



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI) [MESTRADO PROFISSIONAL]**



JALILA MUSA RAHMAN

**ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS DOS FAMILIARES PARA O CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CRICIÚMA
ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL**

CRICIÚMA

2023

JALILA MUSA RAHMAN

**ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS DOS FAMILIARES PARA O CUIDADO EM
SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CRICIÚMA
ESTADO DE SANTA CATARINA, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

CRICIÚMA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R147i Rahman, Jalila Musa.

Itinerários terapêuticos dos familiares para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em Criciúma Estado de Santa Catarina, Brasil / Jalila Musa Rahman. - Criciúma, SC : UNESC, 2023.

119 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.

Orientação: Jacks Soratto.

1. Itinerário terapêutico. 2 Crianças - Saúde mental - Criciúma (SC). 3. Adolescentes - Saúde mental - Criciúma (SC). 4. Serviços de saúde mental. 5. Famílias - Saúde mental. - I. Título.

CDD - 23. ed. 616.89

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

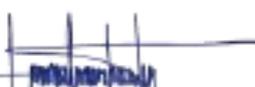
JALILA MUSA RAHMAN

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL
DOS FAMILIARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 05 de dezembro de 2023

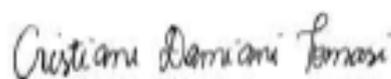
BANCA EXAMINADORA


Prof. Jacks Soratto
Doutor – Orientador
Presidente



Documento assinado digitalmente
Carlos Alberto Severo Garcia Junior
RUA: 29, 303/3024-003, 135-8008
CPF: 111.31.8.480-11
Verifique as assinaturas em <https://ufsc.br>

Prof. Carlos Alberto Severo Garcia Junior
Doutor – UFSC
Membro externo


Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

**Dedicatória ao povo Palestino que como as
nossas crianças e adolescentes em
sofrimento psíquico não tem VOZ!**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me mantido na senda correta e me guia todos os momentos da minha vida para que lembra ato o instante o quanto sou pequena diante da sua grandeza.

A minha família, ao meu pai Mussa (in memoria) por ser o meu maior incentivador que na sua sabedoria e grandeza me ensinou a pensar coletivamente, a agir mesmo diante das dificuldades de acordo com a minha verdade.

A minha mãe pela paciência e cuidado comigo sempre, aos meus irmãos Guiman, Jamal e Jamil pelo suporte e apoio nesta jornada da vida. A minha cunhada Rosimari e meu sobrinho Jamalzinho pelas partilhas e trocas nos almoços de domingo. Ao meu sobrinho Jawad por ser o meu socorro nas dificuldades com a tecnologia.

Ao meu orientador Dr. Jacks Soratto por toda a sua sabedoria, paciência e incentivos, por seu comprometimento com a saúde coletiva. E por não ter desistido e acreditado e ter me conduzido com maestria nesta etapa da minha formação. Obrigada pelo conhecimento compartilhado!

RESUMO

Introdução: A atenção as pessoas com sofrimento mental é um desafio atual dos sistemas de saúde, em especial as crianças e adolescentes. Os familiares são os responsáveis pela busca do tratamento infantojuvenil e exercem um papel importante na identificação do sofrimento psíquico. Inúmeras são as dificuldades para garantia da saúde mental pública adequada a essa população que tem como fim ultimo o tratamento o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). **Objetivo:** analisar o itinerário de cuidado em saúde mental a partir do olhar de familiares de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi da cidade de Criciúma, estado de Santa Catarina, Brasil **Métodos:** trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa tendo como olhar teórico metodológico para o objeto investigativo os preceitos dos itinerários terapêuticos e da teoria da subjetividade. Foi realizado no município de Criciúma, estado de Santa Catarina com 18 familiares e ou responsáveis de crianças e adolescentes. A coleta de dados foi realizada entre os meses de 15/10/2021 a 30/11/2023, por meio de entrevistas semiestruturadas e como fonte complementar análise de prontuários. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo com o auxílio do software Atlas.ti 23, estruturada em três fases: pré-análise, exploração do material, interpretação dos resultados. Os aspectos éticos foram respeitados tendo parecer do comitê de ética favorável com número 5.011.505. **Resultados** os achados demonstram que os caminhos percorridos pelos familiares de crianças e adolescentes na busca pelo cuidado em saúde mental depende da concepção do ser criança e adolescente; Influências do contexto; compreensões sobre o sofrimento psíquico; modelo de cuidado; bem com indica desafios no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Os itinerários terapêuticos revelaram que as concepções de infância e adolescência acaba sendo um fator que interfere no reconhecimento do sofrimento psíquico e na escolha do modelo de cuidado adotado. Os conflitos nas relações interacionais familiares influenciaram no cuidado em saúde mental, os quais somente buscaram auxílio mediante a manifestação desconforto ou necessidade não atendida. As práticas de cuidado são prioritariamente respaldadas no modelo biomédico foram as mais adotadas e as preferidas pelos familiares, que sinalizaram dificuldades dos dispositivos de saúde no auxílio as necessidades em saúde mental. **Conclusão:** A busca pela atenção em saúde mental de crianças e adolescentes é uma tarefa complexa sendo influenciada por vários fatores como

crenças, valores, contexto social, econômico e cultural que por sua vez influencia nas escolhas das formas de cuidado frente ao sofrimento psíquico. Ainda se torna necessário uma maior aproximação do CAPSi dos seus familiares bem como fortalecimento de ações intersetoriais dentro do modelo psicossocial para melhoria da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde e efetivação da integralidade do cuidado

Palavras-chave: Saúde mental, Crianças, adolescentes, Itinerário terapêutico, serviços de saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Care for people with mental suffering is a current challenge for health systems, especially for children and adolescents. Family members are responsible for seeking treatment for children and adolescents and play an important role in identifying psychological distress. There are countless difficulties in guaranteeing adequate public mental health for this population whose ultimate purpose is treatment at the Children's Psychosocial Care Center (CAPSi). **Objective:** analyze the mental health care itinerary from the perspective of family members of children and adolescents treated at CAPSi in the city of Criciúma, state of Santa Catarina, Brazil. **Methods:** This is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, using the precepts of therapeutic itineraries and the theory of subjectivity as a theoretical methodological look at the investigative object. It was carried out in the municipality of Criciúma, state of Santa Catarina with 18 family members and/or guardians of children and adolescents. Data collection was carried out between 10/15/2021 and 11/30/2023, through semi-structured interviews and analysis of medical records as a complementary source. The data were subjected to content analysis with the help of Atlas.ti 23 software, structured in three phases: pre-analysis, exploration of the material, interpretation of results. The ethical aspects were respected with a favorable opinion from the ethics committee with number 5,011, 505. **Results:** the findings demonstrate that the paths taken by family members of children and adolescents in the search for mental health care depend on the conception of being a child and adolescent; Context influences; understandings about psychological suffering; care model; as well as indicates challenges in mental health care for children and adolescents. The analysis of therapeutic itineraries revealed that conceptions of childhood and adolescence end up being a factor that interferes with the recognition of psychological suffering and the choice of the adopted care model. Conflicts in family interactional relationships influenced the search for mental health care for children and adolescents, who only sought help through manifestation of discomfort or unmet need. Care practices are primarily based on the biomedical model, they were the most adopted and preferred by family members, who highlighted difficulties in health devices in assisting mental health needs. **Conclusion:** The context in which children and adolescents were inserted interferes in the search for mental health care, making CAPSi necessary to bring them closer together. It is still necessary to strengthen the

Psychosocial Health Care Network in order to enhance intersectoral actions within the psychosocial model as a way of improving the comprehensiveness of care.

Keywords: Mental health; Child; Adolescence, Therapeutic Itinerary, Mental Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 01.....	51
Figura 02 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 02.....	51
Figura 03 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 03.....	52
Figura 04 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 04.....	52
Figura 05 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 05.....	53
Figura 06 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 06.....	53
Figura 07 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 07a	54
Figura 08 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 07b.....	54
Figura 09 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 08.....	55
Figura 10 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 09.....	55
Figura 11– Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 10.....	56
Figura 12 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 11.....	56
Figura 13 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 12.....	57
Figura 14 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 13.....	57
Figura 15 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 14.....	58
Figura 16 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 15.....	58
Figura 17 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 16.....	59
Figura 18 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 17.....	59
Figura 19 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 18.....	60
Figura 20 – Síntese dos itinerários para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes de Criciúma/SC.....	64

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Perfil demográfico dos responsáveis das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi	48
Quadro 2 - Perfil das crianças e adolescentes atendidas no CAPSi	49
Quadro 3 – Símbolos e legendas dos percursos percorridos por crianças e adolescentes na busca pelo cuidado em saúde mental.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CF	Constituição Federal
CT	Conselho Tutelar
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CIEE	Centro de Integração Empresa-Escola
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPAGRI	Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NUPREVIPS	Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde de Criciúma - SC
OMS	Organização Mundial da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Tentativa de Suicídio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
1.2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	20
2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	23
2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL.....	25
2.4 INFÂNCIA, ADOLESCENCIA E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	31
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	36
3.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	36
3.1 TEORIA DA SUBJETIVIDADE.....	37
4 MÉTODOS	42
4.1 TIPO DE ESTUDO	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO	43
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	44
4.4 COLETA DE DADOS	44
4.5 ANÁLISE DE DADOS	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	48
5.2 ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS DE FAMILIARES NA BUSCA PARA O CUIDADO EM SAUDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	50
5.3 VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL.....	64
5.3 INFLUÊNCIAS DO CONTEXTO NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES	67
5.4 COMPREENSÕES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO INFANTOJUVENIL..	73
5.5 MODELO DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTIL.....	79
5.6 DESAFIOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES	84

6 CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE (S).....	111
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	112
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO CONFIDENCIALIDADE	114
ANEXO(S).....	117
ANEXO A – CARTA DE ACEITE	118
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	119

1. INTRODUÇÃO

O Brasil envolto numa atmosfera de redemocratização, ao final dos anos de 1979, surgem os movimentos sociais que lutam pelos direitos dos cidadãos. Em 1978 o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) denuncia os maus tratos presentes nas instituições psiquiátricas e critica a prática de cuidado excludente/asilar dispensada a pessoa em sofrimento mental propondo uma mudança na forma de cuidado focado até então na doença para centrado no sujeito (Amarante, 2014; Carvalho, 2019).

Resultante deste movimento surgiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil que manteve presente a busca de um cuidado que compreende a necessidade oferecer e criar oportunidades sujeito de direitos e de convívio em sociedade a pessoa em sofrimento mental. Esse movimento RPB teve como ápice a promulgação da lei nº 10.216/01 que dispõe sobre a cautela das pessoas acometidas de transtorno mentais, regulamentando o cuidado segundo o modelo de atenção psicossocial que prioriza ações de cuidado aberta, comunitária que viabilizem a reinserção do sujeito na sociedade (Brasil, 2001).

A aprovação da referida lei contrapõe o modelo hospitalocêntrico oferecendo as pessoas em sofrimento psíquicos e mental uma forma de cuidado com práticas de em rede que tem na sua proposta terapêutica o acolhimento, vínculo e corresponsabilização (Leitão *et al.*, 2020).

No mesmo ano da publicação da Lei 10.216/2001, ocorre a IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que abordou a necessidade da formalização de ações a partir no modelo psicossocial de cuidado e a importância da inclusão da população infantojuvenil no campo das políticas públicas de saúde mental em concordância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e com os princípios da Constituição Federal (CF) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Braga, D'Oliveira, 2019).

No ano subsequente a Política Nacional de Saúde Mental é promulgada a Portaria nº 336/02 que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vinculando ao Sistema Único de Saúde (SUS) baseados nas experiências exitosas em algumas cidades do país (Braga; D'oliveira, 2019; BRASIL, 2004). A necessidade do cuidado à pessoa em sofrimento mental de forma aberta e comunitária como prevê

a Política de Saúde Mental, fomenta criação e inclusão de dispositivos substitutos aos hospitais psiquiátricos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se configuram como dispositivos de atenção estratégica de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais graves e persistentes incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou outras situações clínicas que dificultem a estabelecer relações afetivas e construir um projeto de vida. Constituído por equipe multidisciplinar, atuante no território, que prioriza ações coletivas e articuladas em rede. O cuidado é efetuado através de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou respeitando as especificidades individuais e aspectos da coletividade (Brasil, 2014).

O modelo de atenção psicossocial preconizado pela Política de Saúde Mental vem ampliar a discussão a respeito da complexidade envolvida no processo de adoecimento mental. Inúmeros fatores contribuem para o sofrimento psíquico, desde uma situação dentro do âmbito familiar como uma perda significativa ou questões do coletivo, como a violência. A complexidade do campo da saúde mental infantojuvenil preconiza práticas que contemplem a intersetorialidade compondo um trabalho em rede com diversos dispositivos de cuidado outros setores como a justiça, educação, assistência social levando a necessidade de práticas que contemplem a intersetorialidade (Brasil, 2013).

A Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com diferentes dispositivos da rede de saúde pública que se responsabilizam pelo cuidado compartilhado das pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas ampliando o diálogo e proporcionando atenção de forma integral as pessoas em sofrimento psíquico (Nunes *et al.*, 2019).

A RAPS estrutura seus serviços na Atenção Básica em saúde, na Atenção Psicossocial especializada que compreende os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, Atenção hospitalar, estratégias de Desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011). O valor das redes implica na forma de fazer o cuidado integral, onde as ações são articuladas e compartilhadas por diferentes atores (Couto, 2012; Delfini, 2017).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), configura-se como uma das diferentes modalidades de atenção de cuidado de característica territorial e

aberta que oferece atendimento preferencialmente à crianças e adolescente em sofrimento psíquico grave e persistente, com agravos decorrentes do uso de álcool e drogas (Brasil, 2014; Freire, 2004).

O CAPSi ocupa um lugar central na rede substitutiva, executando dupla função: técnica que responde pelos acolhimentos, atendimentos da população infantojuvenil em sofrimento psíquico e mental em concordância com o modelo de reabilitação psicossocial; e política, como de articulador da RAPS entre os demais serviços de saúde e com diferentes setores como justiça, educação, social e com os recursos presentes no território (Braga; D'Oliveira, 2019).

A atuação do CAPSi deve ser de forma comunitária e interdisciplinar, utilizando os diferentes saberes da equipe, crianças, adolescentes, comunidade, familiares contribuam para a construção de uma realidade com menos sofrimento. As ações devem compreender também os serviços comunitários existentes no território construindo uma rede de cuidado que potencialize as estratégias terapêuticas que ressignifiquem o sofrimento (Nunes *et. al.*, 2019).

A premissa da atenção do cuidado à criança em sofrimento mental encontra-se na articulação da rede intersetorial da saúde mental com os diversos setores envolvidos na assistência à infância: saúde; educação; assistência social, justiça e direitos, de forma a promover a integralidade do cuidado (Couto; Delgado, 2015; Sinibaldi, 2013).

O serviço de atendimento psicossocial dispensado ao público infantojuvenil compreende a articulação dos diferentes serviços estruturais da RAPS e da Atenção Primária à Saúde (APS), em especial pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde pode iniciar esse processo de cuidados à saúde mental da criança e adolescente, através de uma escuta qualificada (Brasil, 2005 a).

A entrada da criança e adolescentes na agenda de Políticas Públicas de Saúde Mental ocorreu tardiamente. Anteriormente o foco de cuidado a criança e adolescente priorizava práticas reparadoras e disciplinares em detrimento de ações clínicas ou psicossociais (Couto; Delgado, 2015).

O CAPSi é um dos pontos de atenção da RAPS, que objetiva ação primária de atividades de base psicossocial em espaços coletivos e intersetoriais envolvendo equipes multiprofissionais, famílias e usuários na formulação de um cuidado singular e longitudinal (Rodvalho; Pegoraro, 2020). No CAPSi a família passa a ser foco de atenção e cuidado, ofertado pelos profissionais de saúde. A partir do entendimento

que o sofrimento mental infantil e adolescente muitas vezes é decorrente do contexto familiar, social e escolar que está inserido, a família passa a ser corresponsável no cuidado integral e humanizado da criança e adolescente em sofrimento mental (Rodvalho; Pegoraro, 2020).

Muitas vezes percepção que algo se encontra em desacordo com o desenvolvimento natural na criança ou adolescente ocorre no contexto familiar e escolar, onde hoje em dia a criança passam a maior parte do seu tempo. Esses familiares ao tomarem conhecimento das diferenças manifesta no comportamento da criança iniciam a busca pela solução do sofrimento psíquico da criança (Delfini; Bastos; Reis, 2017). Porém muitas vezes este caminho encontra entraves que demonstram a fragilidade da RAPS e o cuidado fragmentado ainda presente nos dispositivos da rede de saúde (Couto, 2012; Lima, 2020).

Em saúde mental infantojuvenil as famílias têm papel importante na busca pelo cuidado frente ao sofrimento psíquico da criança. Sendo ela a responsável a caminhar, conduzir e construir com a criança esse itinerário.

O itinerário terapêutico se configura frente a experiência saúde-doença-cuidado o caminho trilhado pelas famílias na busca de apoio, acolhimento e cuidado. As escolhas realizadas durante essa experiência na busca da saúde são permeadas pelas experiências pessoais e coletivas que possuem significado e dão sentido a experiência (Gerhardt *et al.*, 2016).

O estudo sobre o Itinerário Terapêutico (IT) aproxima a possibilidade de entendimento sobre os caminhos percorridos pelos familiares, o atendimento dos serviços de saúde e a rede de apoio ofertada nesta caminhada. A compreensão das escolhas que cada família faz quanto ao tipo de cuidado, do serviço acessado, dos recursos acessados, das experiências negativas e positivas que incentivam continuar e parar a busca irá auxiliar as formas como os serviços podem se organizar para atender essa demanda complexa e singular do sofrimento psíquico (Belato *et al.*, 2008).

A análise dos itinerários terapêuticos construídos pelos familiares frente ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes possibilita conhecer as fragilidades e potencialidades do acesso aos dispositivos das RAPS e da Política de Saúde Mental Infantojuvenil e as dimensões relacionais existente nos encontros presentes neste caminho contribuindo para formas de atenção que contribuam a construção de

cuidados igualitária, equânime e integral da população infantojuvenil em sofrimento psíquico (Pinheiro *et al.*,2016) .

Diante do exposto, a pergunta central que norteará esta pesquisa é: quais os caminhos percorridos pelas famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que utilizam o CAPSi?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o itinerário de cuidado em saúde mental a partir do olhar de familiares de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi da cidade de Criciúma, estado de Santa Catarina.

1.2. 2 Objetivos específicos

- a) Identificar as motivações dos familiares para a busca do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.
- b) Compreender os desafios e as estratégias de cuidado utilizadas pelos familiares no processo de busca pelo cuidado em saúde mental.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O final da década de 1970 foi marcado pelos movimentos sociais que exigem uma política de assistência a população em vários setores principalmente na saúde. Um dos movimentos relevantes para a saúde mental que surgiu em 1978. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se organizou frente a precárias condições de trabalho e as ocorrências de violência que aconteciam nas instituições psiquiátricas. Diante das retaliações sofridas pelos trabalhadores o movimento toma força e conta com a adesão de outros trabalhadores da saúde, dos familiares dos internos, da comunidade e dos próprios pacientes que conviviam com o estigma da loucura (Brasil, 2005b; Kimati Dias; Mühl, 2020).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira movimento que tem inspiração na experiência italiana de Basaglia e começa a ser protagonista na luta pela antimanicomial; tecem críticas coletivas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico vigente naquele período, responsável pela assistência às pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2005b; Mühl, 2019).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde que tem como tema a reformulação do sistema de saúde e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) que garanta o direito a saúde a todos os cidadãos brasileiros (Brasil,1986). No ano de 1987 acontece o IIº Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em Bauru (SP) com o lema a luta antimanicomial e a Iº Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro que discutia aspectos referentes a economia, assistência e direitos referentes a Saúde Mental (Kimati Dias; Mühl, 2020).

A intensidade e os avanços dos movimentos sociais de redemocratização asseguram a formulações de políticas públicas que garantiam os direitos dos cidadãos como a promulgação da Constituição de 1988, o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) um sistema de saúde público com os princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Além disso o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que estabelece a proteção integral à criança e adolescente. Mudança significativas na saúde coletiva e mental rompendo com práticas excludentes ao doente mental (Delfini, 2010).

Os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde mobilizaram mudanças no cuidado surgindo uma prática de cuidado mais humanizada coerente com momento histórico, que beneficiou inicialmente a população adulta com transtorno mental (Brasil,2005b).

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil defende a inclusão da pessoa com transtorno mental na vida em sociedade como forma de cuidado. Diante do predominante modelo hospitalocêntrico de terapêutico pautado pela exclusão focado na doença e na remissão dos sintomas a reforma psiquiátrica começa a criar dispositivos alternativos de cuidado que tem como princípios a liberdade, de base territorial onde a vida acontece com a participação de diferentes atores e múltiplos saberes, entendendo que o sofrimento mental é complexo compreendendo infinitas resoluções (Amarante; Torres, 2019).

A adesão dos familiares dos internos, organizados em associações, nos movimentos de luta antimanicomial onde buscam promover a reintegração da sociedade e reduzir o estigma. Esta característica incluir a participação social no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece com mais intensidade no Brasil onde usuários, familiares e profissionais são corresponsáveis pelo cuidado (Mühl, 2019; Yasui, 2010).

A busca por um tratamento humanizado tem como orientação a desinstitucionalização, a quebra hegemônica do modelo biomédico onde o a pessoa em sofrimento seja mais que um sintoma e diagnóstico. Iniciam-se um processo de criação de novos dispositivos e tecnologias de cuidado que permitam o cuidado em liberdade de natureza comunitária (Brasil, 2005b; Kimati Dias; Mühl, 2020).

Um destes dispositivos de relevância para a Saúde Mental foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo em 1987. Em 1989, com as intervenções nos hospitais psiquiátricos proporcionam a articulação do atendimento contando com uma rede de cuidado à saúde mental fora do dispositivo hospital psiquiátrico. São criados através de políticas públicas municipais na cidade de Santos (SP) Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e outros dispositivos tornando o município referência no processo da luta antimanicomial (Brasil, 2005a).

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que compreende vários campos de transformação ultrapassando a disposição de serviços de saúde ou de ações inovadoras. Um dos principais objetivos da Reforma Psiquiátrica e a dimensão sociocultural que é potencializar relações de coexistência entre sociedade, crianças e

instituições com a loucura de forma a transpor o estigma, da discriminação e incapacidade dos sujeitos (Amarante, 2007).

O dispositivo da Lei 10.216 foi assinado no 2001 depois de tramitar por dez anos e com alterações significativas na proposta original. Este dispositivo de lei estabelece a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais constituindo uma nova forma de cuidado fundamentada no cuidado psicossocial defendido com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Brasil, 2001).

