. Cartografias do desejo (7a ed. rev.). Petrópolis, RJ: Vozes. 2005.

HEIDEGGER M. **Ser e tempo, Parte I e II**. 3a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

HEIDEGGER M. Seminário de Zollikon. In: **Medard Boss**. Tradução de Gabriela Arnold e Maria de Fátima de Almeida Prado. EDUC. Petrópolis, R J: Vozes. (Original publicado em 1987). 2009

HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância: da Idade Média á época contemporânea no Ocidente**. Porto Alegre: Artmed, 2004

HUSSERL, E. **Investigações Lógicas: 6ª. Investigação**. São Paulo: Nova Cultural. 1996

HUSSERL, E. (2002). **A Crise da Humanidade Européia e a Filosofia**. Porto Alegre: Edipucrs.

HUSSERL, E. **A ideia da fenomenologia**. Lisboa: Edições 70, 2001

JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. Introdução. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Org.), **O livro negro da psicopatologia contemporânea** (pp. 5-10). São Paulo: Via Lettera, 2011.

JORGE MSB, RAMIREZ ARA, LOPES CHAF, QUEIROZ MVO, BASTOS VB. **Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental**. Rev Esc Enferm USP. 2008.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura**. Editora Vozes, Petropolis, Brazilia. (2008)

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros : espaço público, intersubjetividade e representações sociais. In: Guareschi, P.A. and Jovchelovitch, Sandra. **Textos Em Representações Sociais**. Vozes, Petrópolis, Brazil. 1994.

KLEIN, M. **A análise infantil**. Klein, M. Contribuições à psicanálise (M. Maillet, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (1923/1981).

KOHAN, W. O. A infância da educação: o conceito devir-criança. In: KOHAN, W. (Org.). **Lugares da Infância**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

KRAMER, Sônia. A infância e sua singularidade. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Ensino Fundamental de nove anos: orientações para a inclusão da criança de seis de anos de idade**. Brasília: FNDE, 2006.

LAVILLE C, DIONNE J. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução Heloísa Monteiro e Francisco Settineri, Porto Alegre: Artmed: Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LAZNIK, Mc. **A Voz Da Sereia - O Autismo E Os Impasses Na Constituição Do Sujeito**. São Paulo: Algama, 2013

LEFORT, Claude. **O direito internacional, os direitos do homem e a ação política**. Tempo soc, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 1-10, Maio 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010320702000000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Maio 2019.

LEONTIEV, Alexis. O homem e a Cultura. In _____. **O Desenvolvimento do Psiquismo**. Lisboa: Livros Horizontes, 1978, p.258-284.

LOVISOLO , H.R.; GÓIS, E. **Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no brasil do século XX**. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003

LUCIETTO, GC. **Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde**. Rev. Bras. Pes. Saúde. 2013;15(3):53-61.

MACHADO, Claudemir Marcos et al . **Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes**. Psicol. teor. prat. São Paulo. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 dezembro 2019

MACIEL, Silvana Carneiro et al . **Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico**. Temas psicol. Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 193-204, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 junho 2019.

MACHADO, MM. **Fenomenologia e Infância: o direito da criança a ser o que ela é**. R. Educ. Públ. Cuiabá. 2013

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. **Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. v. 19, n. 1, 2008.

MARCÍLIO, M. L. **A lenta construção dos direitos da criança brasileira**. Século XX. Revista USP (São Paulo), n.37, p.46-57, mai. 1998

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, CA. **A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações**. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 24(1):139-147, abr. 1990

MARTINS, J.; BOEMER, M.R.; FERRAZ, CA. **A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações.** Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 24(1):139-147, abr. 1990.

MARTINS, L.,; PEIXOTO JUNIOR, C. **Genealogia do biopoder.** Psicologia & Sociedade. 2009. Disponível em <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4800/pdf>.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política.** Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEDEIROS ET AL. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 2, p. 269-279, abr./jun. 2013

MIELKE, Fernanda Barreto et al . **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1. 2009 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 junho 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F . **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2009.

MONTE RS, PEREIRA MLD. **Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas.** Rev Rene. 2015.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** 3.ed., Petrópolis: Vozes, 2003.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J. & MÜLLER-GRANZOTTO R. L. **Fenomenologia e Gestalt-terapia.** São Paulo, Summus, 2007.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim falou Zaratustra.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2003.