A criação de serviços substitutivos de cuidado psicossocial visa quebrar o paradigma biomédico hegemônico dos hospitais psiquiátricos no cuidado das pessoas em sofrimento mental. Essa permanência na lei do paradigma biomédico tão antagônico com a forma de atenção psicossocial permanecendo ainda hoje nas práticas de exclusão no cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico (Yasui,2010).

Diante deste fato o campo da Reforma psiquiátrica fica mais intenso, as mobilizações da IIIª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 2001 defendem um modelo de assistência pautado na concepção de saúde como forma de qualidade de vida instigando formação de rede de dispositivos para promover o atendimento de forma integrada e romper com o modelo de atendimento fragmentado e hospitalar e a inclusão da criança e adolescente na agenda política de saúde mental. (Yasui,2010).

Muitos os fatores como os movimentos social com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) , Movimento de Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Lei nº10.216 e as Conferencias Nacionais de Saúde Mental com a mudança nas práticas de cuidado para a população adulta através de serviços substitutivos a prática asilar e implantação de serviços em rede de base territorial e comunitária contribuíram para a mudança do modelo assistencial oferecidos a crianças e adolescentes (Brasil, 2005; Fernandes *et al.*, 2020).

Neste momento criança e ao adolescente são incluídos na agenda política de saúde mental. Com resposta a esta reivindicação no ano de 2002 a portaria nº 336/2002 regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivo central para a efetivação do modelo de cuidado psicossocial defendido pela Política de Saúde Mental e dentro das suas diferentes modalidades designa o Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que função deve priorizar o acolhimento da população infantojuvenil em sofrimentos psíquicos graves e persistentes de forma a integra-lo a vida social (Scalabrin, 2019).

Inicialmente, com a portaria nº 224 destaca os CAPS como dispositivos substitutos no cuidado a saúde mental compreendendo somente a população adulta. Em 2002 a Portaria nº 336 estabelece diferentes modalidades de CAPS contemplando o segmento de crianças e adolescentes no cuidado ao sofrimento psíquico de forma territorial e integral através da criação do CAPSi (Leitão *et al.*,2020).

Os CAPSi passam integrar a atenção de cuidado em saúde em rede de forma a contribuir para o desenvolvimento físico, psíquico e emocional de crianças e adolescentes sendo o primeiro serviço criado especificamente para crianças e adolescentes.

2.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A concepção de redes de atenção à saúde compreende um conjunto de ações e serviços de saúde interligados através de missão e objetivos em comum atuando nos diferentes níveis de complexidade de forma cooperativa, compartilhada ofertando a população referenciada uma atenção integral e contínua (Brasil, 2005a; Mendes, 2010).

Em 2011, através da Portaria nº 3.088/ 2011 o Ministério da Saúde cria a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) possibilitando a integralidade na lógica de cuidado a Saúde Mental a todos os serviços de saúde reforçando o papel da Atenção Básica no cuidado em saúde (Brasil, 2011; Elia, 2013).

A RAPS é composta por um conjunto de serviços: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial com o propósito do cuidado de forma integral, interdisciplinar ampliando a ação do cuidado da saúde mental aos demais serviços do SUS. A portaria permite a contratação de diferentes profissionais da área de saúde, educação, artes ampliando a prática transdisciplinar e intersetorial (Brasil, 2011; Elia, 2013, Gomes, 2013).

Somente a ampliação de uma rede de serviços e de substitutos de forma articulada e intersetorial não compreende a desconstrução da lógica manicomial. A mudança exige a mudança do olhar da doença mental de ordem orgânica para a saúde mental que compreende o sofrimento psíquico de ordem relacional e existencial. Sendo assim, primordial uma mudança cultural, social e histórica do

fenômeno da doença mental que se concretize através de ações potencializadora de subjetividades e trocas contemplando complexidade da dimensão humana (Gomes, 2013).

A ampliação da diversidade de dispositivos e serviços de cuidado voltado a saúde mental infantojuvenil na Atenção Primária, leitos hospitalares específico, os CAPSi, unidades de acolhimentos aos adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar que necessitem de acompanhamento terapêutico e protetivas devem ser permeadas pelos princípios da atenção psicossocial como a cuidado em liberdade respeitando a condição de sujeito em desenvolvimento que precisa ter assegurado o convívio social para construir relações vinculares saudáveis de forma favorecer o desenvolvimento psíquico saudável (Macedo; Fontenele; Dimenstein, 2018).

A organização da RAPS visa oferecer os cuidados desde a atenção primária, de média e alta complexidade de forma que se comuniquem entre si e forneçam um cuidado multidisciplinar. Os CAPSi na RAPS fazem parte da estratégia especializada respondendo pelo atendimento prioritário aos portadores de transtornos mentais graves e pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e seus familiares através de práticas de cuidado que priorizem o afeto, o vínculo e escuta. Ações de cuidado devem construir pontes para o exercício da cidadania por sujeitos autônomo e responsáveis pelo seu cuidado (Brasil, 2011; Elia, 2013).

A construção de compartilhamentos de saberes entre os campos da saúde mental e da saúde coletiva potencializa a importância dos atributos como longitudinalidade e integralidade no cuidado a saúde mental Infantojuvenil. A potencialização da RAPS assegura e garante a continuidade do cuidado em todas as etapas do desenvolvimento físico, psíquico e social (Cunha; Giovanella, 2011; Minoia; Minozzo, 2015; Starfield, 2002).

O sistema de referência e contrarreferência que irá construir uma forma de comunicação entre os diferentes dispositivos e serviços da rede de forma a integrar os diferentes níveis de atenção facilitando o acesso dos usuários. O conhecimento do território simplifica o fluxo e a continuidade da assistência do cuidado. A referência e contrarreferência extrapola o simples encaminhamento por implicar o compartilhamento da responsabilidade e resolutividade da demanda. Através do matriciamento deve ocorrer as trocas de experiências e saberes de diferentes profissionais com o objetivo de construir coletivamente um Projeto Terapêutico

Singular para que os casos não atendidos no CAPSi possam encontrar continuidade nos diferentes dispositivos da rede presentes no território (Brasil, 2007; kantorski *et al.*,2017; Quintanilha *et al.*, 2017).

A concepção ampliada saúde mental infantil resultante da correlação de diferentes aspectos do ciclo vital vivenciado, os vínculos familiares e o contexto sociocultural acrescentam a necessidade de ações intersetoriais que supera os limites da política de saúde. Cabe lembrar que os diferentes setores: educação, assistência, justiça foram convocadas a construir juntos uma política voltada a saúde mental infantil. A aproximação com outros setores que se ocupam da população infantojuvenil dissemina a compreensão a respeito do sofrimento psíquico diminuindo formas de exclusão e aumentando a resolutividades das demandas no campo da saúde mental (Brasil, 2005; Fernandes *et al.*,2020; Santos, 2019).

A atuação no contexto do CAPS envolve atuação intersetorial a articulação com os diferentes setores envolvidos com a assistência a crianças e adolescente incluindo todos os espaços por onde a criança e adolescente circulam como potente lugar de intervenções e promotor de saúde mental (Moreira; Torrente; Juca, 2018; Oliveira; Ferrarini, 2020).

A articulação e a construção de uma rede competente e eficaz que levem em conta cada a singularidade e a subjetividade de cada criança e ou adolescente e seus cuidadores garante a construção de um itinerário eficaz e resolutivo, diminuindo a demora na atenção e a continuidade do cuidado (Leitão *et al.*,2020).

2.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

O CAPS representa de forma efetiva os anseios da Reforma Psiquiátrica em romper com a hegemonia do modelo manicomial ofertando uma assistência para pessoas em sofrimento psíquico, que permita circular livremente e conviver com as pessoas construindo vínculos e relações de forma a resignificar seus sofrimentos e produzir saúde. Construindo na comunidade as aprendizagens necessárias para o convívio social com o diferente diminuindo o estigma e o preconceito geradores de exclusão (Fidelis, 2018).

Historicamente, a construção da assistência à saúde mental de crianças e adolescente ocorria de acordo com bases teóricas de duas correntes principais de ordens orgânicas. A que percebia a estrutura psicopatológica da criança idêntica à do

adulto e outra que compreendia crianças deficientes intelectuais e dos adolescentes com problemas comportamentais, sendo encaminhados para os hospitais psiquiátricos ou para instituições privadas, filantrópicas de cunho assistencialistas. Configurando assim por muito tempo a prática da exclusão e violência a população infantojuvenil e a eximindo o estado de políticas públicas para resolução de problemas sociais que estavam por traz deste problema (Fernandes *et al.*, 2020).

A Portaria nº 336 regulamentou o funcionamento dos CAPS, serviços de assistência em saúde mental contribuindo para a ampliação de uma rede de atenção e cuidado. O CAPS está inserido no contexto do SUS em diferentes modalidades estabelecidas de acordo com porte, complexidade e abrangência populacional do município (Brasil, 2002).

Dentre estes segmentos encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) que viabiliza o atendimento prioritário a população infantojuvenil em sofrimento psíquico grave e persistentes que por sua condição psíquica encontram-se impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. (Brasil, 2002, 2004, 2005a).

Desta forma, o CAPSi se configura como o primeiro e principal dispositivo de saúde mental direcionado a população infanto-juvenil. Seguindo o modelo psicossocial e de atendimento em rede, o cuidado deve respeitar as suas especificidades desta população e estar em concordância com os compromissos éticos e políticos da Reforma Psiquiátrica e do SUS (Couto; Delgado, 2015; Fernandes *et al.*, 2020).

De acordo com determinação da Portaria nº336 a equipe técnica mínima para atuar em um CAPSi deverá contar com ; 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo e 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão para atender o número de 15 crianças ou adolescentes em atendimento por turno. Sendo o horário de funcionamento matutino e diurno, podendo ser estendido até às 21 horas. A composição multiprofissional corrobora com troca de saberes e prática multidisciplinar frente a complexidade do sofrimento psíquico (Brasil, 2002; Jordão; Pergentino, 2018).

A formação do trabalho de uma equipe multiprofissional compreende a construção na coletividade. Sendo assim fundamental o exercício da tolerância, respeito e diálogo aos diferentes conhecimentos formativos, experiência de vida, valores morais, diferenças culturais e visões de mundo. Esta diversidade pode gerar conflito que acabam por refletir no campo teórico-técnico nos modelos de atenção e cuidado adotados e na questão ética da ruptura com a ordem existente e a ética do sujeito (Moreira; Torrente; Juca, 2018).

Com a entrada da criança e adolescente na Política de Saúde Mental iniciou um caminho para estabelecer as diretrizes e princípios norteadores de um cuidado a saúde mental em concordância a lógica de cuidado psicossocial. Sendo eles, a concepção de criança como sujeito de direito que sucinta um compromisso ético com a especificidades do ciclo vital vivenciado e a singularidade; de acolhimento universal; de encaminhamento implicado; de construção permanente da rede; da importância do território e da intersectorialidade (Brasil, 2005a).

O sofrimento psíquico de crianças e adolescente passa a ser reconhecido e as práticas de cuidado ampliam seu escopo para além do viés orgânico. O desconhecimento das especificidades desta população e a presença da cultura do modelo biomédico como solução dos problemas de saúde faz com que ainda coexistam modelo de clínica com ênfase na doença e na produção de diagnósticos de acordo com os sintomas relatados e utilização de intervenções farmacológicas dentro de serviços substitutivos como CAPSi, contrariando assim o ordenamento do serviço substitutivo dentro de uma lógica psicossocial (Fernandes *et al.*, 2020; Moreira; Torrente; Juca, 2018).

De acordo com Couto; Duarte e Delgado (2008) fatores corroboraram com essa morosidade na assistência da saúde mental de crianças e adolescentes como: a complexidade do sofrimento mental que envolvem sintomatologias diversas, incidência em períodos diferentes; e a necessidade da coleta de informações de diversas fontes (família; criança e adolescente; escola, etc.) dificulta um diagnóstico de qualidade. Segundo fator: poucos conhecimentos sistematizados do quanto prejuízo os transtornos da infância podem estar relacionados com a saúde mental e como diferentes culturas/regionais podem influenciar na proteção ou risco da saúde mental.

Como terceiro fator a necessidade de avanço das comprovações da eficácia das terapêuticas aplicadas a esta população. E finalmente a dificuldade em construir

redes intersetoriais no sentido de afinar práticas voltadas ao sofrimento psíquico em crianças e adolescente (Couto; Duarte; Delgado, 2008; Leitão *et al.*, 2020).

A visão da doença mental como sofrimento-existencial desconstrói práticas alicerçadas na visão dualista da “doença-cura” que negligencia as relações sociais, o território, a subjetividade e a singularidade construída no cotidiano e reduz o sujeito a uma patologia (Amarante, 2003; Jordão; Pergentino; 2018; Moreira; Torrente; Juca, 2018).

A saúde mental passa a ser compreendida como sofrimento de pessoas, que está presente na vida de qualquer pessoa em qualquer momento da vida e que em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoques que considerem os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais, enfim a complexidade dos seus múltiplos determinantes na condução do seu cuidado (Brasil,2013; Serpa Jr, 2004).

O movimento de humanização na saúde nos remete a um cuidado ético, estético e político (Brasil, 2013). No campo da saúde mental infantojuvenil a proposta de um cuidado humanizado garante que a criança e/ou adolescente ocupe o lugar de sujeito, protagonista da sua história de vida, com as suas singularidades e subjetividades, capaz de compartilhar a responsabilidades com o seu cuidado com os familiares/cuidadores e técnicos ter garantido o seu direito a um desenvolvimento em todas as suas dimensões biopsicossocial. Ou seja, a palavra da criança e adolescente tem lugar e legitimidade e as ações assistenciais visam promover a autonomia através de situações coletivas produtoras de subjetividade.

O primeiro contato com o serviço é através do acolhimento. Cada pessoa que chega ao CAPSi deve ser acolhida em função do seu sofrimento psíquico por uma equipe multidisciplinar. O profissional do CAPSi deve utilizar do recurso de uma escuta qualificada a serviço do entendimento, do respeito as diferenças. Deve recorrer a sua sensibilidade e empatia, superando padrões normalizadores permitindo assim a expressão da experiência de vida do sujeito em sofrimento psíquico. A população infantojuvenil chega ao CAPSi acompanhada pelo familiar expressando um desconforto sistêmico. A escuta deve ser de todos os autores envolvidos; família, criança ou adolescente reconhecendo o sofrimento existente expresso ou não, e através do diálogo e do compartilhamento de saberes novas possibilidades de ser e agir e sentir podem ser construídas coletivamente (Cossetin, 2017; Moreira; Torrente; Juca, 2018).

O acolhimento proporciona a criança e ao adolescente e seus familiares um cuidado integral compreendendo o contexto de vida, as suas relações familiares, escolares, sociais e comunitárias que contribuem para o sofrimento psíquico ampliando os limites restritos do olhar somente para patologia (Liberali *et al.*,2020).

Durante o acolhimento inicial o profissional consciente das suas funções potencializa a escuta de forma a identificar a multiplicidade de demandas claramente expressas através de palavras ou implícitas no silenciamentos que demanda uma “escuta” do que não é dito, mas revelado através do tom de voz, do comportamento, das expressões corporais, das interações que acontecem identificando as necessidades que precisam ser atendidas e com o conhecimento da rede intersetorial poder realizar os encaminhamentos necessários no sentido de promover a cidadania e autonomia do sujeito (Moreira; Torrente; Juca, 2018).

O processo de promover alternativas de comunicação com a criança e adolescente afastando do discurso familiar e institucional sobre o sujeito aprimora a compreensão da demanda, desenvolve autonomia e vinculação do sujeito e potencializa a autenticidade da expressão (Liberali *et al.*,2020).

O olhar para a compreensão do território não só como espaço geográfico, mas também espaço relacional possibilita compreender melhor o sofrimento psíquico de todos os atores envolvidos, já que muitas vezes a criança ou o adolescente é só o porta voz das dinâmicas de sofrimento psíquico que se estabelecem (Lanceletti; Amarante, 2006).

As ações no território potencializam novas formas diversificadas de encontro nos cenários do cotidiano, local que a vida emerge produzindo possibilidades de novas formas de ser e estar no mundo. Sendo assim o território se configura espaço privilegiado do cuidado no campo psicossocial, o local de construção biográfica onde o sujeito se constitui nas trocas afetivas estabelecidas nas relações familiares, sociais e escolares rompendo com o estigma frente ao sofrimento psíquico. Desta forma, o contexto social e cultural impulsiona vivências e experiências essenciais na constituição da subjetividade do sujeito (Silva; Pinho, 2015; Da Silva *et al.*, 2019).

Ao sair de dentro dos limites do consultório e adentrar ao território significa compreender que a demandas presente no sofrimento psíquico infantojuvenil encontra-se imersa em situações de contexto de desigualdade social e acesso cultural. Enquadrar o sujeito a um padrão de norma onde ao desviante oferece apenas a terapêutica do medicamento e disciplinador é cometer mais uma violência a criança

e adolescente sujeitos e cidadãos (Moysés, Colares, 2019; Pereira, Müller, Cordeiro, 2020).

A clínica no território ocorre através de intervenções e com os demais serviços existentes na comunidade através de práticas intersetoriais promovendo a adesão e o comprometimento do usuário com o seu cuidado ampliando a concepção que o cuidado com a saúde mental deve abranger as diferentes dimensões do sofrimento psíquico e o comprometimento social de todos (Braga; D'Oliveira, 2019, Brasil, 2005a).

A lógica de atenção psicossocial compreende que todo ato clínico é simultaneamente um ato político. A articulação da saúde com os demais setores: educação, justiça e direitos, assistência, cultura garantem e asseguram o compromisso do Estado em cuidar de todos os seus cidadãos garantido o direito de se desenvolver integralmente de acordo com as suas especificidades (Jordão; Pergentino, 2018; Leitão *et al.*, 2020; Moretto; Peixoto Conejo; Terzis, 2008).

As demandas necessariamente precisam ser atendidas, seja através de ações desenvolvidas pelo CAPSi, ou seja, pelos encaminhamentos realizados de forma implicada aos demais dispositivos da rede intersetorial ampliando a capacidade de autonomia dos usuários. Encaminhamento implicado compreende a corresponsabilidade e participação de todos os atores no processo de cuidado estabelecendo diálogos no coletivo com outros setores na construção da resolutividade da queixa. Este procedimento implica na relevância da articulação e fomentação da rede de serviços de saúde e demais setores envolvidos na dinâmica do sofrimento psíquico (Braga; D'Oliveira, 2019; Brasil, 2005a).

A equipe ao realizar encaminhamentos deve assumir a corresponsabilidade pela garantia do atendimento, através do contato direto com as demais instituições parceiras e compartilhando conhecimento sobre o caso de assegurando a continuidade do cuidado e contribuindo para a produção de itinerários potentes realizados pelas famílias (Moreira, Torrente; Juca, 2018).

Para encaminhar ou responder as demandas de saúde mental que chegam CAPSi deve contemplar os fatores de risco e os fatores de proteção existentes na biografia e no contexto sociocultural do sujeito e de sua família de forma criar estratégias de cuidado singulares (Moreira, Torrente; Juca, 2018).

A produção do diagnóstico em saúde mental dentro de um CAPSi deve ser um diagnóstico situacional avaliando a rede de apoio existente na vida do sujeito para preservar e potencializar todos os possíveis espaços de atuação particularmente nas

situações de sofrimentos psíquicos graves de forma a reestabelecer os laços sociais fragilizados e promover a inclusão (Tenório, 2001).

A clínica baseada no modelo biomédico com ênfase na doença e na produção de diagnósticos de acordo com os sintomas relatados e utilização de intervenções farmacológicas ainda coexistem dentro de serviços substitutivos como CAPSi referenciado de acordo com o paradigma da atenção psicossocial. A clínica dentro de um serviço substitutivo deve ser embasar em um corpo teórico que legitima a complexidade da experiência do sofrimento sem reduzir a uma categoria (Moreira, Torrente; Juca, 2018).

A assistência no cuidado a população infantojuvenil deve construir redes, sejam elas de saúde ou intersetoriais de forma a atender as especificidades de cada criança ou adolescente que adentrar aos CAPSi.

A criança vai se constituindo enquanto sujeito único e singular nas suas experiências de vida, nas vivências no cotidiano nas relações vinculares permeadas por afetos. As relações vinculares construídas são importantes no desenvolvimento integral de forma que a rede de atenção psicossocial vem ampliar e potencializar o cuidado da população infantojuvenil em sofrimento psíquico.

2.4 INFÂNCIA, ADOLESCENCIA E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O conceito de infância e adolescência se apresenta em relação ao modo como uma sociedade organiza o modo de viver cultural, histórica, político e social. Sendo sociedades e tempos históricos diferentes irão construir diferentes conceituações de infância e adolescência. Configurando desta forma diferente de cuidado direcionada as crianças pelos adultos de acordo com a sociedade e cultura que permeia esta relação (Aires, 2012; Santos, 2019).

Durante muito tempo o período de vida que compreende o nascimento e a entrada no mundo adulto a criança se encontrou a margem do processo de socialização. Assim que a criança começava a apresentar uma certa independência física adentrava o mundo dos adultos sendo responsável pelas atividades laborais juntamente com os adultos, não havia separação dos espaços físicos destinados a criança ou adulto e o processo de socialização acontecia na aprendizagem de um ofício com os mais velhos (Aires,2012).

Assim que a criança começava a apresentar uma certa independência física adentrava o mundo dos adultos sendo responsável pelas atividades laborais juntamente com os adultos, não havia separação dos espaços físicos destinados a criança ou adulto e o processo de socialização acontecia na aprendizagem de um ofício com os mais velhos (Aires,2012). Havia um alto índice de mortalidade nos primeiros anos de vida e nenhum tipo de cuidado era direcionada a elas (Lima, 2020).

De acordo Aires (2012) somente entorno do século XVII tem origem o sentimento de infância começa a ter um lugar na sociedade. A partir deste momento o período da infância passou a ter mais representatividade e a criança passa a ser percebida nas suas particularidades diferenciando-se do adulto (Aires,2012).

Diante das mudanças nas estruturas da sociedade através da inclusão dos espaços públicos e privados com limites mais precisos, a família assume o papel de lugar de afeto e expresso pela responsabilidade de educar, novas formas de trabalho com a ascensão da classe burguesa fizeram com gradativamente a criança fosse ocupando um novo lugar, ora de necessidade de proteção e cuidado ora de necessidade de disciplina (Aires, 2012; Santos, 2019).

Entre os séculos XVI ao XVII as transformações são marcadas pela ideia do indivíduo e da noção de razão. O homem passa a ser concebido como consciente de si e capaz de pensar (Araújo; Oliveira; Rossato, 2017). Neste contexto a intelectualidade surge como característica do ser humano saudável e contrapartida o louco passa a ser aquele que desprovido de razão se comporta de maneira inadequada para os padrões morais perdendo o seu direito de existência humana (Foucault, 2012).

Diante da loucura surge a necessidade da manutenção das normas, costumes e a disciplina da população frente a desqualificação do louco surge a criação de asilos e instituição para o enclausuramento dos loucos, pobres e desvalidos constituem o cenário para o surgimento da Psiquiatria enquanto saber que legitima o “doente mental” (Foucault,2012).

A preocupação volta-se para as crianças como forma de identificar precocemente a doença mental e ter uma população adulta mais saudável. A história da criança enquanto “doente mental” se confunde com a concepção de infância inocente e desprovida de inteligência. A inserção da criança nos asilos ou hospitais ocorria pela “deficiência” mental (Mesquita, 2019).

No Brasil a assistência à saúde mental inicia com o primeiro Hospício Dom Pedro II em 1952 como instituição filantrópica e assistencial dirigida pela Santa Casa de Misericórdia. O papel do Hospício Dom Pedro II era retirar das ruas os alienados desprovidos da razão (Ribeiro, 2006). Com a Proclamação da República o Hospital passa a se chamar Hospital dos Alienados passa a ser uma instituição governamental, e passa a ter a direção médicos psiquiatras (Heidrich, 2007).

O Brasil no final do século XIX e início do XX vivia um contexto sócio-histórico onde buscava se elevar ao patamar de civilização nos moldes europeu. A riqueza de um país não era mais medida pelas suas extensões territoriais e sim pela qualidade produtiva da sua população surgindo a necessidade de investimento na população infantil que seria o futuro do país. O crescimento urbano de forma desordenada aumentou o número população ociosa perambulando pelas ruas (Ribeiro, 2017; Roma, 2021).

A atenção a criança configurou com a inserção de práticas educativas e de saúde como forma de proteção quanto a doenças ou comportamentos desviantes. As escolas se instituíram o local para a assistência de crianças através de práticas disciplinares. A criança deveria ser educada e treinada para se tornar um adulto com as virtudes esperadas para a sociedade da época. As crianças que apresentassem algum comportamento desviante eram internadas nos mesmos hospitais psiquiátricos juntamente com os adultos (Lima, 2020)

Nos fins do século XIX surgiram denúncias de mal tratos na assistência dispensada as crianças asiladas no Hospício Nacional de Alienados. Como resposta em 1903 inicia a reforma e a criação de uma ala destinada a assistência de crianças, o Pavilhão-Escola Bourneville foi a concretização de uma resposta aos protestos e denúncias (Silva, 2009).

O novo espaço do Hospício Nacional de Alienados a assistência e educação era direcionada as crianças consideradas débeis ou atrasados que de alguma forma não conseguiu vencer as etapas do desenvolvimento para se tornar um adulto saudável, sendo custeada pelo Estado. A população de acordo com os registros era na sua maioria brancas, indigentes, mas que possuíam algum tipo de vínculo familiar contrariando a lógica higienista e eugenia a que afirmava a inferioridade do negro de caráter hereditário (Silva, 2009; Sá, 2019).

Neste momento houve uma mudança no modelo do pensamento psiquiatra alienista hegemônico e gradativamente há uma aproximação com as teorias

organicista que se dedica a encontrar uma causa orgânica para a doença mental em detrimento da dimensão moral individual (Roma, 2021).

Ao médico, ator principal do movimento higienista, é conferido o poder de regular e estabelecer normas do modo viver em sociedade. (Ribeiro, 2017)

A família e a criança começam a ser alvos de intervenção como forma de detectar precocemente a doença mental evitando um adulto doente (Cruz; Guareschi, 2005). O Estado utilizando do saber da Psiquiatria, Psicologia e Pedagogia começa a assessorar a fim de garantir um desenvolvimento saudável das crianças. Iniciou-se um processo de medicalização da família através da propagação de normas de disciplina, física, moral, intelectual e sexual baseadas no saber do especialista que deveriam alicerçar a relação entre as crianças e seus responsáveis. Quando os pais falham neste processo e a criança encontrava-se em situação de mendicância e marginalidade perambulando pelas ruas das cidades. Diante do perigo da vulnerabilidade exposta o Estado assume o papel de tutela recolhe as crianças interna-as em instituições apropriadas, denominadas casas de correção que tinham como método a educação pela disciplina do trabalho (Delfini, 2010; Sanine; Castanheira, 2018).

A psiquiatria infantil inicialmente se preocupou com desenvolvimento intelectual das crianças, estabelecendo padrão de normalidade cognitivo tendo como regulação a aquisição de aprendizagem ou o envolvimento de adolescentes na criminalidade. Essas crianças e adolescentes eram tidos como anormais sendo nomeadas como idiota, imbecil ou débil mental. Inicia-se um processo de segregação e cerceamento da liberdade com a construção de locais específicos para o atendimento aos loucos, sendo destinadas alas específicas para as crianças bem como escolas para crianças anormais (Batista; Oliveira, 2017; Foucault, 2012; Reis et al.,2016).

A Pedagogia irá se ocupar com o tratamento através da educação disciplinar, em instituições filantrópicas criadas para o ensino destas crianças. A escola se estabelece como campo de atuação da Psiquiatria que instruí os professores para identificarem os alunos que não correspondem ao padrão de normalidade bem como de orientar pais de como disciplinar seus filhos e estar atento a sinais de anormalidade reafirmando o saber médico (Foucault, 2012; Reis et al.,2016).

A psicologia se estabelece como saber científico a partir da do momento que o ser humano é objeto de investigação. A concepção de uma sociedade disciplinar criadas instituições com o intuito de transforma o indivíduo mais produtivo e útil e

submissos para a sociedade. Neste contexto a Psicologia emerge como uma potente estratégia de controle do individual e coletivo utilizado pelo movimento higienista oferecendo a normalização dos comportamentos desajustados e indisciplinados. Através da comparação, do estabelecimento de normas e técnicas avaliativas da psicologia do desenvolvimento e dos instrumentos psicométricos participa e legitima o poder do modelo higienista classificando os indivíduos aptos a viver em sociedade (Batista; Oliveira ,2017; Jantara; Ferrazza, 2020).

Os movimentos sociais trouxeram avanços para a concepção da infância e da saúde mental. Os movimentos de reforma sanitária nos anos 1970 melhorou a saúde da população infantil reduzindo o índice de mortalidade infantil através de ações de saúde pública como vacinação, controle de doenças de ordem orgânicas. A reforma psiquiátrica questionou as práticas terapêuticas oferecidas ao doente mental fundamentadas na medicalização, exclusão e educação disciplinar oferecendo um olhar sistêmico para o ser humano mudando o foco da doença para o sujeito. A privação do convívio social prejudicial ao desenvolvimento psicossocial da criança em formação contribuiu para o aumento do sofrimento psíquico (Almeida, 2018; Couto, 2004; Rizzini, 2008).

Com a Constituição Federal de 1988 estabelece uma nova concepção de infância caracterizando a criança como sujeito portador de direitos e deveres como sujeito social, histórico e cultural. Sendo está legislação complementada pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) em 1990 (Sanine; Castanheira, 2018).

A construção do conceito de criança e adolescente como sujeito de direito em desenvolvimento necessitando de cuidado, com respeito as diferentes etapas do desenvolvimento compreendendo cada criança e adolescente se constituir enquanto sujeito de acordo com as suas histórias de vida, experiências da vida de acontece em um tempo e espaço que e permeado por relações vinculares de afeto que exigem práticas de cuidado a saúde mental baseadas no acolhimento, na escuta e no respeito (Batista; Oliveira, 2017).

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

A produção de conhecimento científico em saúde, implicados com a sociedade democrática e com as políticas de saúde amplia a discussão do processo saúde-doença. Inserindo em um contexto onde são apreciados os aspectos culturais, étnicos, econômicos, sociais e religiosos como determinantes e condicionantes do modo de vida da pessoa. O usuário passa a ser ator principal para o qual os programas e as políticas públicas de saúde devem convergir (Gerhardt et al., 2009).

A política de saúde pública brasileira no campo da saúde mental coloca o sujeito como corresponsável junto com os demais atores no seu processo de cuidado onde o centro do cuidado está o sujeito e não a patologia. Essa forma de assistência à saúde a população não deve ser diferente com a criança e adolescente em sofrimento psíquico.

A vivencia do sofrimento pelo sujeito desencadeia uma busca pelo restabelecimento da saúde. Esse caminho percorrido recebe o nome de itinerário terapêutico.

O conceito de Itinerário terapêutico é oriundo da antropologia e vem sendo incorporado nas pesquisas sócio antropológicas em saúde, em investigações sobre ações empreendidas pelas pessoas e ou seus familiares frente a situação vivenciada de doença ou sofrimento (Alves, 2015, 2016; Pacheco; Onocko-Campos, 2018; Pinheiro et al., 2016).

A aproximação com o tema itinerários terapêuticos possibilita a produção de análise mais flexíveis que levem em consideração a diversidade, singularidade e complexidade dos atores envolvidos nas práticas e demandas por cuidado bem como a pluralidade de saberes contribuindo assim na promoção de saúde em concordância com os princípios dos SUS e reassegurando direito a saúde (Pinheiro et al.,2016)

Ao se deparar com o adoecimento, a pessoa adoecida e seus familiares iniciam um caminho de construção e gerenciamento do seu cuidado terapêutico. Para a construção deste caminho irão se amparar nos diversos dispositivos da rede de saúde e as necessidades de cuidado pessoal (Bellato; Araújo; Castro, 2008; Costa et al., 2019; Pereira, 2015).

Os itinerários terapêuticos se configuram como uma importante abordagem tecnológica, teórica e metodológica que evidencia o dia a dia e as ações de todos envolvidos de modo a permitir apreender os discursos e práticas que expressam diferentes lógicas no compromisso com a saúde da população de diferentes campos de atuação (Bellato et al., 2008).

Itinerário terapêutico se materializa na construção de um conjunto de cuidados e crenças sobre saúde e doença, corpo e espírito buscando alcançar o conceito ampliado de saúde que compreende um bem-estar biopsicossocial e espiritual resulta numa pluralidade de práticas terapêuticas que se delineia nos encontros articulados nos diversos espaços sociais e culturais e recursos disponíveis permeada pela subjetividade de afeto (Alves; Souza, 1999; Gerhardt, 2006, 2007, 2009).

A construção de um itinerário terapêutico compreende as escolhas que são tomadas a partir de “padrões socioculturais” ou “psíquico-sociais” e também pelo processo de subjetividade. Na escolha terapêutica está implícito a história de vida do sujeito, da sua perspectiva de mundo, das relações social, cultural e econômico e como afeta e é afetada pelo seu entorno. Sendo assim os estudos sobre os itinerários terapêuticos devem voltar a sua perspectiva para experiência do “vivido” rompendo com a dicotomia entre as dimensões cognitivas ou socioculturais presente no processo de escolha (Alves, 1993; Alves; Souza, 1999, Gerhardt et al., 2009; Pollock, 1996).

Os indivíduos ou grupos sociais encontram diferentes formas enfrentamento das questões de saúde e doença. A escolha por uma terapêutica é influenciada pelo contexto sociocultural e econômico no qual a pessoa está inserida e as relações interacionais vivencias pela pessoa, sendo também presentes os aspectos que compreende a subjetividade de cada um. Os projetos de cuidado da saúde individuais ou coletivos vão sendo esboçados na interação entre o contexto sociocultural e a história biografia individual (Alves; Souza, 1999, Gerhardt, 2007).

3.1 TEORIA DA SUBJETIVIDADE

O processo de escolha referente ao itinerário terapêutico envolve a subjetividade, para complementar este assunto será adotado o referencial da Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey que prioriza com o rompimento da dicotomia entre o objetivo versus subjetivo. As ciências psicológicas por muito tempo estiveram

atreladas a epistemologia positivista e suprimindo das suas práticas e do seu campo pesquisa que compreendesse os fenômenos humanos de forma integrada.

Os avanços nas Políticas Públicas de Saúde contribuíram para uma mudança na forma de pensar os processos de saúde e propuseram outros caminhos para o cuidado em mental. Em referência a Política de Saúde Mental Infantojuvenil as estratégias de cuidado a criança em sofrimento seguem lógica de atenção psicossocial, rompendo com o paradigma biomédico hegemônico.

Cabe ressaltar que as práticas de saúde baseadas no modelo biomédico realizam importantes avanços no âmbito da saúde, porém no domínio da saúde mental negligencia aspectos significativos para o entendimento dos fenômenos sociais, culturais, históricos e subjetivos presente na constituição das “doenças mentais” (Oliveira, Goulart, Gonzalez Rey, 2017).

A influência do modelo biomédico ainda presente no contexto de práticas de cuidado em saúde mental, negligencia o sujeito no seu processo de adoecer centrando a abordagem na doença e na expressão dos sintomas de ordem biológicas. A compreensão do sofrimento e adoecimento implica em olhar de forma contextualizada e relacional compreendendo que aspectos culturais, sociais e históricos são dimensões indissociáveis da vida humana e saúde (González Rey, 2016; Oliveira, Goulart, Gonzalez Rey, 2017).

O processo de desenvolvimento e organização das funções psíquicas superiores ocorrem nas ações do cotidiano do indivíduo inserido num contexto social determinado através da mediação do cultural construído historicamente. As mudanças geradas na psique e no social são de ordem qualitativa fomentadas por uma relação dialética, onde a psique e o social se constituem e são constituídos reciprocamente configurando uma relação recursiva, processual e complexa. Sendo este processo de desenvolvimento contínuo e singular (González Rey, 2016; Matos, 2019).

O constructo teórico elaborado por Vygotsky dentro de uma abordagem Histórico Cultural contribuiu para a compreensão da complexidade do psiquismo humanos e conseqüentemente para o desenvolvimento de uma Teoria da Subjetividade, Epistemologia Qualitativa e método construtivo - interpretativo de González Rey (PASSOS, 2017).

O tema subjetividade é a categoria principal da teoria da subjetividade sendo uma qualidade do indivíduo em suas diferentes dimensões estabelecendo-se como

um processo complexo, recursivo e contraditório (González Rey, 2003; Mori; González Rey, 2016).

O referencial teórico da subjetividade apresenta algumas dinâmicas conceituais: subjetividade, sentido subjetivo, configuração subjetiva e sujeito que se serão apresentadas a seguir (Goulart, 2017).

De acordo com González Rey (2003) a subjetividade é um processo que ocorre na experiência individual e nos processos sociais, sem que estes sejam determinantes já que a subjetividade é uma qualidade, ou seja, como o sujeito é afetado por essa experiência. A subjetividade não é expressão direta do social pelo sujeito, é gerada na tensão do singular com o social, sendo muitas vezes contraditórias.

A subjetividade não é a expressão linear do social pelo sujeito ela é gerada pela tensão da relação do individual e social sendo que muitas vezes apresenta características contraditórias, pois é sempre relacional com o momento vivido, e os sentidos despertados de acordo com a história de vida e o contexto na qual está inserido (González Rey; Mitjans Martínez, 2017; Mori; Gonzalez Rey, 2016).

A subjetividade social e a individual são momentos diferentes de um mesmo sistema. Ambas as instâncias da subjetividade são sistemas processuais em desenvolvimento permanente que se expressam através dos sujeitos concretos que se posicionam ativamente no curso desse desenvolvimento (González Rey, 2004).

A subjetividade como um sistema complexo se constitui em dois espaços: o social e o individual, de forma contínua e relacional. A subjetividade adquire um caráter de qualidade na ação do sujeito, onde o social e o individual estabelecem uma relação dialética constituintes e de constituídos formando um “corpo” impossibilitando a discriminação do que é do pertence aos processos sociais e o que pertence aos processos psíquicos (González Rey, 2016; Mori; González Rey, 2012).

A sujeito vai se constituindo e sendo constituído em um mundo social e culturalmente organizado mediante a sua ação criativa e autônoma. Estes contextos diversificados por onde os sujeitos transitam e vivenciam as suas experiências do cotidiano acomodam a subjetividade individual e a subjetividade social (Gallert; Loureiro; Silva; Souza, 2011).

A subjetividade individual indica processos e formas de organização da subjetividade que ocorrem de acordo como cada sujeito vivencia a sua história de vida na sua particularidade se diferenciando e contrapondo os espaços sociais de subjetivação (González Rey, 2002).

A subjetividade individual se constitui no contexto histórico cultural. A vida em sociedade contribui para que o indivíduo produza novos sentidos e significações. Concomitantemente ao agir o sujeito está transformando a subjetividade social. Este processo de desenvolvimento de subjetividades individuais e sociais acontece em momentos diferentes de um mesmo sistema de modo processual, recursivo e indissociável (Castanho; Zorzim, 2017; González Rey, 2003).

A subjetividade social se apresenta como um sistema complexo que permite entender a relação dialética entre o individual e o social na produção de subjetividade. O sujeito ao agir e circular pelos espaços sociais vai constituindo sua subjetividade através da produção de sentido subjetivo, que tem como referência a sua subjetividade individual. A subjetividade social e individual são momentos diferentes do mesmo sistema, a subjetividade individual constitui a social e concomitantemente é constituída por este (González Rey, 2003; Oliveira, 2018).

A categoria de sentido subjetivo elaborada por González Rey a partir da ideia de sentido cognitivo e afetivo como organizador das funções psicológicas de Vygotsky incluindo ao conceito a características de um processo constituído pelo sujeito em uma relação dialética e recursiva entre o individual e social (González Rey, 2004; Mori, González Rey, 2012).

Os sentidos subjetivos se organizam em um sistema complexo no decorrer da história de vida de cada pessoa em um contexto cultural e social numa relação onde correspondem a uma configuração inédita que permeia o encontro único destes dois determinantes (Mitjans Martínez; González Rey, Puentes, 2019).

A conceituação de sentidos subjetivos como unidade simbólico-emocional indissociável confere as emoções um valor essencial na dimensão simbólica. A emoção evoca inúmeros processos simbólicos quando associada ao sentido subjetivo da mesma maneira que os processos simbólicos em relação com os sentidos subjetivos manifesta infinitas emoções procedentes de espaço e tempo diferentes (González Rey, 2016; Mitjans Martínez; González Rey, 2017).

A produção de novos sentidos subjetivos no ato da vivência de uma experiência se organiza com os sentidos subjetivos adquiridos de experiências anteriores que gera novos sentidos subjetivos sucessivamente. Esta organização produz na dinâmica da configuração subjetiva com os sentidos subjetivos (Mitjans Martínez, González Rey, Puentes, 2019).

A configuração subjetiva corresponde integração do sentido subjetivo produzido no decorrer da vivência das experiências em diferentes contextos nos qual está inserido que se relacionam com outro sistema de organização subjetiva que advém de outras experiências vivenciadas pelos sujeitos, produzindo novos sentidos subjetivos e novas configurações sucessivamente. O sujeito individual e social constitui dimensões essenciais na constituição subjetividade, sendo categorias inseparáveis na construção daquilo que é singular, próprio do sujeito e das suas atividades desempenhadas em sua vida social (González Rey, 2016; Masini; Goulart, 2018).

As multiplicidades de configurações subjetivas formam uma rede de recursos que permitem o sujeito a inovar criativamente e encontrar formas de viver as diferentes situações dos cotidianos ao qual está inserido saudavelmente (González Rey, 2005; Mourão; Goulart, 2019).

O sujeito está no amago de todo o processo constitutivo das configurações subjetiva que contempla complexidade relacional da experiência de vida no momento presente, sua biografia e os sentidos subjetivos constituídos na subjetividade individual e social (Goulart, 2017; González Rey, 2016).

Neste contexto, a qualidade de sujeito confere ao indivíduo a capacidade, frente os dilemas do cotidiano, construir criativamente novos trajetos subjetivos de enfrentamentos nos espaços de vida social e institucional que está inserido. O sujeito imprime a sua forma subjetividade individual nas suas escolhas e tomada de decisões, sendo algumas vezes pontos de ruptura e inovação ao que está posto na realidade externa (González Rey, 2007, 2016; Souza; Torres, 2019).

A teoria da subjetividade simultaneamente com a Epistemologia Qualitativa e o Método Construtivo- Interpretativo foram constituídos por Gonzalez Rey com a finalidade de oferecer suporte a produção de inteligibilidade frente a complexidade do fenômeno humano.

O processo de construção do itinerário terapêutico compreende bem mais que as dimensões cognitivas, psicológicas, culturais e sociais. As escolhas que direcionam os caminhos a ser percorrido compreendem a subjetividade social e individual de cada ator envolvido no processo, que acontece no momento presente do encontro e do diálogo.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de abordagem qualitativa subsidiada pelo referencial teórico dos Itinerários Terapêuticos, Atenção Psicossocial e a Teoria da Subjetividade de Gonzalez Rey.

A pesquisa exploratória proporciona uma familiaridade com o tema em estudo proporcionando maior clareza e precisão. Enquanto parte descritiva tem como objetivo descrever e caracterizar a população pesquisada bem como revelar as crenças, opiniões e atitudes frente ao fenômeno proporcionando uma nova percepção do problema (Gil, 2006).

A abordagem qualitativa busca a compreensão do significado individual e coletivo atribuídos ao fenômeno estudado. Desvelando a complexidade das relações, processo e fenômenos sociais a partir da apreensão das atitudes, crenças, valores e aspirações dos atores envolvidos não reduzindo a variáveis quantificável (Minayo, 2014; Turato, 2005).

A criação da teoria da subjetividade, epistemologia qualitativa e o método descritivo por Gonzáles Rey, busca uma forma de romper com a lógica hegemônica positivista até os anos de 1970 presente na psicologia social positiva que ao estudar o indivíduo e a sociedade acaba por privilegiar um ou outro polo, sem se ater múltiplas relações e interações que acontecem no encontro que se caracteriza pela dicotomia polarizada (Escossia; Kastrup, 2005). Sendo assim esta nova forma de compreender o mundo, as relações visam a integração das polaridades, unificando objetivo e o subjetivo como partes integrantes e presentes nos fenômenos sociais, cujo o processo de construção da ação humana é relacional, sistêmico e integrado, permeado pelo contexto histórico-cultural onde todos os aspectos presentes nos fenômenos sociais são valorizados e abordados (González Rey, 2002).

Desta forma, busca-se contemplar no âmbito da saúde mental uma compreensão ampliada e multifacetada sobre o processo de saúde- doença- cuidado superando a limitação do olhar biomédico e contemplando o universo de significados, e sentido de todos os atores envolvidos no ato de cuidar (Minayo, 2014).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) da cidade de Criciúma- SC.

O CAPSi iniciou seu funcionamento em maio de 2011 e atualmente encontra-se na rua Mário Gregório dos Reis, nº 596, no bairro Santa Bárbara sendo seu funcionamento de segunda a sexta-feira da 8:00 as 18 horas, e oferece atendimento a crianças e adolescentes de zero a 18 anos, que apresentam sofrimento psíquico grave, persistente, e ou com agravos decorrentes do uso de álcool e drogas, através de atividades diversificadas.

Os usuários do CAPSi são acompanhados por uma equipe multidisciplinar. Em um primeiro momento ocorre a escuta da criança ou adolescente e o seu familiar, em reunião de equipe de decidido se o usuário é incluso no serviço. A decisão da equipe é repassada a todos. Os casos inelegíveis são realizados o encaminhamento para o serviço da rede adequado para a sua necessidade e os que são aceitos no serviço é apresentado o Projeto terapêutico singular (PTS).