NOGUEIRA, BM; LEITE, SAS. **A afetividade no processo de orientação de pesquisa científica .**Rev. educ. PUC-Camp., Campinas. 2014 Disponível em: [file:///C:/Users/eliss/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2852-6439-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/eliss/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2852-6439-1-SM%20(2).pdf).

OMS. OPAS Brasil. **Folha informativa - Saúde mental dos adolescentes.** 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839>.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Para crescerem saudáveis, crianças precisam passar menos tempo sentadas e mais tempo brincando.** Abril de 2019.

ONU Brasil. Nações Unidas. **Transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas**. Março de 2019. Disponível em <https://nacoesunidas.org/transtornos-mentais-sao-responsaveis-por-mais-de-um-terco-do-numero-total-de-incapacidades-nas-americas/>.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Z. M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PERLS, F., HEFFERLINE, R. ; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, FS. **Gestalt-Terapia Explicada**. São Paulo, Summus Editorial, 1977.

PESSOTTI, Isaias. **Sobre a teoria da loucura no século XX**. Temas psicol. Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 113-123. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 março 2019.

PIAGET, J. **Biologia e Conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos**. Petrópolis: Vozes, 1973

POSTMAN, Neil. **O Desaparecimento da Infância**. Editora Graphia, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

QUINDERÉ, PHD. **Atenção à saúde mental no município de Sobral-CE: Interações entre os Níveis de Complexidade, Composição das Práticas e Serviços**. Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

RA CK, CHO J, STONE MD, et al. Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents. *JAMA*. 2018;320(3):255–263.

REZENDE, JM. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. Dos quatro humores às quatro bases. pp. 49-53. ISBN 978-85-61673-63-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha**. *Psicol. estud.* Maringá , v. 11, n. 1, p. 29-38. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 junho 2018.

ROCHA, R. M. G.; CARDOSO, C. L. **A experiência fenomenológica e o trabalho em grupo na saúde mental**. *Psicologia & Sociedade*, 2017

ROUSSEAU, Jean-Jacques . *Emílio ou Da educação*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SÁ, R; BARROS, M; COSTA, M. **Saúde mental em Sobral-CE: atenção com humanização e inclusão social** . Rev. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p.26-33, jul./dez. 2005/200

SAFRANSKI R. Heidegger. **Um mestre da Alemanha entre o bem e o mal**. São Paulo: Geração Editorial; 2005

SALLES, MM; BARROS, S. **Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social**. Saude soc. São Paulo. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902013000400009&lng=en&nrm=iso>.

SAMPAIO, JJC. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>.

SAMPAIO, JJC; CARNEIRO, C. **Rede de atenção integral à saúde mental de sobralce: planejamento, supervisão e reflexões críticas**. Rev. SANARE, Sobral, v.6, n.2, p. 7-25, jul./dez. 2005/2007

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

SARMENTO, M. J. A globalização e a infância: impactos na condição social e na escolaridade. In: GARCIA, R. L., LEITE FILHO, A. (Org.). **Em defesa da educação infantil**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001

SARMENTO. M.J. As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In: CERISARA, A. B. (Org.). **Crianças e miúdos: perspectiva sociopedagógicas da infância e educação**. Lisboa: ASA, 2004

SCARPARO, H. (Orgs.) **Psicologia e Pesquisa: Perspectivas metodológicas**. 2 Ed. Porto Alegre: Sulina, 2008.

SCHMID, P. Pensando a rede de saúde mental infanto-juvenil e os casos graves. In : FERREIRA, T. (Org.) **A criança e a saúde mental – enlaces entre a clínica e a política**. Belo Horizonte : Autência/FCH – FUMEC, 2004.

SCLIAR, Moacyr. **Um país chamado infância**. São Paulo: Ática, 1995.

SILVA MBC, SADIGURSKY D. **Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio**. Rev Bras Enferm. Brasília, 2008

SILVA, E. et al . **O olhar de crianças do CAPSi sobre as relações do cuidar e do brincar**. Temas psicol. Ribeirão Preto , v. 25, n. 4, p. 1637-1651. 2017 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X201700400008&lng=pt&nrm=iso>.