O grupo do CAPSi é integrado por assistente social, psicóloga, psiquiatra, técnico de enfermagem, enfermeira, nutricionista, higienizadora cozinheira, motorista, recepcionista e técnico administrativo. Realiza atendimentos de psicoterapia individual ou familiar, grupo de orientação aos pais e cuidadores, avaliações sociais, visitas domiciliares e em escolas. Além disso, também articula ações com o setor de educação, esporte, cultura, lazer e trabalho.

O usuário inicialmente realiza uma consulta com o médico psiquiatra do serviço, há a dispensa de medicamento caso seja necessário, com o profissional de enfermagem. As oficinas terapêuticas são realizadas por uma dupla de profissionais de diferentes saberes e cada criança ou adolescente é incluso nela de acordo com a sua necessidade e preferência da criança ou adolescente. Cada criança ou adolescente tem o seu profissional de referencia a quem a família e as crianças ou adolescentes recorrem em um primeiro momento. O acompanhamento das famílias é realizado através de acolhimentos e de visitas domiciliares.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi composta por 18 familiares de 18 crianças ou adolescentes com qualquer tipo de sofrimento psíquico, sendo 14 mães, 3 irmãos e 1 pai. Uma mãe respondeu a pesquisa pelos seus dois filhos assistidos no CAPSi.

A escolha dos participantes ocorreu por conveniência, ou seja, os familiares disponíveis no serviço no momento, pré ou pós atendimento, e que aceitaram o convite de conceder a entrevista.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por uma entrevista semiestruturada (APENDICE A) e análise do prontuário eletrônico de forma complementar aos achados. O período de coleta de dados foi entre 15 /10 /2021 a 30/11/2023.

A busca nos prontuários ofertou melhor compreensão dos achados provenientes das entrevistas, foram utilizados os prontuários eletrônicos das crianças e adolescentes que tiveram seus familiares selecionados e participantes da pesquisa. No prontuário procurou-se informações que pudessem identificar os caminhos percorridos pelos familiares na busca do acompanhamento terapêutico para o sofrimento psíquico.

A gestora do CAPSi, oportunizou a apresentação do projeto no dia da reunião com os familiares sendo realizado neste momento o convite para participação da pesquisa e os familiares também foram abordados quando do comparecimento ao serviço para acompanhar as criança e adolescentes, seja nas oficinas ou na consulta psiquiátrica. Enquanto aguardavam o horário da consulta ou o término das oficinas os familiares que aceitavam conceder a entrevista a concederam em um espaço reservado disponibilizado pela coordenação do CAPSi respeitando as normativas de biossegurança com utilização de máscaras e distanciamento.

As entrevistas foram gravadas em áudio pelo aparelho de celular e depois transcritas. A duração das entrevistas teve em média 17 minutos e totalizaram 5 horas e 32 minutos de gravações. O roteiro de entrevista foi estruturado em duas partes. A primeira parte das perguntas corresponde a caracterização dos dados demográficos do responsável e da criança/adolescente em sofrimento psíquico, sendo complementadas e aferidas a partir dos respectivos prontuários. A segunda parte da

entrevista apresentou a questão norteadora do objeto de estudo: *“Em algum momento você percebeu que sua criança ou adolescente tinha algum problema e que necessitava de ajuda. Você poderia nos contar como foi o caminho percorrido ou que você fez desde a suspeita do problema mental até a conseguir tratamento no CAPSi?”*

A entrevista contemplou a percepção do sofrimento mental e os caminhos traçados em busca do cuidado, as dificuldades e facilidade encontradas informações significativas a pesquisa. A partir da questão norteadora foram incluídas novas perguntas que se mostraram relevantes de acordo com o contexto singular de cada sujeito, possibilitando um momento ao mesmo tempo de escuta destes familiares e cuidadores (APÊNDICE A)

Foram realizadas 18 entrevistas com familiares das crianças e adolescentes em atendimento que possibilitaram a apreensão do fenômeno investigado. Destes 18 responsáveis um respondeu a entrevistas para seus dois que no momento estavam em acompanhamento no CAPSi.

A cessação dos participantes da pesquisa foi pautada nos critérios de saturação de dados utilizados em pesquisa qualitativa, ou seja, quando as respostas das questões explanadas aos entrevistados somam pouco substancialmente ou não agregam nada de novo ao contexto pesquisado. (Fontanella, Ricas, Turato, 2008).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados integrou achados das entrevistas e complementarmente as informações obtidas nos prontuários.

A análise da entrevista foi sustentada na análise temática de conteúdo com auxílio do software Altas.ti dividida em três fases: pré-análise, exploração do material, e interpretação dos resultados com auxílio do software Atlas.ti (Minayo, 2014; Soratto, Pires, Friese, 2020).

Na fase de pré-análise foi realizada a transcrição do áudio, correções ortográficas, retirada de vícios de linguagem, bem como leituras com vistas a absorver as impressões iniciais das entrevistas.

Na exploração do material foram realizadas a seleção dos trechos buscando compreender as unidades de registro (palavra-chave ou frases) e unidade do contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro). Essa etapa foi materializada pelo processo de codificação dos trechos, sendo atribuídos a cada

trecho selecionado um código representado por um a quatro palavras que sintetizasse do ponto de vista temático o trecho selecionado.

Na interpretação dos resultados foram aglutinados os códigos de acordo com similaridade temática, criado grupos de códigos denominados categorias, realizadas as inferências e interpretações de forma a construir inteligibilidade a partir corpo teórico e dos objetivos da dissertação.

Esse processo analítico das entrevistas associado as informações obtidas nos prontuários permitiu entender itinerários terapêuticos construído pelos familiares cuidadores, isso foi materializado em esquemas tipo fluxograma.

O olhar para o objeto investigativo foi pautado nos preceitos metodológicos dos itinerários terapêuticos (Gerhardt *et al.*, 2009) e da Teoria da Subjetividade (González Rey, 2005).

A inteligibilidade das escolhas que permearam a construção se deu a partir da história de vida de cada sujeito, do contexto territorial e dos significados atribuídos para o sofrimento psíquico infantojuvenil por cada familiar. A subjetividade que permeia as escolhas é um processo construído de como as experiências individuais e coletivas afetam a cada sujeito.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está em consonância com os preceitos éticos firmados na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e todos os preceitos éticos foram respeitados tendo com parecer número 5.011.505/2021 e materializada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A pesquisa também adotou como forma complementar o uso dos prontuários, o qual foi firmado um termo de confidencialidade (APÊNDICE B).

O anonimato, dos participantes, foi garantido pela inclusão de um código alfa numérico expresso pela letra E e um número cardinal sequencial.

A pesquisa teve riscos mínimos como desconforto pelo tempo exigido, constrangimento pelo teor dos questionamentos ou pela recordação de fatos que evoquem sofrimento emocional. Caso as entrevistas acarretasse sofrimento emocional em algum do entrevistado os seriam encaminhados para o atendimento na Clínica de Psicologia da Unesc que atende a comunidade externa. Porém, nenhum participante teve a necessidade de atendimento.

Os benefícios do estudo permitiram um melhor acesso a informações quanto as demandas das crianças e adolescente em sofrimento psíquico e como ocorre o processo de construção dos itinerários terapêuticos pelas famílias frente a saúde-doença-cuidado contribuindo para o aprimoramento de ações de cuidado em saúde mental na cidade de Criciúma.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO E DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O perfil dos familiares das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico assistidos pelo CAPSi que participaram da pesquisa estão descritos a seguir.

Quadro 1 - Perfil dos familiares das crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi

Participante	Sexo	Parentesco	Idade	Escolaridade
1*	Feminino	Mãe	46	Fundamental Completo
2	Feminino	Mãe	41	Médio Incompleto
3	Feminino	Mãe	37	Superior Completo
4	Feminino	Irmã	21	Médio Completo
5*	Feminino	Mãe	38	Fundamental Incompleto
6	Feminino	Irmã	30	Médio Completo
7a	Feminino	Mãe	41	Fundamental Completo
7b	Feminino	Mãe	41	Fundamental Completo
8	Feminino	Mãe	49	Fundamental Incompleto
9	Feminino	Mãe	39	Superior Incompleto
10	Feminino	Mãe	32	Médio Completo
11	Feminino	Mãe	42	Fundamental Incompleto
12*	Feminino	Mãe	40	Médio Completo
13	Feminino	Mãe	41	Fundamental Incompleto
14	Feminino	Mãe	33	Superior Completo
15	Masculino	Pai	56	Fundamental Completo
16*	Feminino	Mãe	55	Fundamental Incompleto
17	Feminino	Mãe	32	Médio Completo
18*	Feminino	Irmã	36	Médio Completo

* Familiares que desistiram ou abandonaram o acompanhamento

Fonte: autora da pesquisa

Os resultados demonstraram que o cuidado pelas crianças e adolescente em sofrimento psíquico coube predominantemente a figura materna. Quando na impossibilidade de acompanhar a criança ou o adolescente o cuidado é compartilhado com uma filha. A única figura paterna estava responsável por acompanhar o filho a pouco tempo diante da ausência da mãe. Percebe-se que o cuidado a crianças e adolescentes é compartilhado com as filhas mais velhas.

Os casos de abandonos são sinalizados nos prontuários como “alta por não adesão”. Dois entrevistados relataram (E.1 e E.13) caso ocorreu por resistência

familiar em reconhecer o sofrimento psíquico presente na criança ou adolescente e foram acionados pelo conselho tutelar para darem início aos atendimentos. A mãe do (E.5) apresentou dificuldade em cuidar de seu filho, que foi morar com uma conhecida que não deu continuidade. Por sua vez o E.17 e E.19 tinham dois adolescentes que não se adaptaram as oficinas oferecidas pelo CAPSi, sendo que abandonaram o acompanhamento por um período e retornaram acionados pelo CT.

Os motivos que levaram ao abandono do cuidado de abandono foram o estigma frente ao sofrimento psíquico, falta de recurso financeiros ou psíquicos dos familiares sustentar o cuidado, mudanças de endereço e a resistência dos adolescentes a aderirem a cartela de atendimento oferecidas pelo CAPSi, fazendo questionar a construção de um PTS através do diálogo e compartilhamento de responsabilidades.

No momento das entrevistas as crianças e adolescentes apresentavam a idade de 7 a 17 anos. A data do início tratamento, se refere a data da chegada ao CAPSi sendo que algumas crianças e adolescentes havia registro anterior nos prontuários de acompanhamento no CAPSi.

O quadro a seguir apresenta os dados do perfil das crianças Perfil das crianças e adolescentes atendidas no CAPSi.

Quadro 2 - Perfil das crianças e adolescentes atendidas no CAPSi

	Sexo	Idade	Escolar.	Início trat.	CID 10*
1	Feminino	14	8 ^o ano	05/08/2021	F: 40.1 F33.2
2	Feminino	15	9 ^o ano	18/08/2021	F: 33.4
3	Feminino	14	8 ^o ano	14/10/2021	F: 90.1
4	Feminino	12	7 ^o ano	02/09/2021	F: 33.4
5	Masculino	14	8 ^o ano	22/08/2021	F70.0 F90.0 F91,3
6	Feminino	13	7 ^o ano	19/08/2021	F41.1
7a	Masculino	15	9 ^o ano	14/12/2018	F72.1 F 84.0 F79.1
7b	Masculino	8	2 ^o ano	21/08/2020	F 70.1; F90.0 F90.3
8	Feminino	13	9 ^o ano	13/09/2021	F60.3 F60.4 F91.3 Z63
9	Feminino	17	1 ^o Ens. m	01/07/2021	F 60.3
10	Masculino	13	8 ^o ano	10/02/2021	F90.0, F84.0
11	Feminino	16	9 ^o ano	22/06/2021	F 91.2 91.9
12	Masculino	15	9 ^o ano	09/08/2021	F 41.1
13	Masculino	12	6 ^o ano	23/10/2020	F70.1 F91.3 F90 Z63.
14	Feminino	11	5 ^o ano	11/10/2021	F98.9 f41.1
15	Masculino	7	2 ^o ano	30/10/2018	F79.9
16	Feminino	14	9 ^o ano	13/07/2021	F 91.3 Z63.2
17	Masculino	13	8 ^o ano	22/04/2021	F32.1
18	Masculino	15	9 ^o ano	15/10/2021	F192 F 989

* CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças

Fonte: autora da pesquisa.

5.2 ITINERÁRIOS TERAPEUTICOS DE FAMILIARES NA BUSCA PARA O CUIDADO EM SAUDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os familiares de crianças e adolescentes com algum tipo de necessidade de atenção em saúde mental, percorreram caminhos diversos por vezes parecidos, porém, cada caminho apresenta a sua singularidade.

Estes itinerários terapêuticos são processos vivos, neste sentido, buscou o entrelaçamento da história de vida de cada criança, das suas famílias, do seu território geográfico- político e relacional que permeia estes caminhos como forma de desvelar aspectos significativos no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Para maior detalhamento dos caminhos percorridos foi adotado alguns símbolos para representar com vistas a descrever os o trajeto de cada um deles.

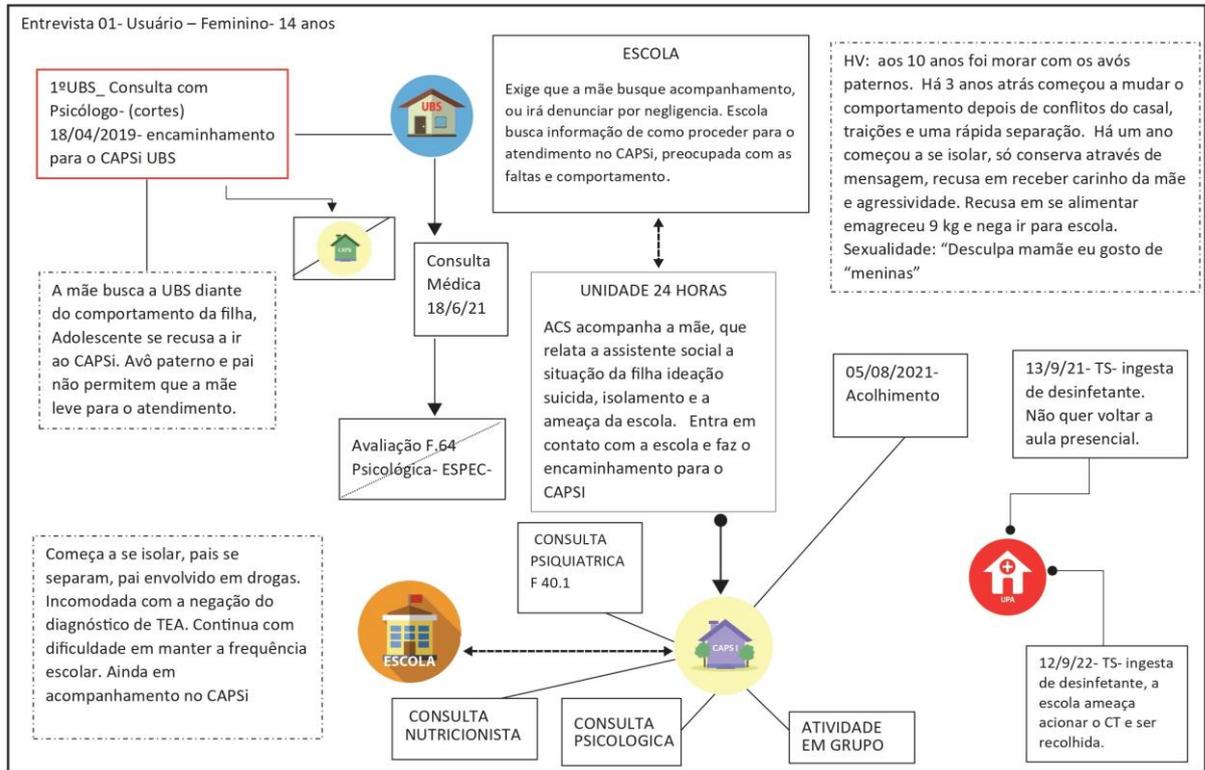
Quadro 3 – Símbolos e legendas dos percursos percorridos por familiares de crianças e adolescentes na busca pelo cuidado em saúde mental.

Símbolo	Legenda
	Início da busca pelo cuidado em saúde mental
	Recorte da história de vida da criança
	Abandono ou não realizou o atendimento no serviço de saúde mental
	Aguardando o atendimento para dar seguimento ao cuidado em saúde mental
	Encaminhamento para algum dispositivo da RAPS
	Encaminhamento implicado para a RAPS (acompanhado e corresponsabilizado pelo encaminhador)
	Realizou e finalizou o atendimento na RAPS
	Referência e contrarreferência realizada via sistema de saúde
	Comunicação entre os serviços durante o cuidado no CAPSi

Fonte: autora da pesquisa.

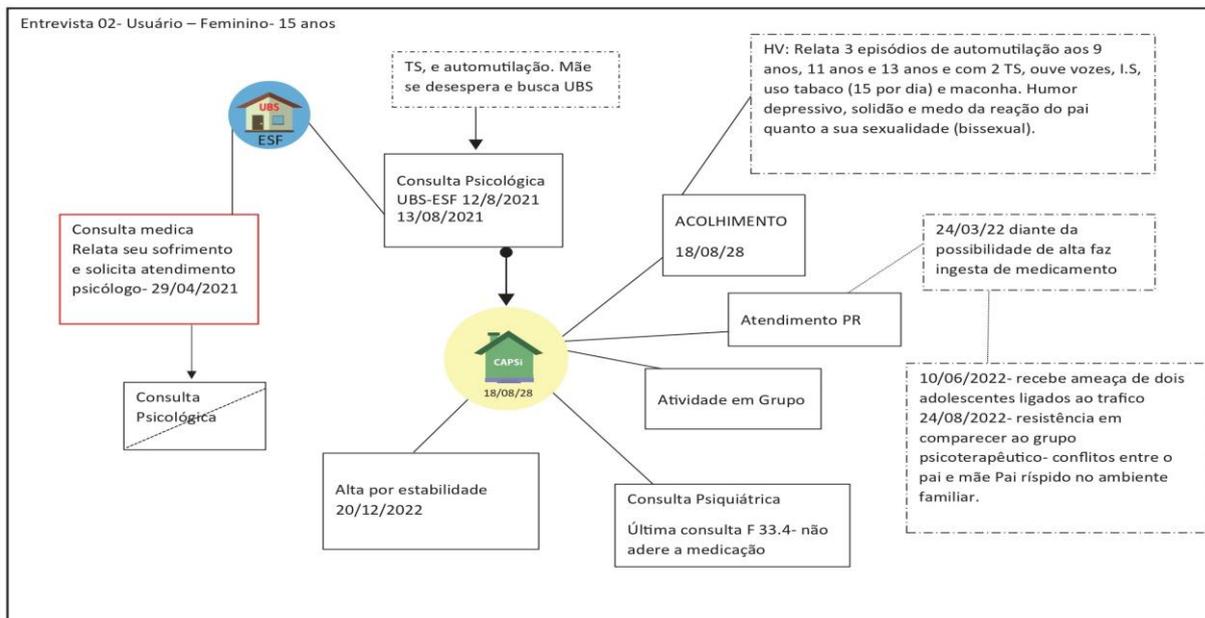
Na sequência será destacado individualmente cada percurso do participante na busca pelo cuidado em saúde mental, dispositivo encaminhador ou ordenador do fluxo, situações externas que cooperaram para a procura dos serviços de saúde, bem com impressões da pesquisadora.

Figura 01 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 1.



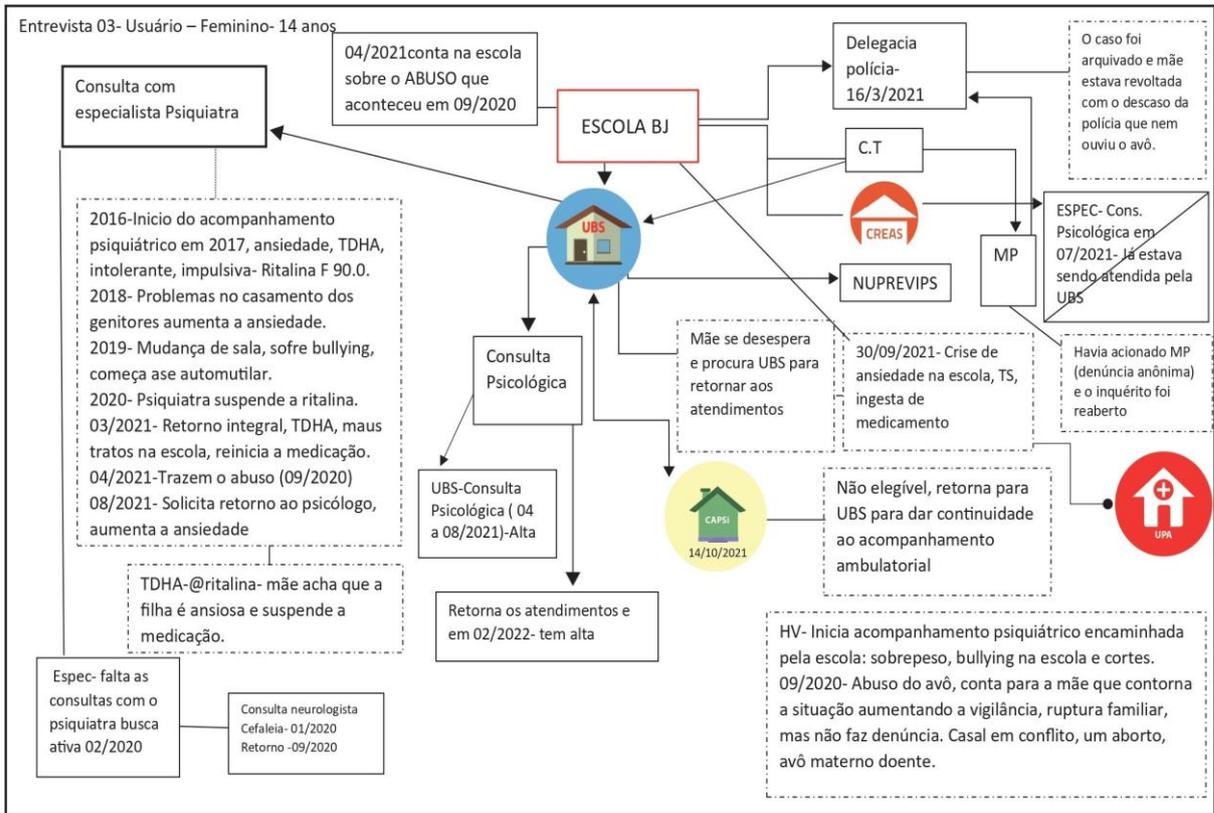
Fonte: dados da pesquisa,2023.

Figura 02 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 2.



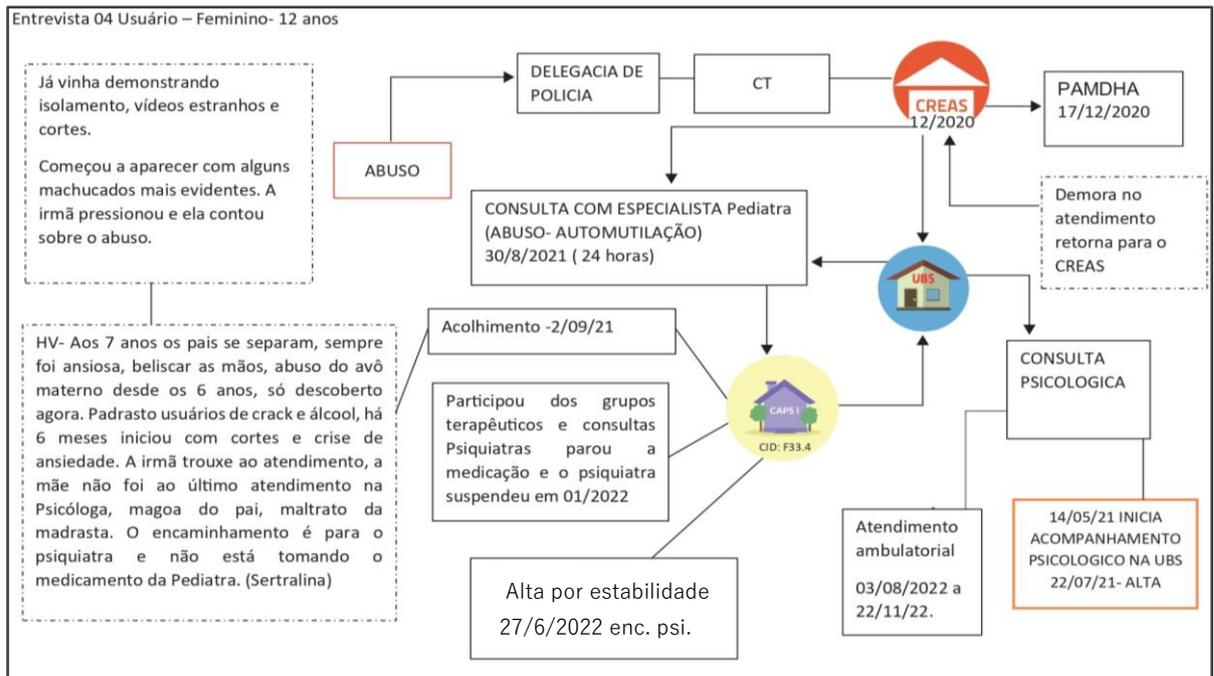
Fonte: dados da pesquisa,2023.

Figura 03 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 3.



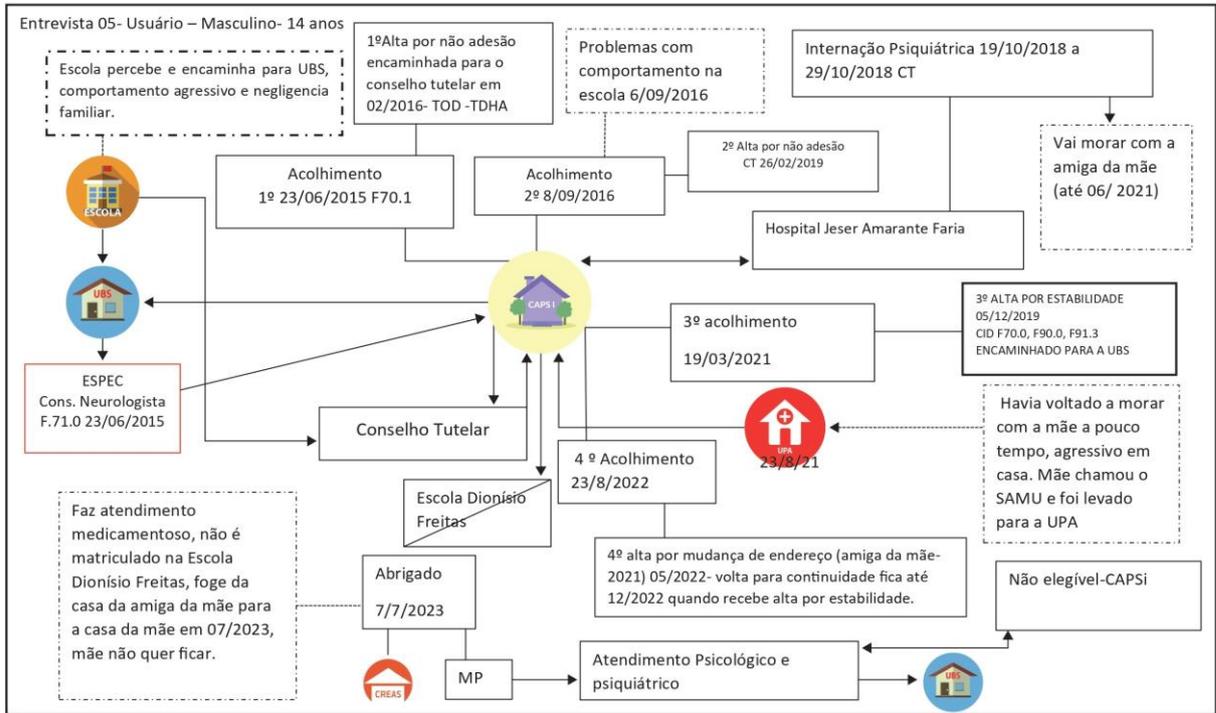
Fonte: dados da pesquisa,2023.

Figura 04 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 4.



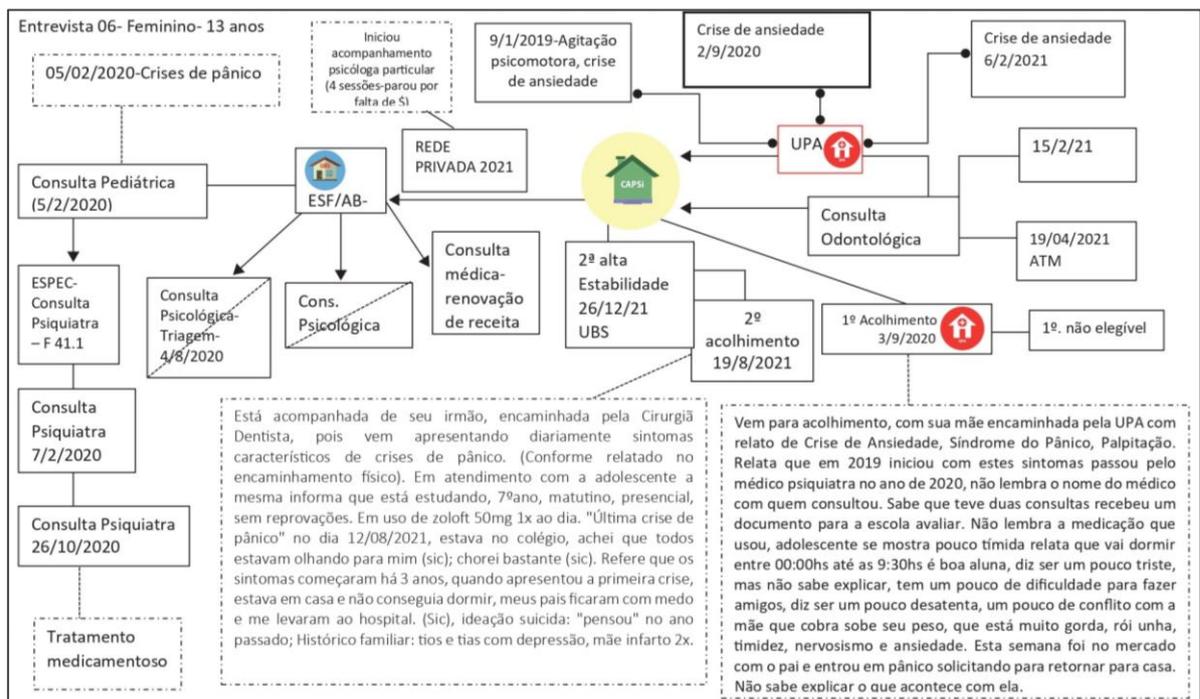
Fonte: dados da pesquisa, 2023

Figura 05 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 5.



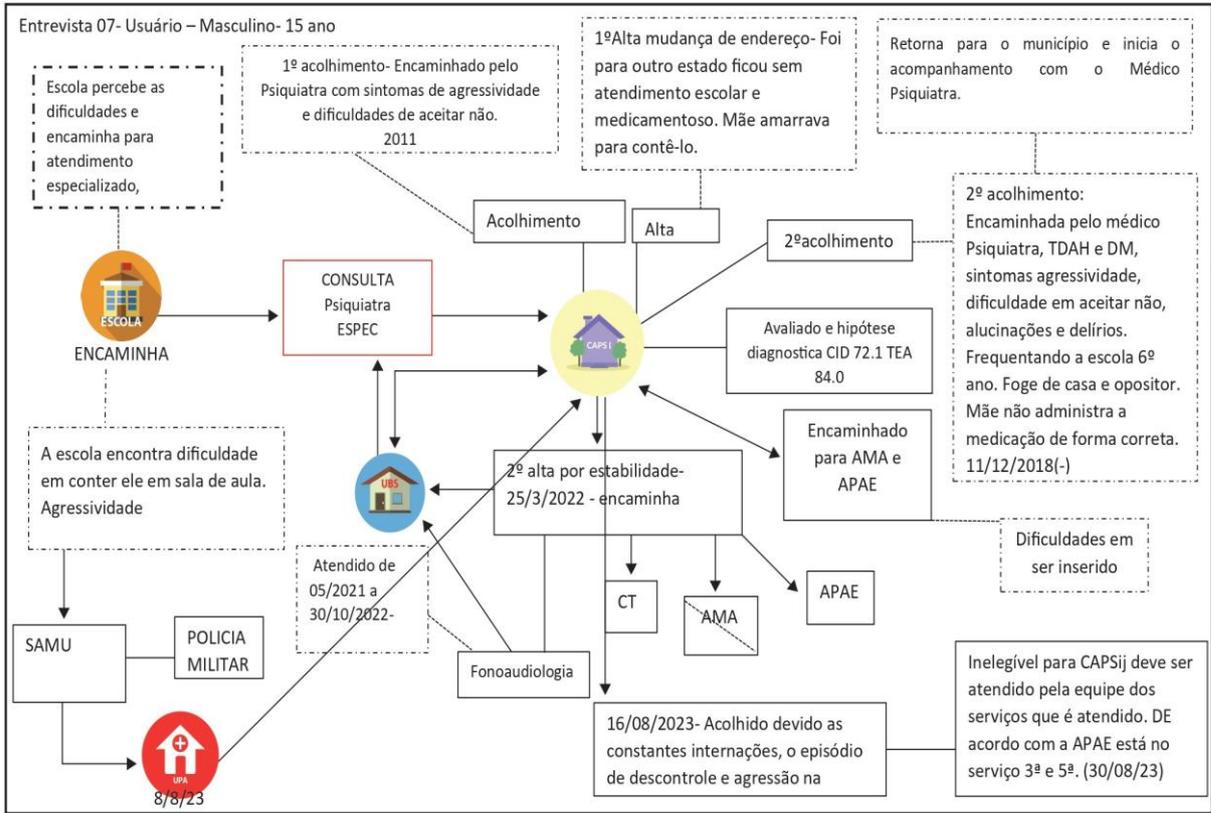
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 06 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 6.



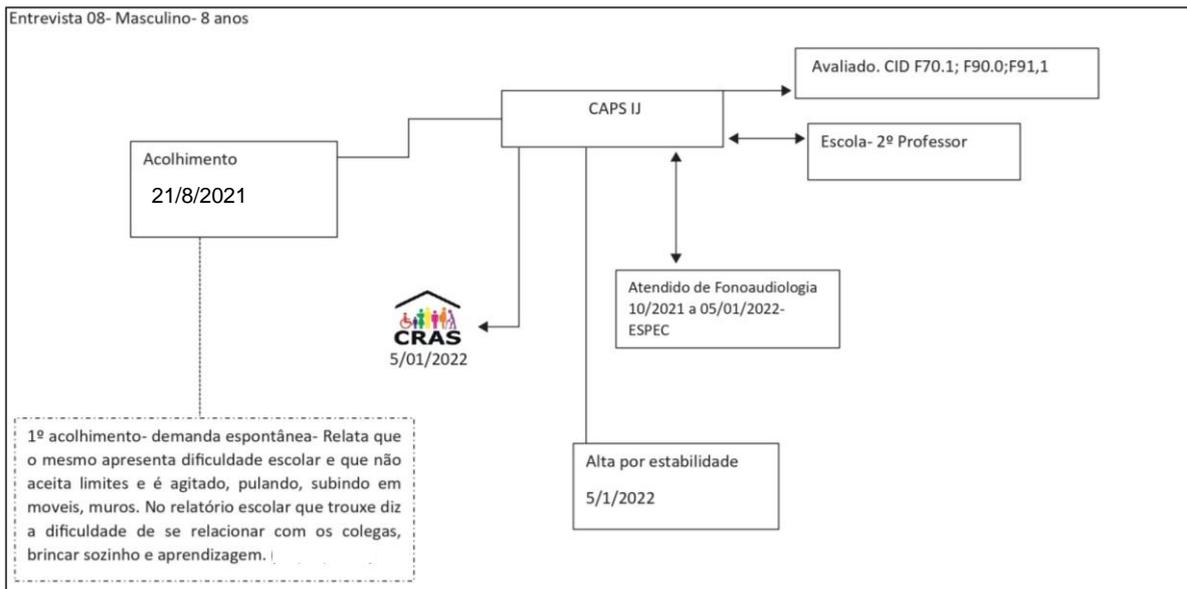
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 07 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 7a.



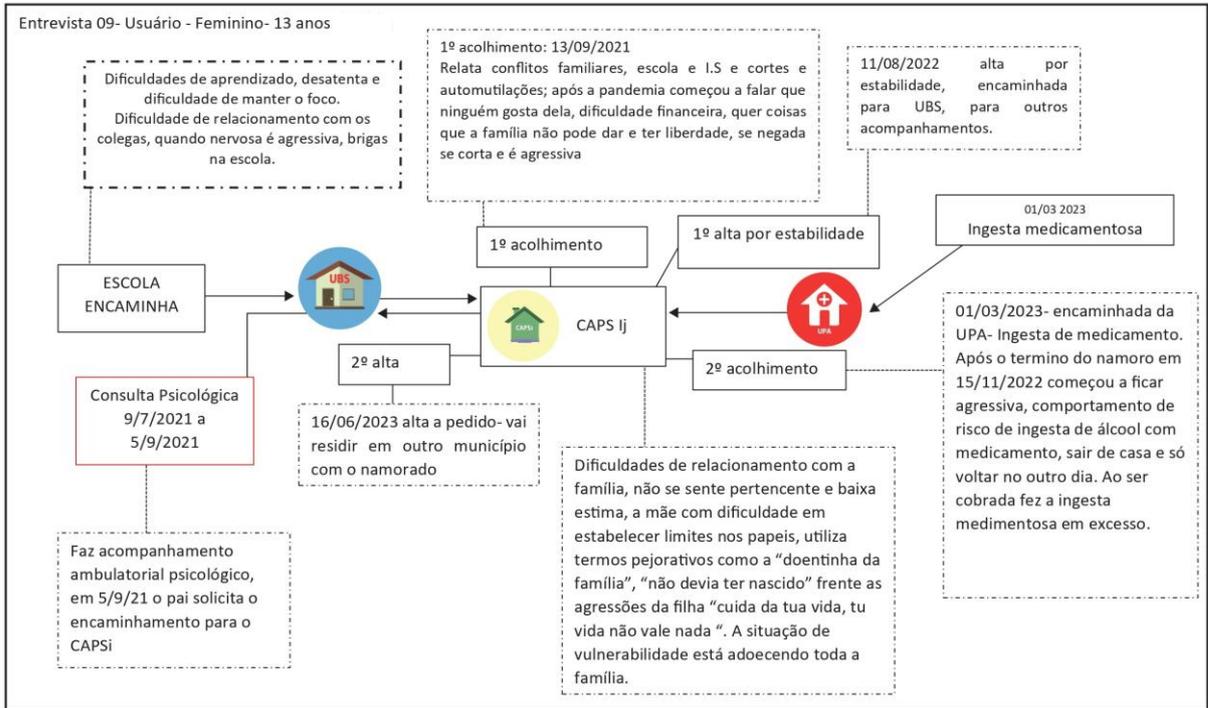
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 08 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 7b.



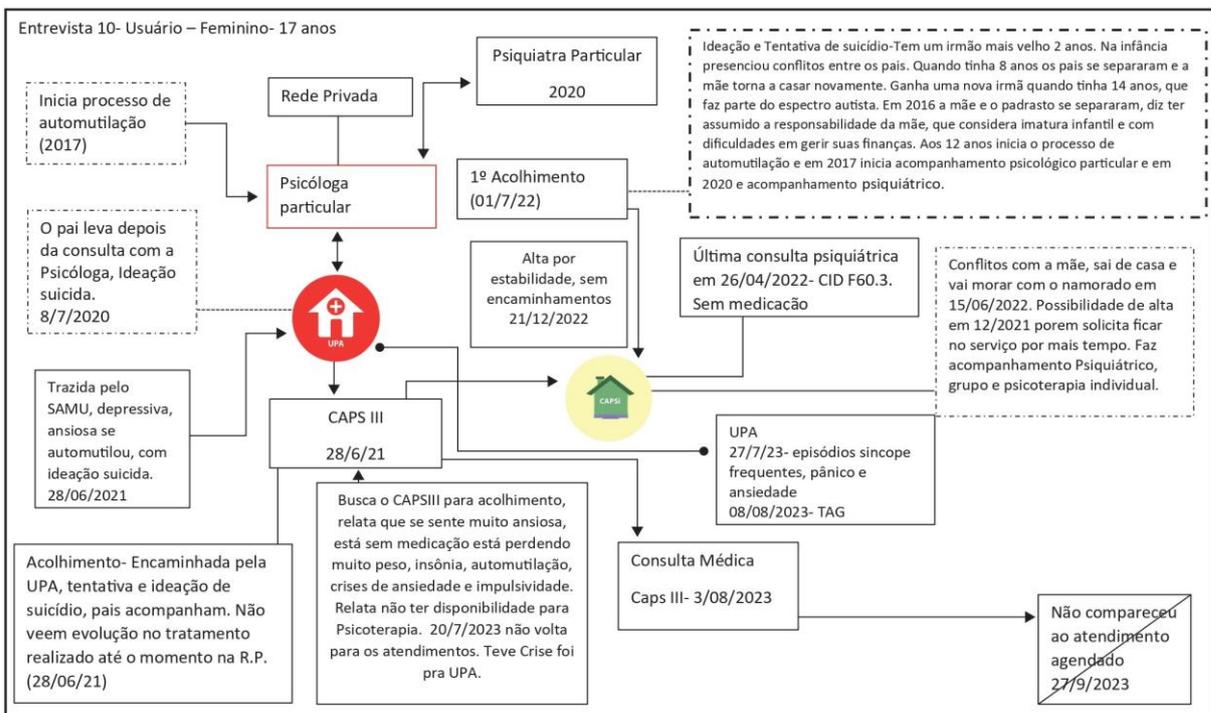
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 09 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 8.



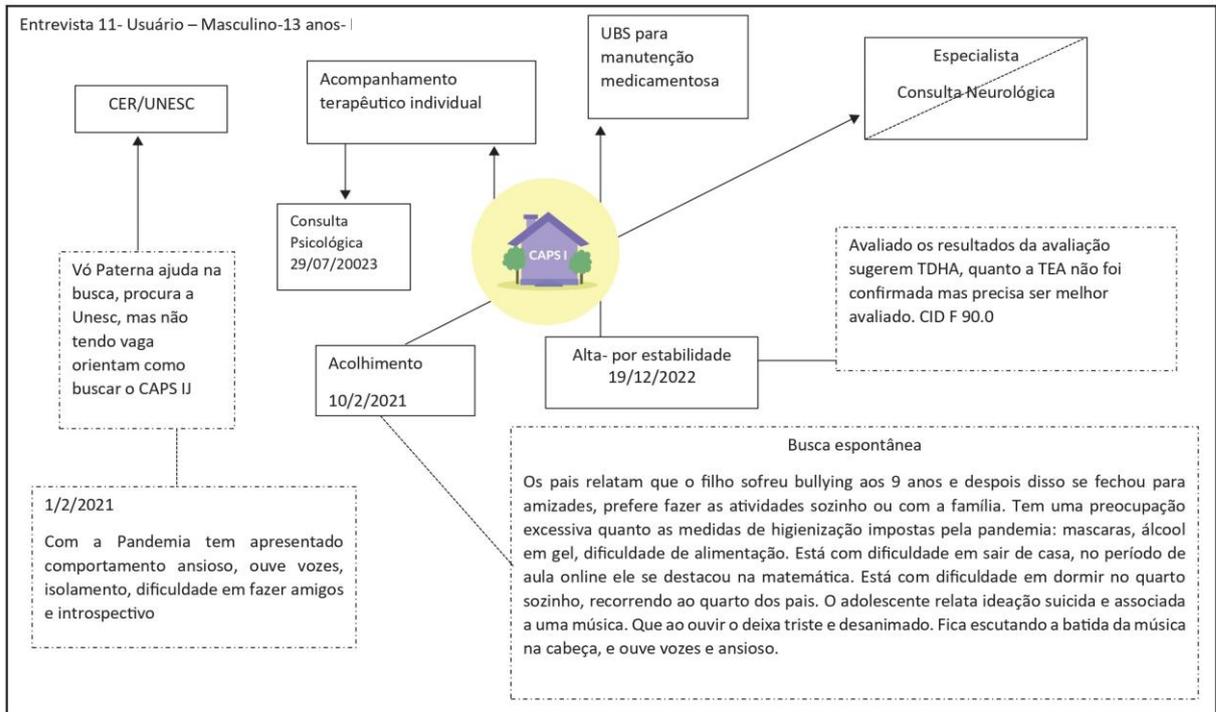
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 10 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 9.