SILVA, Martinho Braga e. **Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima.** Physis. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1257-1275, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400012&lng=en&nrm=iso>.

SILVEIRA, T.C. **Da infância inventada à infância medicalizada.** Tese de doutorado em Educação, da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-24022016090219/publico/TACITO_CARDERELLI_DA_SILVEIRA_rev.pdf.

SINIBALDI, B. **Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis.** Revista de Psicologia da Unesp, vol.12. 61-72. (2013).

SOARES, NF; SARMENTO, MJ E TOMÁS, CA. **Investigação da infância e crianças como investigadoras: metodologias participativas dos mundos sociais das crianças.** Nuances. UNESP – Presidente Prudente, 2005.

SPOHR, B; SCHNEIDER, DR. **Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre.** Rev. Abordagem Gestalt. Goiânia, v. 15, n.2, p.115-125, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672009000200007&lng=pt&nrm=iso>.

SOBRAL. SECRETARIA DE SAÚDE. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral) CAPS DAMIÃO XIMENES LOPES. Disponível em: saude.sobral.ce.gov.br/atencao-especializada/centro-de-atencao-psicossocial-caps-geral.

TÁVORA, C. B., QUADROS, L. C. T., & SOARES, L. L. M.). **A ética como suporte: solução ou utopia para um mundo em transformação?** *Congressos e Encontros Nacionais da Gestalt-Terapia Brasileira.* 2009. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/cengtb/rt/printerFriendly/186/406>.

THIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavares; LOVISI, Giovanni Marcos. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática.** J. bras. Psiquiatr. Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372. 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000400360&lng=en&nrm=iso>.

TOLFO, AC. **DIREITOS HUMANOS E A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.** Ver. Vivências. Vol. 9, N.17: p. 33-43, Outubro/2013. Disponível em http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_017/artigos/pdf/Artigo_03.pdf.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris.** 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wpcontent/uploads/2014/12/dudh.pdf>>.

UNICEF. **A Infância dos Países em Desenvolvimento**. Um Relatório do Unicef, Rio de Janeiro, Edições GRD, 1964, p. 155.

UNICEF. Situação Mundial da Infância. Unicef, Brasília 1997.

UNICEF. A Convenção sobre os Direitos da Criança. 1990 Disponível em: https://www.unicef.pt/media/1206/0-convencao_direitos_crianca2004.pdf.

UNICEF. The 1990s: A decade for children's rights. 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/sowc96/1990s.htm>.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WALLON, H. **Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada**. São Paulo: Vozes, 1966

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Trad. José Octavio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago. 1975.

WINNICOTT. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. In D. W. Winnicott, **Da pediatria à psicanálise**. São Paulo, SP: Imago. 1959.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE 18 ANOS

TÍTULO DA PESQUISA: PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: ELIS SALES MUNIZ LIMA

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo: Analisar os itinerários terapêuticos de famílias que acompanham o tratamento em saúde mental para crianças, em Sobral-CE.

Um estudo importante, justificado pela necessidade de tentar compreender de que modo tem se buscado um apoio para o tratamento à saúde mental infantil, na cidade de Sobral-Ce.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

Ao participar desta pesquisa você será convidado a responder a uma entrevista individual sobre sua percepção acerca dos modos que você tem buscado auxílio para o cuidado a saúde mental do menor que você acompanha para o tratamento em saúde mental. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você. Destacamos ainda que na entrevista será realizada através de questionários com perguntas abertas e será mantido o sigilo/segredo, sendo manipulado apenas pelo pesquisador entrevistador, não sendo publicado.

2. RISCOS E DESCONFORTOS:

O Procedimento utilizado, isto é, responder as perguntas, poderá trazer algum desconforto ao falar sobre as formas de cuidado buscadas até agora no tratamento.

O tipo de procedimento apresenta um risco moderado que será reduzido pela garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa, e certeza de que as entrevistas não serão publicados, sendo manipuladas exclusivamente pelos pesquisadores. Garante-se ainda que você participante não precisa continuar a entrevista caso sinta algum incômodo. E caso sinta algum desconforto você terá o apoio da equipe para escutar sobre isto.

3. BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com a pesquisa são de conhecer os espaços ou formas de cuidado que forem mencionadas na pesquisa, buscando fortalecer esses espaços com o apoio da rede multiprofissional.

4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA

Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem algum problema que necessite de acolhimento, a pesquisadora, Elis Sales Muniz Lima, irá encaminhá-lo para o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal do Ceará (UFC). O mesmo se encontra localizado na Av. Lúcia Sabóia, 517 - Centro, Sobral - CE, 62010-830

5.CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornece ou que sejam conseguidas pelas respostas na entrevista gravadas em áudio serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e será manipulada apenas pelo pesquisador entrevistador e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos dados obtidos, nem quando os resultados forem apresentados.

6.ESCLARECIMENTOS:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável

7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) colocando sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) colocando sua assinatura na última página do referido Termo.

PESQUISADOR PRINCIPAL Nome: Elis Sales Muniz Lima

Instituição vinculada: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Cel. Joaquim Lopes, 934, Centro – (endereço comercial) Telefone: (88) 99714-0374 E-mail para contato: eliss_muniz@hotmail.com

ORIENTADOR Nome: Percy Antonio Galimberti Catanio Instituição: Universidade Federal do Ceará Endereço: Rua Geraldo Rangel, 436, Derby, Sobral -CE E-mail para contato: galimberti@ufc.br

Aceito participar

Não aceito participar

Sobral, de de

Assinatura

Pesquisador responsável

Elis Sales Muniz Lima

APÊNDICE B**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Pelo presente instrumento que a tende as exigências legais, o Sr. (a) _____, portador(a) da célula de identidade _____, declara que após a leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidades de fazer perguntas, esclarecer dúvidas, que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, e não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Sobral -CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou representante legal
Impressão dactiloscópica

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO**

SEXO: F ___ M ___

IDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDADE: _____

SITUAÇÃO FINANCEIRA (EM SALÁRIOS MÍNIMOS): _____

MORA EM: SOBRAL ___ DISTRITO ___

TEMPO DE TRATAMENTO _____

DIAGNÓSTICO _____

FOI ENCAMINHADO? _____

SERVIÇOS QUE PARTICIPA? _____

APÊNDICE D

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O SR(A) TEM QUAL PARESTESCO COM A CRIANÇA QUE ACOMPANHA?
2. COMO FOI SUA TRAJETÓRIA NA BUSCA PELO TRATAMENTO?
3. COMO O SR(A) CONHECEU O CAPS?
4. QUE TIPO DE SERVIÇOS A CRIANÇA E O SR(A) REALIZA NO CAPS?
5. ANTES DO CAPS O SR(A) FREQUENTOU OUTRAS INSTITUIÇÕES/SERVIÇOS?
6. QUE TIPO DE AUXILIO O SR(A) BUSCAVA/BUSCA?
7. O SR(A) SE SENTE SATISFEITO COM OS SERVIÇOS OFERECIDOS?
8. COMO FOI PARA O SR(A) LIDAR COM O TRATAMENTO DA CRIANÇA?

APENDICE – ACEITE NA PLATAFORMA SABOIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

Detalhes do Projeto de Pesquisa

Título: Percursos Entre Saúde Mental e Infância: a Construção de Itinerários Terapêuticos, Sob a Ótica Fenomenológica

Número do Cadastro: 0222/2019

Finalidade: Projeto de Dissertação de Mestrado

Responsável: Elis Sales Muniz Lima

Equipe do Projeto:

Participante	Função
Elis Sales Muniz Lima	Pesquisador
Percy Antonio Galimbertti Catanio	Orientador

Previsão de Início: 29/09/2019

Período de Coleta de Dados: 10/10/2019 - 21/10/2019

Previsão de Término: 27/10/2019

Fonte Financiadora: Próprio Pesquisador

Nome do Arquivo do Projeto: Mestrado Plataforma Saboia

Status: ● Deferido

Resumo da Metodologia:

A pesquisa apresentada tem como interesse analisar os itinerários de famílias que acompanham crianças que realizam algum tipo de tratamento em saúde mental, na cidade de Sobral-CE. Para isto, foram realizados estudos sobre a construção do campo da saúde mental infantil em uma perspectiva mundial, em termos gerais, e no cenário das Políticas Públicas de Saúde Mental do Brasil.