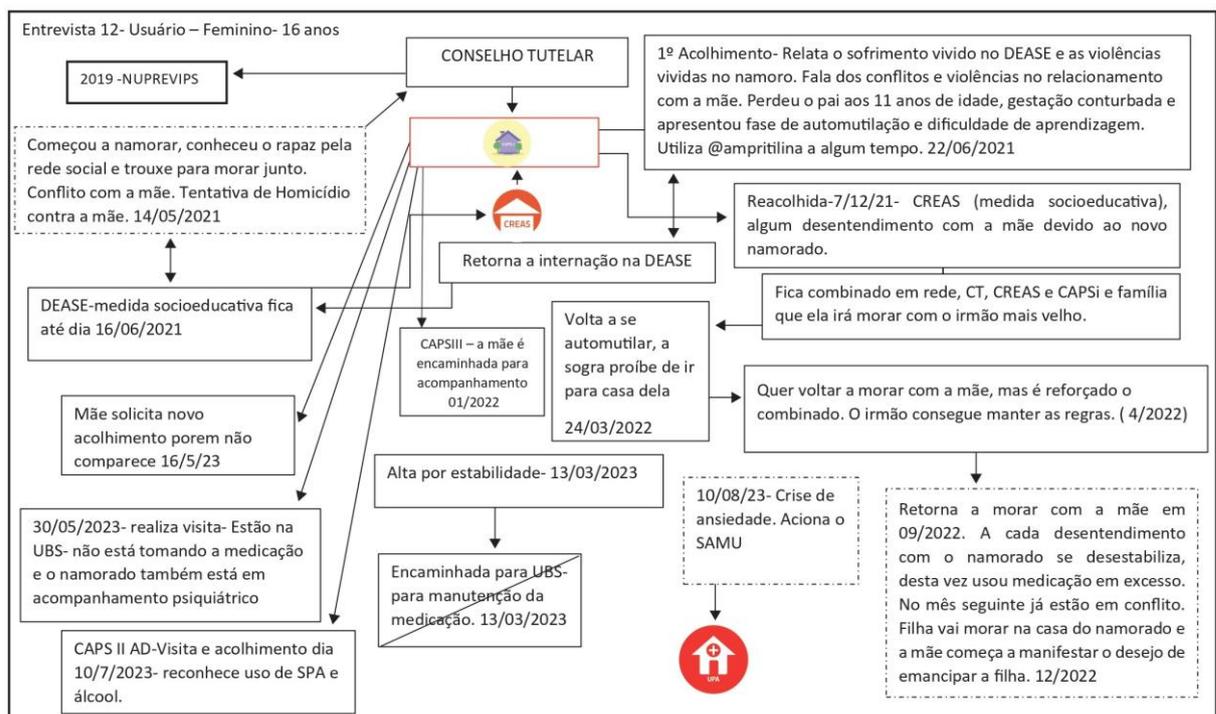
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 11 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 10.



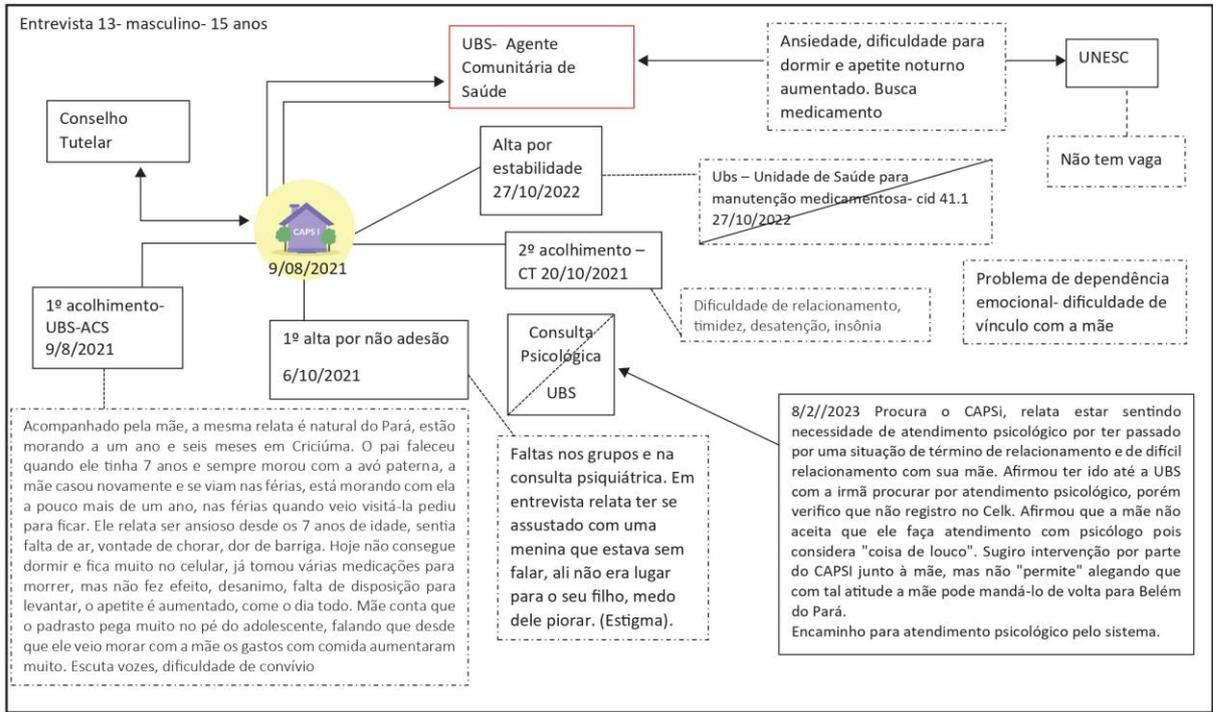
Fonte: dados da pesquisa,2023.

Figura 12 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 11.



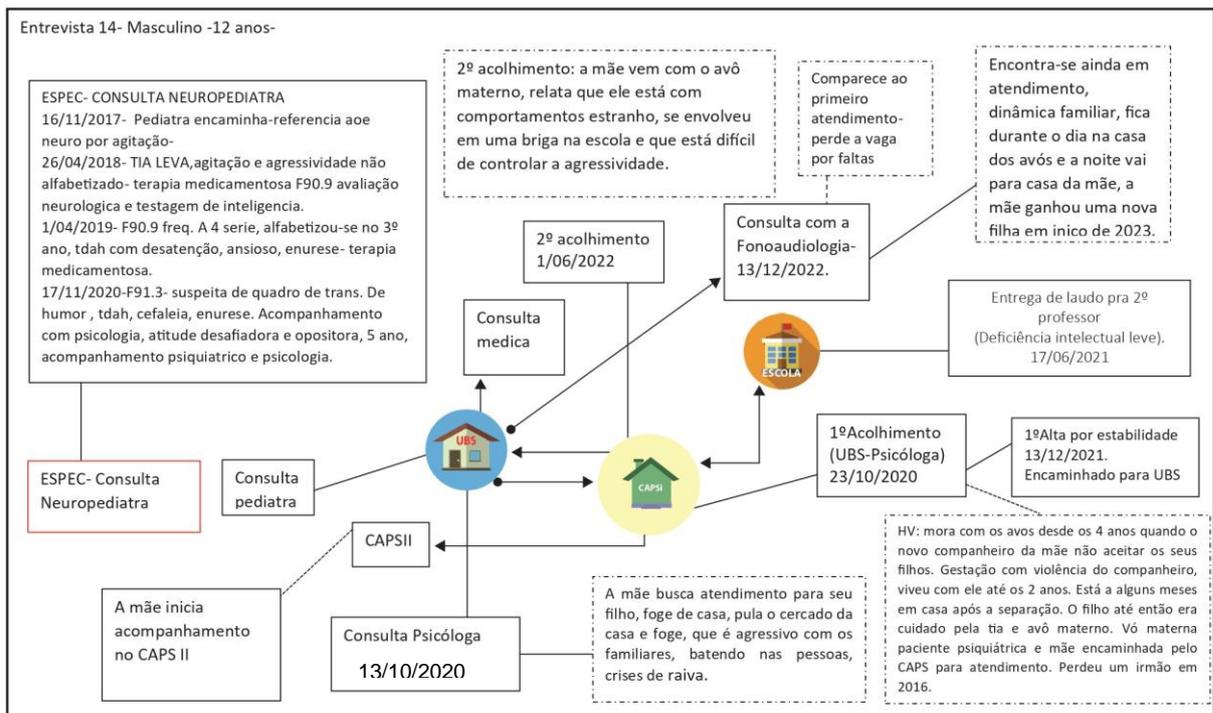
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 13 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 12.



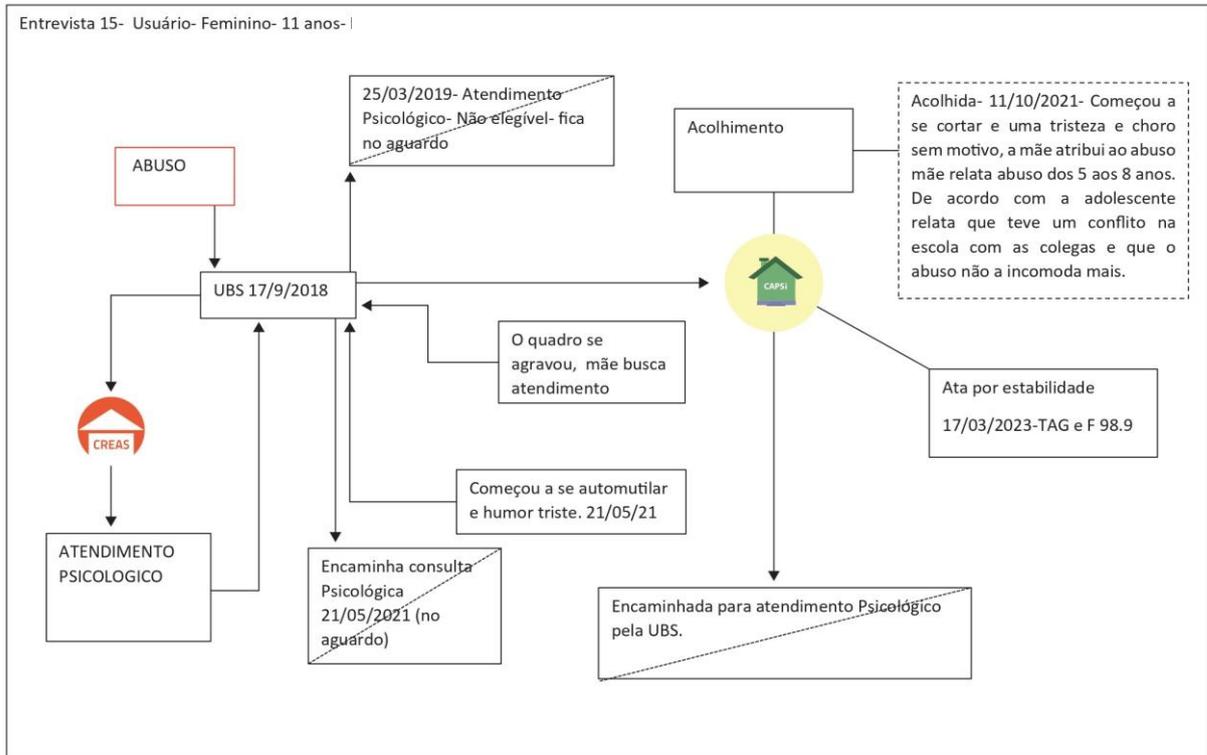
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 14 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 13.



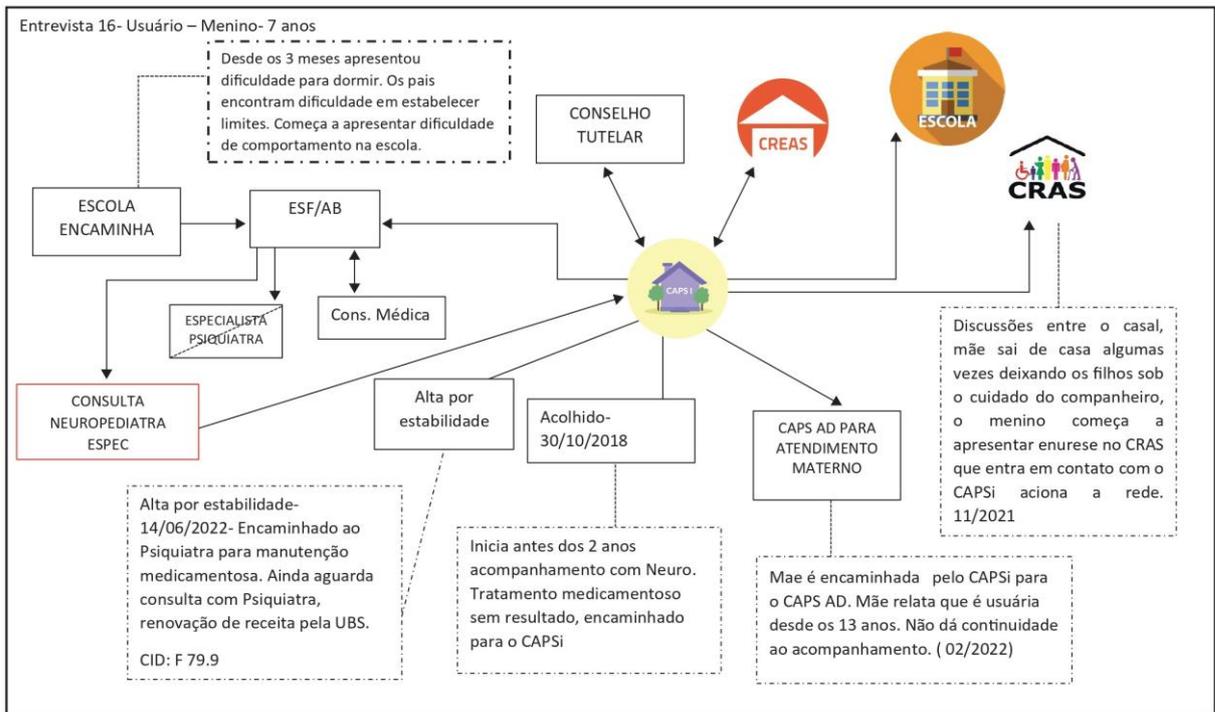
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 15 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 14.



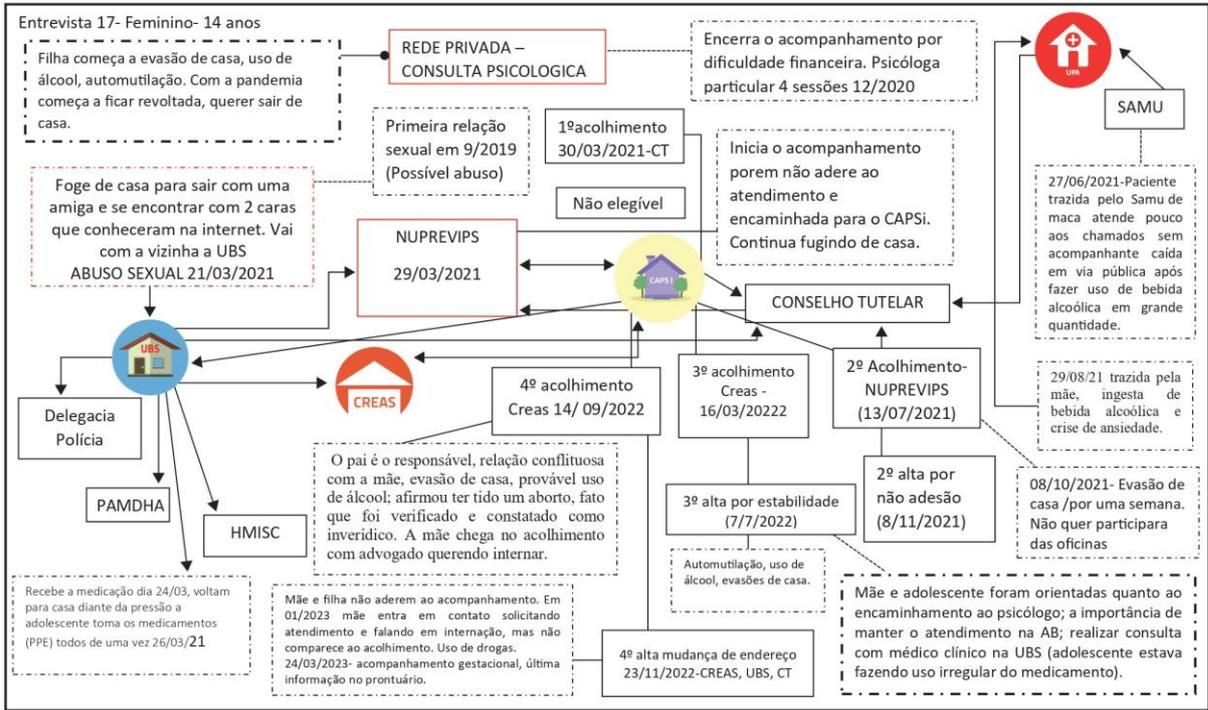
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 16 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 15.



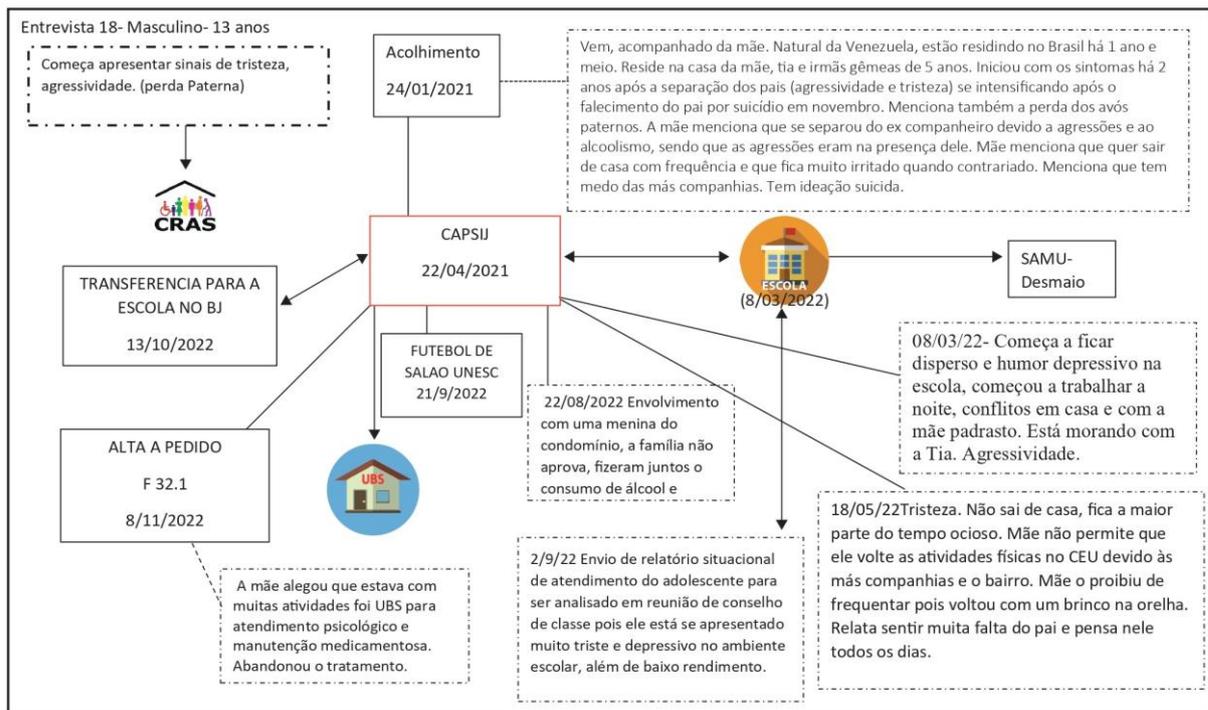
Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 17 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 16.



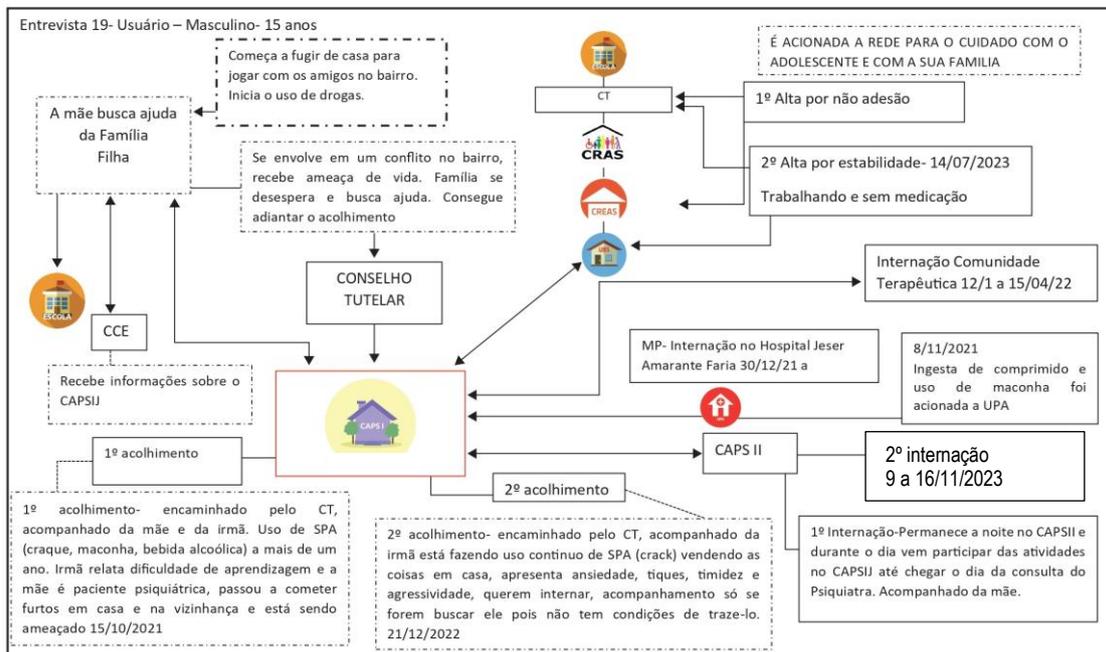
Fonte: dados da pesquisa,2023.

Figura 18 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 17.



Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Figura 19 – Itinerários para o cuidado em saúde mental do participante 18.



Fonte: dados da pesquisa, 2023.

As construções dos mapas dos itinerários terapêuticos revelaram histórias de vida das crianças e adolescentes da pesquisa encontra-se permeadas por situações de violência interpessoal, intrafamiliar e comunitária.

Os itinerários demonstraram que as mães identificam o sofrimento psíquico, porém encontram dificuldade de relacionar o mesmo ao campo da saúde mental gerando uma morosidade no início do cuidado. A participante E.10 ao perceber o sofrimento de seu filho que estava mostrando sinais de autoagressão e com medos depois da pandemia buscou atendimento na UNESC no serviço de psicologia, porém diante falta de vaga ficou sem saber onde buscar até que um familiar soube o CAPSi e realizou o contato o acolhimento e o cuidado foram iniciados.

No caso do participante E.18 ao identificar o sofrimento do adolescente que estava iniciando o uso de S.P.A buscou ajuda na escola. Começou a buscar informações em outras instituições até que soube no CAPSi encontraria o cuidado que necessitava. Neste interim a situação agravou, o adolescente começou a cometer pequenos furtos e ser ameaçado pela comunidade e o Conselho Tutelar encaminhou o caso para o CAPSi.

A familiar E.17 percebe o sofrimento psíquico do adolescente depois da perda do pai e da entrada na adolescência. Apresentava comportamento agressivo, humor

deprimido e com ideação suicida com histórico de uso de S.P.A na família busca ajuda na instituição onde recebe assistência, CRAS e chega até o CAPSi.

O participante E.9 ao perceber o sofrimento psíquico da adolescente busca atendimento psicológico clínico na rede particular. Houve a necessidade de duas intervenções na UPA da rede pública, em situações de tentativa de suicídio. Diante da lenta evolução e o conhecimento do dispositivo CAPSi nesta segunda passagem pela UPA, fez com que os familiares optassem por um atendimento psicossocial.

Os participantes E.02, E.14 ao perceberem o sofrimento psíquico das adolescentes buscaram a UBS e solicitaram consulta e foram encaminhadas via sistema e ficaram no aguardo em torno de 4 meses. Diante a morosidade do cuidado os aumentos dos sinais, como a automutilação, do sofrimento psíquico retornaram as UBS onde a profissional realizou uma escuta qualificada da mãe e da adolescente e fez o encaminhamento se corresponsabilizando pela demanda que chegaram no CAPSi para o acolhimento em questão de dias.

Quando a escola identifica o sofrimento psíquico em crianças referente a dificuldades de aprendizagem os mesmos são encaminhados a UBS, que encaminha para o atendimento ambulatorial com especialistas, como no caso das E.3, E.5, E.7a, E.15 e E.13 que iniciaram seu atendimento na infância. Os entrevistado E.5, E.7a, E.15 tem suas crianças encaminhadas ao CAPSi para prosseguimento ao cuidado pelo especialista. O atendimento ambulatorial apresenta um discurso patolizante que reforça os saberes dos especialistas neuropediatras e psiquiatras que se unem objetivando o diagnóstico. Ocorre como prática de cuidado a medicalização e explicações de ordem orgânica e da falta, se sobrepõe aos determinantes sócios, políticos, culturais e históricos no sofrimento psíquico.

Já os casos dos participantes E.01 e E.08 iniciaram seu acolhimento na UBS com o profissional da psicologia. E1 recebeu o encaminhamento, mas somente um ano depois procurou o CAPSi por resistência familiar em aceitar o sofrimento psíquico da adolescente e os familiares E.8 solicitou e E.13 solicitaram que os adolescentes fossem encaminhados para o CAPSi para dar continuidade no atendimento.

Os participantes E.03, E.04, E.14 e E.16 sofreram violência sexual foram atendidas pela rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência que inclui os serviços de saúde, o CREAS e o CT. As adolescentes receberam atendimentos médicos e psicológico na saúde e na assistência.

As E.03 e E.14 perceberam a necessidade de realizarem acompanhamento após a alta frente a violência autoprovocada das adolescentes. A E.03 foi encaminhada pela escola e teve o acolhimento agendado em poucos dias. E.14 percebeu os sinais e ficou por 4 meses aguardando o encaminhamento via sistema feito pela UBS, somente após uma escuta qualificada em uma busca pelo atendimento teve o seu encaminhamento agilizado para o CAPSi.

A participante E.04 descobriu a violência sexual sofrida pela adolescente e fez a denúncia na delegacia. Os atendimentos médicos e psicológicos foram encaminhados pelo CREAS e demorou 8 meses até ser atendida pela RAS e após o atendimento com a pediatra a adolescente foi encaminhada imediatamente para o CAPSi iniciando o atendimento psicossocial.

A E.16 descobriu a violência sexual da adolescente em meio a um turbilhão de sinais de sofrimento psíquico da adolescente. O acompanhamento da adolescente a rede de saúde foi realizado por uma vizinha. A adolescente recebeu o encaminhamento para os serviços de saúde. Neste interim a mesma cometeu violência autoprovocada e o encaminhamento foi feito pela UBS ao CT e Nuprevips. A adolescente recebeu acompanhamento psicológico no NUPREVIPS, sem adesão. A adolescente continuou a se evadir de casa, faltar aulas e ingerir bebida alcoólica indo parar na UPA. O CT encaminhou a adolescente para o CAPSi devido a complexidade do sofrimento psíquico, porém não houve adesão. A adolescente passou por 3 acolhimentos e recebeu alta por mudança de endereço no último acolhimento, estava gestante e morando com o namorado.

Os casos de abuso sexual foram acolhidos e acompanhados pelo CT e CREAS que encaminha para a UBS, e por sua vez para os serviços especializados; médico e psicólogos. Apenas um dos casos chegou diretamente pela queixa de abuso (E.4), os outros dois casos chegaram um pela queixa de automutilação (E.14 e E.16) e outro por tentativa de suicídio (TS) ingesta de medicamento (E.3).

O participante E.8 relata que a criança chega até o CAPSi por demanda espontânea, já que seu outro filho E.7a era atendido pelo CAPSi. Os participantes E.1 e E.12 contaram com auxílio da Agente Comunitária para chegar até o CAPSi.

Por sua vez o participante E.11 vem encaminhada para o CAPSi pelo CT depois de cometer ato de violência intrafamiliar (tentativa de homicídio da mãe) após cumprir medida socioeducativa. No seu prontuário eletrônico aparece um encaminhamento

em 2019 para o NUPREVIPS, pelo CT por ingesta de medicamento controlado sem orientação médica.

Em momentos de crise de seus filhos buscaram a UPA onde foram realizados o atendimento e o encaminhamento para o CAPSi. Os participantes E.5 e E.09 utilizaram o encaminhamento da UPA para acessar o CAPSi. A E.6 após 3 encaminhamentos da UPA conseguiu ser elegível para o CAPSi. Neste espaço de tempo que aguardava o cuidado psicossocial, passou pelo serviço de ambulatório especialidade psiquiatra, solicitou atendimento psicológico na UBS e foi encaminhada via sistema.

Já E.16, E.09 e E.6 utilizaram o sistema privado para melhor atender as adolescentes. E. 6 e E.09 recorrem ao atendimento psicológico clínico (4 sessões), porém a falta de recursos financeiro faz com que não deem continuidade.

Ainda o E.16 narra o percurso realizado pela adolescente frente ao sofrimento psíquico. Inicia em 2017 os atendimentos psicológicos com sinais de violência autoinfligida no sistema privado, com trocas de profissionais. Em 2020 foi acompanhada pelo pai a UPA com IS, encaminhada pela psicóloga com quem realizava atendimento. Inicia o acompanhamento com psiquiatra no sistema privado. Em 2021 novamente chega até a UPA, trazida pelo SAMU com TS, diante da gravidade é encaminhada ao CAPS onde fica sob observação, no outro dia é encaminhada ao CAPSi onde inicia o acompanhamento com o psiquiatra e continua com o atendimento psicológico até novembro no privado. Em novembro dá continuidade no CAPSi, agora somente no público.

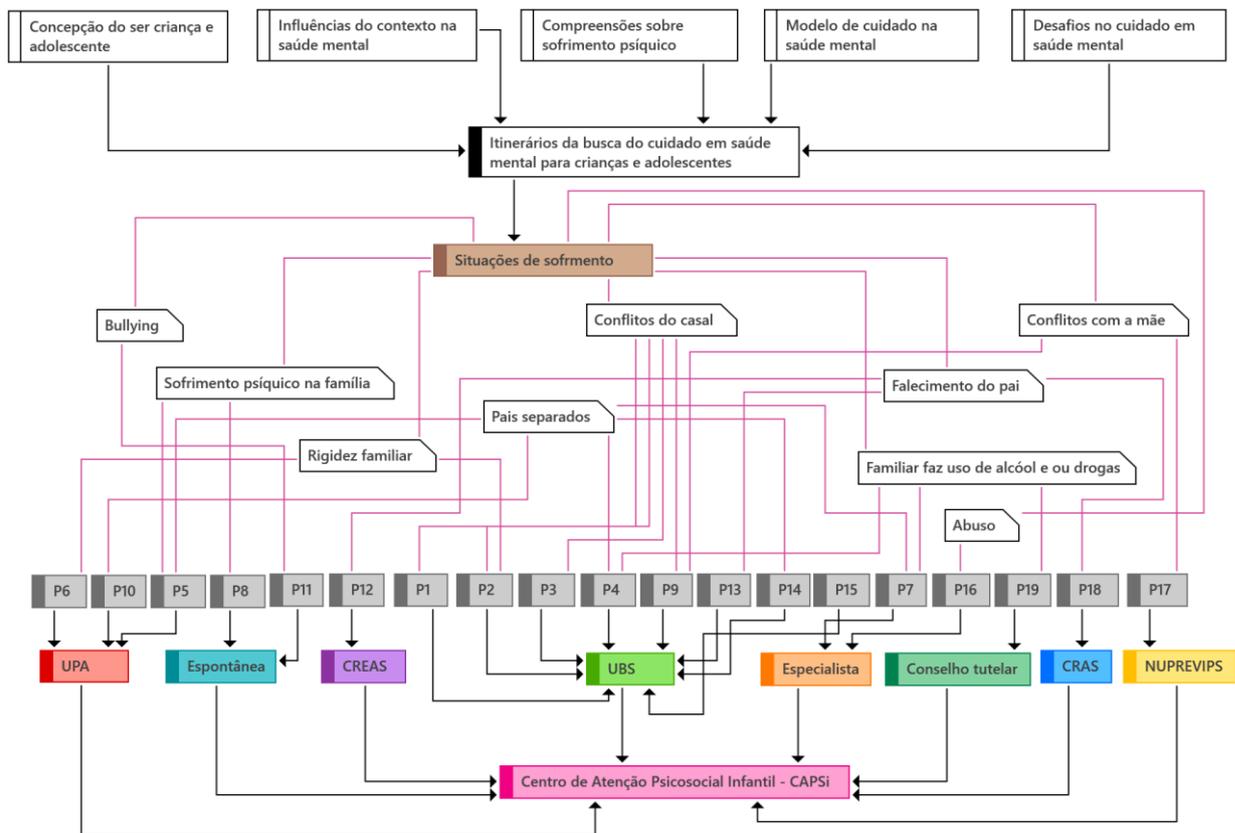
A análise das entrevistas oportunizou a geração de 423 trechos de entrevistas organizadas em 50 códigos que foram agrupadas em cinco categorias temáticas:1) concepção do ser criança e adolescente;2) influências do contexto na saúde mental das crianças e adolescentes;3) compreensões sobre o sofrimento psíquico infantojuvenil;4) modelo de cuidado na saúde mental infantil; e 5) desafios no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

A presença de uma concepção fragmentada entre mente e corpo colaborou para que os familiares protelassem o cuidado, e alguns inicialmente ficaram perdidos não associando inicialmente ao sistema de saúde como lugar de cuidado para a saúde mental, somente quando o sintoma ficou evidente corporalmente. Após perceberem o sofrimento, os primeiros movimentos ocorrem no microssistema através de

conexões de redes familiares e sociais que contribuíram para construção do cuidado, bem como as relações estabelecidas neste contexto foram formas de cuidado.

A figura a seguir demonstra a síntese das trajetórias, situações de sofrimento identificados e as instituições ordenadoras na busca pelo cuidado em saúde mental.

Figura 20 – Síntese dos itinerários para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes de Criciúma/SC.



Fonte: dados da pesquisa, 2023.

5.3 CONCEPÇÃO DO SER CRIANÇA E ADOLESCENTE

Nesta categoria foi possível perceber como os pais entendem o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial de seus filhos e as situações que ocorrem no cotidiano como geradoras de sofrimento psíquico.

A criança e adolescente se constitui enquanto sujeito biopsicossocial através das referências presentes no contexto familiar, social, cultural e escolar no qual a está inserida. As experiências interacionais vividas individualmente e coletivamente no territorial no qual a criança e adolescente estão imersos proporciona a construção de sua subjetividade individual e coletiva que auxilia no seu processo de inserção no

mundo atribuindo sentido e significado a sua história de vida (Onocko-Campos *et al.*, 2013, Rey, 2017).

As concepções de infância e adolescência são construções que se estruturaram ao longo do tempo a partir de diferentes olhares e saberes conectadas pelo contexto social, político, cultural e econômico. Diferentes saberes se debruçam sobre a infância e adolescência inserindo e delimitando características e necessidades específicas destas fases da vida em desenvolvimento ao adulto. (Aires,2012; Frota,2007).

A definição quanto a faixa etária segundo a OMS que compreende esta etapa do desenvolvimento varia entre os 10 aos 19 anos, o que tem como ponto de partida são os seus processos iniciais com a puberdade. Atualmente vem se percebendo o início mais precoce da puberdade e uma permanência maior nesta etapa da vida, entrando tardiamente na idade adulta (Who,2005).

A puberdade compreende as mudanças físicas que marcam o início da entrada vida adulta através da sexualidade. Com a meninas o processo tende a iniciar primeiro que os dos meninos, sendo caracterizada pela menarca e nos meninos com a possibilidade de ejacular. Independente destes processos fisiológicos a vida sexual adulta é permeada a nível social e cultural (Papalia; Feldman, 2013)

Com a chegada da adolescência ocorrem mudanças significativas de ordem biológicas, psicológicas, cognitiva, sociais e culturais, sendo considerada uma etapa de transição entre a infância e a fase adulta.

Cada criança apreende o mundo de acordo com o seu crescimento físico, o seu desenvolvimento psíquico e as experiências vivenciadas. O desenvolvimento do psiquismo da criança acontece a partir das primeiras relações estabelecidas, é através do contato com outro que a criança vai se constituindo enquanto sujeito. Este processo da constituição do eu acontece concomitantemente com o amadurecimento e crescimento do corpo biológico (PAJARO,2022).

A criança ao nascer estabelece com o seu cuidador uma relação de simbiose e vínculo que vai dando contorno e garante o seu desenvolvimento. À medida que o desenvolvimento vai se processando a criança vai se diferenciando, se tornando mais independente e autônoma (Winnicott,1982).

Ao nascer o ser humano encontra-se indefeso e dependente do auxílio externo para que as suas necessidades humanas básicas sejam garantidas. A família fica

encarregada de garantir que o bebe disponha de um ambiente saudável assegurando a sua sobrevivência (Oliveira *et al.*, 2021).

O desenvolvimento humano depende dos cuidados biológicos e simbólicos recebidos no seu início de vida O papel de nutrir esse bebe e desempenhado inicialmente pela figura materna (Vitorino; Prudente, 2022).

A família é núcleo social primário que vai assegurar o desenvolvimento psíquico das crianças. Ao nascer a criança pelo seu estado de vulnerabilidade e dependência necessita de um cuidador para lhe prover o alimento auxiliando no seu desenvolvimento biológico. O seu desenvolvimento psíquico não é diferente, ele ocorre através da relação com o outro. O cuidador é quem vai nomeando o mundo para a criança. O processo de constituição subjetiva da criança vai acontecendo associado ao desenvolvimento das funções cognitivas, motoras e psicológica ela vai ultrapassando essa fase de dependência indo em busca do seu desejo (Dos Santos *et al.*,2019).

Na pesquisa se percebeu que as crianças acessaram o serviço de saúde mental por disfunções cognitivas e comportamentais compreendidas pelos familiares como de ordem orgânica. Sendo presente uma visão da criança sem subjetividade e incapaz de fazer escolhas.

A [filha] era uma menina muito boa, nunca me deu trabalho em nada. [...]. Ela era uma menina bem calma, bem tranquila. Não pedia para sair, porque ela sabia assim que eu não deixava. Ela saia comigo, a gente ia no shopping, a gente ia passear, ia na praia na casa da minha das minhas irmãs, não tinha essa revolta assim (E. 16).

O início da vida sexual se configura como um marco da puberdade bem como componente importante no desenvolvimento social na adolescência. Atualmente facilidade no acesso a informações pelos meios eletrônicos a respeito da sexualidade e a falta de diálogo sobre o assunto no meio familiar acabam deixando o adolescente confuso (Queiroz *et al.*,2021). Este momento de vida do adolescente pode ser desencadeador de sofrimento psíquico tanto a ele quanto a familiares:

Daí ele falou assim: fala para o mano, tu perdeste a tua virgindade já, né? Aí a [Filha] falou: sim. Ele assim quantos anos tu perdeste a tua virgindade, e onde? Daí ela assim, lá no meu pai. Quando eu tinha 13 anos, quando eu perdi a minha virgindade. Eu conheci um menino lá no meu pai e ele me convidou para ir na casa dele e eu fui e daí

aconteceu. Nossa, eu chorei muito, muito. Por que eu confiava muito nela (E.16).

No contexto atual a internet se configura como um ambiente utilizado pelos adolescentes para construção de relações interpessoais. Relações essas que ultrapassam os ambientes virtuais adentrando ao mundo real. Porém estas relações estabelecidas neste ambiente não permitem a construção de um vínculo de confiança e intimidade, o que coloca os adolescentes em situações de risco (Silva; Gondim, 2022).

Falou para mim que conhecia ele há umas duas semanas então viu que era e resolveu levar em casa. Mas não era nada disso. A minha filha tinha dado uma volta no centro, conversou com ele pelo Facebook e conheceu e já levou lá para mim, como se estivesse namorando já e não era, mentiu (E.11).

O processo da construção da identidade que ocorre de maneira mais efetiva durante a adolescência, compreende os primeiros vínculos da infância estabeleceram uma base de segurança e confiança que permite ao adolescente a se aventurar no processo de individuação (Machado *et al.*, 2008). Neste processo de individuação o adolescente se aproxima de seus pares, construindo uma identidade separada de seus pais "Sim, já algum tempo ele queria botar igual a seus amigos, queria botar brinco. Queria pintar seus cabelos para se encaixar " (E.17).

Nesse processo ocorre a ampliação das relações sociais e de amizades entre pares, e novos valores e crenças começam a ser introduzidos. O impedimento de vivenciar esse processo de individuação acaba prejudicando a construção da identidade do adolescente sendo um fator gerador de sofrimento psíquico (Miliauskas; Faus, 2020).

5.3 INFLUÊNCIAS DO CONTEXTO NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A criança e adolescente se constroem enquanto sujeito biopsicossocial através das referências presentes no contexto familiar, social e escolar. Sendo neste contexto de experiências vividas que a criança e o adolescente emergem e se insere no mundo atribuindo sentido e significado a sua história de vida (Onocko-Campos *et al.*, 2013).

A população de crianças e adolescentes tem especificidades próprias de acordo com o seu desenvolvimento e sua constituição psíquica se constitui gradativamente em um processo interacional com o contexto no qual está inserida.

A confiança construída no processo relacional do binômio mãe/bebe possibilita o desenvolvimento do apego e permite que o bebe busque a proximidade com a mãe e se aventure a explorar o ambiente, oportunizando a construção de recursos que vão balizar a forma de se relacionar consigo mesmo, com as pessoas e com o mundo (Correa; Minetto; Crepaldi,2018; Oliveira *et al.*,2021).

O desenvolvimento afetivo e social acontece no processo de inter-relação da criança com o sistema, a relação mãe e criança acontece de forma recíproca, a criança ao mesmo tempo que é influenciada pelo ambiente, exerce uma influência no sistema. A violência presente no ambiente pela rejeição e exclusão, não tem um lugar de afeto histórias vividas de violência. A agressividade é vista como uma forma do ser humano se defender e se organizar (Bustamante,2020; Winnicott, 1990).

O desenvolvimento humano ocorre na relação da pessoa com o contexto de modo que as forças sociais e o sujeito se afetam e são afetados mutuamente. O sujeito não é só resultante da influência do meio, a cada instante vivido existe uma consciência intelectual e emocional que leva a uma ação no social (Matos, 2019).

Eu percebi como mãe, ele enfrentava o meu ex-marido, ele era ruim com quatro aninhos tu viu? No Colégio ele era bem ruim. Ele chegava no colégio dava na cara dos amiguinhos desde pequeno, ele ficou comigo até os quatro anos, porque eu tive um casamento que meu marido não gostava dos meus dois filhos [...], aí eu tinha que decidir na minha vida, entendeu? Até que eu o trouxe para a minha mãe e meu pai cuidar (E.14).

Os processos interacionais vividos no contexto familiar promovem a constituição da identidade, aquisição de normas e valores sociais, a autonomia, resiliência diante de adversidades físicas e psicológicas.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas no contexto social, cultural, econômico refletiram em diversas novas formas de configurações, estruturas e dinâmicas familiares que tem mostrado novas formas de funcionamento no dia-a-dia de cada família (Machado; Pereira, 2020).

Atualmente a sociedade exige a mulher ocupe o papel de mãe e profissional, a conciliação de duplas jornadas e a busca por atender as exigências ao mercado de

trabalho, bem como a necessidade de proverem o sustento de sua famílias, a necessidade de se ausentar por mais tempo levando as crianças desde muito cedo assumir responsabilidades.

É aquilo assim no momento que o meu marido sai para trabalhara as 5:30 ele fica esse período sozinho. Vou fazer o que? Eu já tentei achar outra pessoa para ficar em casa com eles, mas não é fácil. Como que eu vou colocar alguém dentro da minha casa para cuidar deles que eu não conheço. Não é fácil a gente sabe (E.10).

A fluidez com que se mudam e alteram as configurações familiares na sociedade atual gerando instabilidades e rupturas nas relações de vínculos familiares, principalmente nos períodos iniciais da vida, pode fragilizar a constituição e sustentação psíquica levando ao sofrimento emocional manifestado na atualidade (Cambuí; Neme; Abrão, 2016).

A ausência da figura paterna na configuração familiar dos participantes da pesquisa ocasionou uma sobrecarga na genitora levando em muitos casos a recorrer a rede de apoio familiar no cuidado com seus filhos, como também delegar o cuidado aos avós gerando situações sentidas pelas crianças como abandono.

A minha família, as vezes me ajuda. Meus irmãos, às vezes. Quando estou muito apertada (tempo), eles me ajudam. Cuidado não, digo, porque todos eles trabalham de sexta a sábado. Quando eles estão de férias, eles me ajudam. Meu irmão agora levou ele para passear lá no pai, para dar uma volta. Para aliviar a minha cabeça um pouco, ele foi para lá, ficou 8 dias e veio com o meu irmão de novo (E 5).

As dificuldades econômicas, o aumento de separações e divórcios fazem com que novas configurações e estruturas familiares surjam, como a presença de apenas um dos pais ou com os avos sendo os responsáveis pela tarefa de criar os netos (Paiva,2019). Este distanciamento físico e afetivo das figuras materna e paternas acabou fragilizando o vínculo e por consequência prejudicando o desenvolvimento psíquico saudável destas crianças e adolescentes:

Ele morava com a vó dele em Belém do Pará. Quando ele passou a morar com ela, ele tinha três anos, eu trabalhava muito. Aí com 7 anos, o pai dele faleceu. [...] ele continua morando com ela, foi a época que eu conheci o meu esposo e por ele continuar morando com ela, eu só ligava para ele, não frequentava muito a casa da minha sogra, da minha ex-sogra (E 12).

Os familiares são os responsáveis por construir o itinerário terapêutico frente ao sofrimento psíquico de seus filhos. A construção deste caminho envolve diferentes saberes e atores, como amigos, familiares, líderes religiosos e profissionais da educação e de saúde. Sendo a escolha dos diferentes tipos de tratamento está vinculada as crenças, valores e experiências de vida, ou seja, a busca pelo cuidado vai ser permeada por fatores culturais, sociais, econômicos e geográfico (Pavani, 2019).