Em seguida, realizou-se uma pesquisa a campo sobre os itinerários de familiares acompanhantes de crianças em tratamento de saúde mental selecionados para análise, afim de compreender numa perspectiva fenomenológica o mundo vivido na experiência do familiar participante da pesquisa em questão.

O estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, de método qualitativo pelos objetivos traçados e descritiva pela finalidade da pesquisa.

A pesquisa também será descritiva, que exige do investigador muitas informações sobre o que deseja pesquisar.

O campo de pesquisa do presente estudo será o Sistema de Saúde do município de Sobral -CE

Os sujeitos da pesquisa definidos serão aproximadamente dez familiares acompanhantes de crianças que estejam sob algum tratamento em saúde mental infantil na rede de saúde pública do município de Sobral-Ce e que permaneçam sob tratamento no ano se 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA

Forma de Retorno dos Resultados:

Os resultados esperados do estudo oferecem diversos benefícios. No que se refere aos sujeitos entrevistados auxiliará no processo de condução da busca por tratamento, em que o sujeito poderá analisar sua trajetória no cuidado em saúde mental no âmbito familiar e no atendimento ao seu filho(o) criança ou adolescente.

O projeto também tem como fundamento buscar responder como as famílias de crianças que fazem acompanhamento psiquiátrico ou psicológico estão se inserindo no sistema de saúde e encontrando ou não uma forma de acolher suas demandas. Esta resposta surge como um elemento importante nos dispositivos de saúde mental de Sobral, porque poderá oferecer informações à prefeitura sobre os atendimentos que realizam alguma busca ou tratamento dessa queixa.

Oferecerá benefícios também para a própria pesquisadora que se apropriará de uma realidade local sobre um tema de interesse da mesma, que é a saúde mental infantil, aprofundando o conhecimento e a experiência acerca do tema.

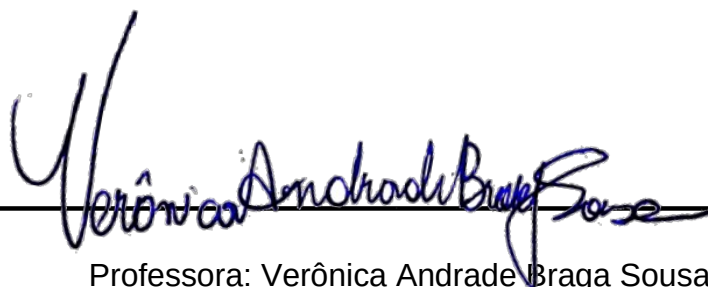
APENDICE – FOLHA DE SUBMISSÃO À PLATAFORMA BRASIL

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP			
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS			
1. Projeto de Pesquisa: PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS, SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 10			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ELIS SALES MUNIZ LIMA			
6. CPF: 022.894.363-32	7. Endereço (Rua, n.º): OTACILIO CUNHA PEDRINHAS SOBRAL, CEARA 62041370		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 88999170105	10. Outro Telefone:	11. Email: elis_muniz@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>06 / 04 / 2020</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - CAMPUS DE SOBRAL	
15. Telefone: (88) 3613-2603	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>JOÃO GUILHERME NOGUEIRA MATIAS</u>	CPF: <u>358.804.813-87</u>		
Cargo/Função: <u>DIRETOR DO CAMPUS DA UFC EM SOBRAL</u>	 Prof. João Guilherme Nogueira Matias Diretor Campus da UFC em Sobral Assinatura		
Data: <u>09 / 01 / 2020</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL

Declaro para devidos fins que realizei a correção gramatical da Dissertação de Mestrado apresentada no Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Intitulado de PERCURSOS ENTRE SAÚDE MENTAL E INFÂNCIA: A CONSTRUÇÃO DE ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS SOB A ÓTICA FENOMENOLÓGICA realizado por ELIS SALES MUNIZ LIMA.

Sobral, 27 de janeiro de 2020



Professora: Verônica Andrade Braga Sousa

Graduada na Universidade Estadual do Vale do Acaraú / Ano 2019.2