Ao perceberem a presença de sintomas que indicavam sinal de sofrimento psíquico a primeira alternativa foi recorrer a contexto das suas relações familiares. A presença de laços familiares sólidos traz segurança a criança e adolescente facilitando o cuidado.

Eu (irmã) disse, então eu vou te ajudar. Isso foi em agosto, não em julho, final de julho. Ai o mês todo de agosto eu busquei ajuda no colégio, falei com o diretor do colégio, ele ficou de me ajudar. Nada. Fui de novo. Nada, fui quatro vezes lá no colégio pedir ajuda. Aí ele começou, neste ponto ele estava usando (E18).

Sendo que em muitos casos se configurou uma falta de habilidade dos irmãos, e genitores de diálogo, a escuta e acolhida para o conflito acaba gerando mais sofrimento: utilizando da violência como recurso frente a falta de habilidade de diálogo.

Eu liguei para o pai dela, o pai dela veio. A irmã dela, a outra irmã dela veio, e aí ela estava assim bem fora do normal. Nossa, eu chorei muito, muito, muito, muito. Aí de lá para cá ela começou a ficar revoltada, revoltada uma revolta. Aí a irmã dela deu uns tapas nela, deu. E daí o pai dela veio conversou com ela, tudo (E 16).

A família tem as funções de proteção psicossocial de seus membros e a transmissão de valores culturais. Os membros do sistema familiar têm suas relações afetadas diante das novas configurações de papéis e funções que a sociedade exige das figuras parentais. (Wendt; Crepaldi, 2008; Freitas, 2021). A efetividade e eficácia da vida familiar depende das condições para a sua sustentação e manutenção dos vínculos entre seus membros, podendo na dificuldade de um dos membros exercerem os seus papéis outro assume a tarefa (Gomes; Pereira, 2005). Para o bom funcionamento da família muitas vezes as funções parentais são exercidas pela figura fraterna:

[...] A mãe perdeu um serviço indo e levando ela no médico, correndo para a delegacia, acabou indo para a rua do serviço e agora conseguiu outro. E agora eu que estou trazendo-a para a mãe, estou parada. No psiquiatra foi até a mãe que trouxe, ela conseguiu vir (E 4).

A família compreende um contexto muito mais amplo que os membros que as compõem, compreende suas dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas e de lazer que formam atravessam toda a construção dos primeiros vínculos afetivos. É importante local de afeto e contração de vínculos necessários nas relações de cuidado diárias. Compreender a complexidade das dimensões que atuam na saúde mental de crianças e adolescentes contribui para o acolhimento e cuidado humanizado e integral (DESSEN, *et al*, 2005)

A atenção psicossocial não se limita somente ao indivíduo e sim olhar para todos os determinantes sociais, culturais ou econômicos garantindo um olhar integral. As prioridades concorrentes existentes no cotidiano do cuidador pode ser um entrave para que a criança e ou adolescente tenham acesso ao cuidado psicossocial necessário (Couto; Delgado, 2015).

A gente que é mãe, é nervosa, eu ficava 24 horas, cuidando da vó. A vó fazia cocô na calça, fazia xixi, eu que tinha que lavar ela. Só eu que tinha capacidade. Tem 9 irmãos, nora nenhuma me ajuda, só eu, só eu. E naquilo a gente não dá atenção para eles, tinha que dar mais atenção, eu sei que tinha que dá. Mas tinha que ganhar uns trocadinhos para a gente manter o gás, a energia para cuidar da gente. Daí ela (filha) ficou brava mais por causa disso, ela disse a mãe gosta mais da vó do que de mim (E 8).

A necessidade de assumir o cuidado de um familiar idoso sem uma rede de apoio pode sobrecarregar o familiar que se responsabiliza por este cuidado. A figura da mulher, mãe muitas vezes acaba por acumular estas funções não por escolha, mas por imposição de uma cultura machista. Esta sobrecarga de funções e trabalho geram um negligencia muitas vezes das relações afetivas importantes para o desenvolvimento psíquico de uma criança e adolescente.

A medida que as crianças vão crescendo e adquirindo mais autonomia elas próprias começam a identificar e nomear os seus sofrimentos como segundo relata esse familiar: "Na verdade, eu não percebi. Ele que me pediu ajuda" (E 12). O adolescente foi criado pela avó, já que os pais não tinham emprego e moradia fixa. Com o falecimento do pai ele foi deixado sob os cuidados da avó paterna e o contato com a mãe ficou por telefone e visitas nas férias uma vez por ano. O processo de "dar

voz” as crianças e adolescentes ainda necessita de arestas para que de fato se concretize como direito, nos serviços de cuidado e proteção à criança ainda necessita de um familiar como seu porta-voz, que se não estiver vinculado afetivamente pode gerar dificuldades no cuidado.

A formação do vínculo entre mãe e filho é um processo construído no convívio diário de troca de experiências de vida, em relações de afeto, acolhimento e reconhecimento da criança como um sujeito que exige tempo de presença hoje tão difícil em uma sociedade que exige da pessoa múltiplas tarefas.

As práticas parentais baseadas na comunicação assertiva, no cuidado baseado no afeto na orientação e estabelecimento de regras de limites de proteção atuam como fator de proteção para a saúde mental de crianças e adolescente. Alguns familiares tiveram dificuldades em identificar os sinais como irritabilidade, agressividade e isolamento como a presença de sofrimento psíquico o que levou ao agravamento da saúde mental de crianças e adolescentes.

Ela começou a ficar estranha, de repente e como a gente é pobre a gente não dá confiança. Nós é assim: está nervosa, então tu vais carpir, porque a gente mora na colônia. Daí ela dizia: mãe eu estou com os nervos à flor da pele. Então está, o que eu posso fazer? Eu não posso fazer nada. E um dia ela chegou em casa assim e foi para o banheiro. Ela estava de blusa comprida e aí eu cheguei, o que foi? Nada, nada. Tu cuidas da tua vida que eu cuido da minha. Então eu disse: tira essa blusa está tão calor, ela tirou e estava tudo cortado. É por causa de vocês que eu me cortei. Por que vocês não me ajudam, tudo a mãe diz que é brincadeira. E ela começou a se trancar no quarto e começou se cortar. Um dia ela falou mãe eu vou procurar ajuda na escola. A escola me ligou, é assim nós vamos participar do CAPSi, tu deixas ela ir? Daí ela foi indo, só que ela quer fazer as coisas a gente não deixa ela fica estressada e se corta (E 8).

O contexto escolar exerce grande influência no desenvolvimento da saúde mental das crianças e adolescentes devido ao longo período de permanência e de ser onde as relações sociais entre pares acontecem mais intensamente. A saúde mental infantojuvenil exige uma abordagem que considerem diversos saberes a necessidade de parcerias mais fortes entre escola e a saúde irão resultar em ações psicossociais mais efetivas. A abordagem de temas como bullying, de auto violência e violência e abuso sexual devem ser abordados pela escola como forma de prevenção e promoção de saúde mental (Cid; Gasparini,2015).

O [filho] ele está com 13 anos, foi ali por entre 10 e 11 anos isso, foi em São Paulo. Lá em São Paulo a gente ficou um tempo lá e ele chegava em casa falando que os colegas xingavam, davam apelidos. A gente foi na escola, procuramos ajuda, conversamos, só que ele, já tinha já tinha esse sentimento dentro dele. Quando ele estudou aqui no município teve um episódio quando ele tinha 5 anos, foi no último ano dele aqui. A professora falou que ia cortar a ponta dos dedos dele e ele chegou em casa todo mijado. O meu marido o colocou na cadeirinha, ele estava com uma bermuda tactel. E isso ficou na cabeça dele desde lá (E 10).

As situações de violência muitas vezes são experiências vividas pelas crianças dentro da própria instituição escolar e muitas vezes promovidas pelos educadores que utilizam de medidas disciplinares como castigos para que a criança se encaixe no modelo de aluno esperado. Cada criança possui a sua singularidade e as práticas educativas devem estar baseadas na vivência do respeito e do afeto.

O ambiente escolar se organiza de forma a propiciar o desenvolvimento das habilidades cognitivas, sociais e psicológicas. Toda a ação desenvolvida na escola visa o processo ensino aprendizagem, as dificuldades que envolvam as funções cognitivas e comportamentais manifestadas pelas crianças são identificadas como sofrimento psíquico com maior frequência e encaminhadas ao setor de saúde:

Na verdade, não fui eu que percebi, foi na escola, quando ele entrou no pré. Lá no colégio, ele ficava atrasado, não acompanhava a classe, ficava sempre atrás. Era agressivo. Porque a agressividade dele só surge quando alguém fala a palavra não. Quando tu favoreces ele, e ele faz o que ele quer está tranquilo. Mas se tu cortar ele de uma atividade que ele esteja gostando, naquele momento ele muda a personalidade, fica irritado, fica agressivo, fica violento (E 7a).

A potência da escola enquanto instituição que deve auxiliar no desenvolvimento integral, protege e assegura que a criança tenha uma assistência humanizada é contraditoriamente na mesma grandeza, como a inicia o processo de propagação de situações de violência e negligência na vida desta criança e adolescente através das exigências de padrões normatização não respeitam a singularidade de cada criança. O contexto relacional, as experiências de vida a criança e ou adolescente enquanto sujeito não são validadas, a sua identidade passa a ser definida pela doença (Rossato; Mitjáns Martínez, 2013).

5.4 COMPREENSÕES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO INFANTOJUVENIL

Nesta categoria contemplara a compreensão de que forma o sofrimento psíquico das crianças e adolescentes é percebido pelas famílias. A compreensão de que o comportamento da criança ou adolescente é uma manifestação de um desconforto ou necessidade não atendida leva os familiares serem proativos e se tornarem parceiros no processo de cuidado da saúde mental.

Os nossos desconfortos e confortos são nomeados pelo outro no início de nossa vida, sentimos e expressamos de acordo com os recursos que disponibilizados pelo nosso corpo. O olhar atento do outro percebe os pequenos sinais de sofrimentos e de acordo com a sua disponibilidade de recursos, físicos e psíquicos, vai auxiliando a trazer de volta uma situação de conforto, para que o desenvolvimento siga o seu fluxo (Winnicott,1990).

Na situação da criança o retorno a uma sensação de conforto e bem-estar depende da capacidade de encontrar recursos para o alívio de suas frustrações, que por sua pouca idade depende da sua capacidade interagir no ambiente, causando muitas vezes desconforto nos cuidadores. Sendo assim a probabilidade de a criança ter as suas necessidades atendidas depende do quanto de empatia e presença ela encontra no seu ambiente (Covello; Badaró-Moreira,2015).

Os primeiros sinais de sofrimento psíquico em crianças e adolescentes são percebidos mais facilmente quando estes envolvem dimensões fisiológicas

Justamente a gente viu que ele estava com esse problema, ele não estava dormindo, a gente procurou um médico e o médico mandou para o CRAS, o CRAS mandou para o CAPS, e que ele não estava conseguindo dormir antes de dar esses problemas nele (E 15).

A criança muitas vezes é exposta em situações de negligencia de cuidados, as pessoas que são as responsáveis pelo cuidado da criança estão vivendo alguma situação de sofrimento psíquico e não dispõe desse quantum de energia para oferecer a uma criança em desenvolvimento. No caso de E.15 de acordo com a história de vida demonstra a falta de uma cuidadora com recursos psíquicos para atender as suas necessidades.

Muitas vezes a criança apresenta sinais de sofrimento psíquico em casa, mas que não são identificados e nomeados. A família reconhece os sinais de sofrimento como comportamento de crianças que irão desaparecer à medida que ela crescer. Esta flexibilidade em estabelecer regras e limites caracteriza como abandono. A

criança fica suscetível ao estado emocional da mãe, as regras e limites não são estabelecidos frente ao seu comportamento e sim frente a maneira que mãe reage, ora disciplinando ora não fazendo nada. A criança deixa de receber os limites necessários e contorno para constituir subjetivamente levando a comportamentos que expressam o sofrimento psíquico;

Ela apresentava, mas eu achava que era normal. Todo mundo comentava que ela tinha alguma coisa. A menina é assim, porque a história do pai dela, puxou alguma coisa. [...]. A escola percebeu e encaminharam para o especialista, ele deu ritalina e ela passou mal, e eu acabei não levando mais. Depois quando a escola me chamava eu resolvia conversando com a minha filha. De comportamento, sempre resolvi e tudo sempre tentando orientar a minha filha para o melhor caminho. Em 2017 ela começa com aquela onda da baleia azul a se cortar, eu comecei a dar, amitriptilina para ela. Até 15 anos eu dava um horário e ela não chegava no horário, passava uma hora, eu estava deixando passar porque é razoável. Ela começou a namorar e ele veio morar na nossa casa com ela, começou muita conversa, muita briga, muita discussão. A minha filha começou a ter acompanhamento mais preciso foi quando aconteceu uma tragédia entre nós. Ela estava transtornada, nós discutimos e ela me agrediu com chutes. Eu fui para o quarto para evitar de bater nela e machucar. Passou um tempo ela veio me abraçar e me deferiu a faca. Então envolveu a justiça e ela foi para o socioeducativo (E11).

Já alguns familiares identificam inicialmente o sofrimento psíquico como falta de limites e para tanto utilizam de práticas de violência como castigos para ajustá-los as regras sociais. Outra forma de disciplina utilizada são o uso de medicalização. A escola foi um recurso potente na identificação e nomeação do sofrimento psíquico levando os pais a buscarem o atendimento.

Em casa ele também tinha esse comportamento, só que para nós era coisa de criança arqueira. Nós não íamos simular que ele tinha algum tipo de problema, para nós quando ele fazia esse tipo de arte ele apanhava. Toda vida foi assim, quando ele fazia arte, ele apanhava, entendeu? E no colégio eles não iam bater nele, porque eles não são nada dele, são estranhos (E 7a).

A compreensão que o sofrimento psíquico tem a sua origem na disfunção orgânica direciona o cuidado assistencialista e curativo, centrado na doença que contribui para a manutenção do modelo biomédico. Esse modelo desconsidera a complexidade existente no sofrimento psíquico e desta forma o cuidado se encaminha para a utilização da medicação como forma de controle. As famílias percebem os

comportamentos externalizantes, mas facilmente e vão em busca de uma forma de conter e colocar limites nesta criança.

Eu percebi, porque a médica ali da Unidade de Saúde dizia que ele tinha aqueles problemas. Não sei como é o nome, é o que ele era tipo criança agressiva, hiperativo com quatro aninho. Ele tinha um monte de problema, anemia forte e tinha que tomar medicamento com quatro aninhos. Foi daí que eu acho que surgiu os problemas dele (E 13).

Na criança o sofrimento psíquico é percebido pela escola e familiares como uma disfunção orgânica que é encaminhado para os sistemas de saúde e geralmente são medicalizados.

Com a chegada da adolescência o sofrimento psíquico foi percebido pelos familiares com maior frequência que relaciona estes a sofrimentos psíquicos relacionando a situações de vida ou a demandas da adolescência.

A adolescência é um período do ciclo da vida de intensas mudanças corporais e psicológicas que resultam novas formas de se relacionar socialmente. As relações sociais se intensificam buscando uma identificação com os seus pares, já com os pais o movimento é de diferenciação. Os processos de construção da identidade, autonomia, independência fazem parte das mudanças subjetivas que ocorrem permeadas por um contexto social e cultural. Crenças e valores diferentes ascendem muitas vezes um conflito geracional dificultando as relações com seus pais (Fernandes; Pereira, 2021; Mauch; Nepomuceno; Lordello, 2022).

As diferenças de crenças, valores, modo de ver a vida e culturais exige compreensão e diálogo entre os adolescentes e familiares. Quando não são compreendidas e elaboradas em conjunto acabam gerando conflitos. Em casos de imigração que envolvem adolescentes além do conflito geracional existe a necessidade de adaptação do adolescente no novo País e na busca de se sentir aceito busque novas formas de agir não legitimadas pela família. A família busca o cuidado como forma controlar os comportamentos do adolescente que são identificados como sofrimento psíquico e encaminhados ao CAPSi.

Sim, ele começou a ficar rebelde desobediente, e eu busquei ajuda no CRAS. É porque esse país aqueles mais livre. No sentido que os meninos botam tatuagem de pequeno, botam brinco, país mais liberal. No meu país não é muito assim não (E 17).

Outro sofrimento identificado pelos familiares que levou a buscar ajuda foram as autolesões provocadas pelos adolescentes. As práticas de ações de violências interpessoais e autoprovocadas tem crescido no Brasil de acordo com as notificações de violência interpessoal/autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

As vivências traumáticas causam uma impotência emocional, a relação ente quantidade de angustia desencadeada e o desenvolvimento emocional da criança ou adolescente para lidar com a situação, leva o adolescente a buscar uma forma de expressar o seu sofrimento psíquico através da automutilação (De Oliveira; De Souza; Costa,2021).

Ela começou se mutilando, se automutilando com doze anos e desde então a gente vem trazendo ela com atendimento psicológico. Ela já passou por alguns episódios de tentativa suicídio que o mais grave foi no final de junho desse. Daí ela cortou os pulsos e tudo mais. Que foi o episódio mais grave mesmo, (fez) que viesse para cá (E 9).

O conflito gerador da automutilação se mostram diversos quanto a sua natureza e intensidade estando relacionado as experiências de vida e a constituição subjetiva de cada adolescente. As experiências anteriores revelaram vivências de violência no lar como briga entre genitores, outros a situações de abuso sexual, outros a falta de cuidado nas necessidades básicas e em todas situações de negligencia quanto ao suporte emocional necessário no desenvolvimento psíquico. Na maioria das vivências as adolescentes viveram situações de desamparo e insegurança.

As fragilidades em decorrência das vulnerabilidades das crianças e adolescentes acaba por deixa-las expostas a situações de violência e abuso sexual. A experiência de eventos traumáticos na infância e adolescência acaba colocando em risco a saúde mental gerando sofrimento psíquico associado com violência autoprovocadas (Silva; Dullius,2023). A situação vivenciada de abuso sexual foi relatada pelos cuidadores como motivo de chegar até o CAPSi trazendo a informação da prática de automutilação anterior a descoberta do abuso sexual:

Então ela é bem guardada, não fala nada para ninguém, fala mais para mim. Fazia dias que ela estava só chegando da escola e indo para o quarto, só sai para comer e tomar banho foi então que a gente descobriu que o nosso avô estava tentando abusar dela. [...], mas ela desde novinha ela tem, não sei porque ela faz isso. Ela vê uns desenhos ali meio estranho, ela assiste uns desenhos bem nada haver

no celular ali, e ela já se cortou com faca, com tudo que é coisa ela já se cortou. Ela parece, como diz, ela gosta de sentir dor, sei lá, gosta de ficar se machucando (E 4).

A demora nos encaminhamentos e nos atendimentos do sofrimento psíquico mostram uma dificuldade da rede em acolher o sofrimento gerado pela situação de violência e abuso sexual.

Acho que vai fazer quase um ano agora. Só na polícia demorou um monte, enrolam. Quando..., parece que quando é fora, países lá fora é bem rapidinho... aqui já foi bem demorado. Tanto para atender, fazer ocorrência, tudo foi bem demorado (E 4).

As situações de violência e abuso sexual onde o abusador faz parte do sistema familiar da vítima, tendem a ser mais difícil de serem reveladas (Cruz et al.,2021). A família omite de fazer a denúncia como forma de evitar o sofrimento, e as rupturas familiares. Em casos de denúncia é necessário o acolhimento de toda a família não só da vítima, estas situações causam sofrimento em todo o grupo familiar gerando novas configurações.

Ela estava assim com brilho no olhar, assim fazia muito tempo que não via ela assim. E depois que ela sofreu esse abuso, a gente...nossa virou tudo de perna para cima, e ela voltou com sofrimento [...]. Eu não fiz a denúncia nada, o ano passado eu tentei amenizar a situação em casa com o marido pra não ter problema, achei que tava tudo bem com ela assim. E quando ela voltou esse ano pra escola, e contou para a professora e eles fizeram a denúncia. Tô na angustia, a família era muito unida ne?! Era tudo muito junto, e isso abalou muito ela. Ela foi criada junto com eles (o abusador) ne?! (E 3).

A adolescência em decorrência dos processos de mudança se configura como um período de fragilidade na saúde mental. As novas experiências que este momento da vida proporciona levam ter que fazer escolhas para as quais muitas vezes não se encontra preparada gerando sentimentos de ansiedade, medo, culpa. Como forma de regulação das emoções o adolescente utiliza de comportamento autolesivo (cortes), tentativas de suicídio (ingesta de medicamentos, desinfetantes) e a ideação suicida. Estes comportamentos quando se apresentaram causaram apreensão nos cuidadores e nos profissionais de saúde, que diante da fragilidade da vida e agilizaram a entrada no CAPSi:

A gente, eu não sei, eu tenho aquele olhar que eu conheço meus filhos, eu percebi, ele começou a se isolar muito, por conta da pandemia ele se desenvolveu super bem, melhor que na escola, ele se destacou muito, mas só que ele começou a se fechar, não queria conversar e eu comecei a notar que tinha alguma coisa diferente. E daí ele veio com uns pensamentos, ah de suicídio, essas coisas, me apavorei e comecei a ver ele muito de casaco. Ele falou para o pai: 'desculpa não vai acontecer mais, mas, eu me cortei (E 10).

A saúde mental infantojuvenil possui a suas singularidades e especificidade se faz necessário a participação de múltiplos saberes. Desta forma é necessário esforço constante para a construção de uma rede intersetorial que compreenda os dispositivos de saúde e demais instituições que constituem o cotidiano de vida desta população. Alguns adolescentes chegaram em situação de violência ao atendimento por intermédio do encaminhamento do Conselho Tutelar: " a gente foi para o conselho tutelar e daí do conselho tutelar indicaram a psicóloga na UNESC, no NUPREVIPS. Daí a gente veio para cá " (E 16).

De lá ela foi para o socioeducativo, ela ficou 34 dias ao total. Neste período o meu filho foi no conselho tutelar comunicar tudo que tinha acontecido. Então quando ela sair, nós já vamos trazer ela para cá, porque eu estava machucada (P12).

A situações de crise frente ao agravamento do sofrimento, alguns adolescentes e crianças colocaram em risco a sua própria vida através da ingestão de medicamento, automutilação, uso de substâncias psicoativas (Rossi *et al.*, 2019). Estas situações evidenciaram o sofrimento e a sinalizam para famílias e profissionais de saúde.

No outro dia fui no psicólogo A gente teve uma boa conversa. Eu pedi ajuda para várias pessoas sabe?! Para todos que eu conheço da saúde, eu gritei pra todo mundo ver se eu conseguia um encaminhamento, porque eu estava com medo de suicídio. Como essa idade, é uma idade perigosa (E 3).

Cabe aos serviços de atenção psicossocial possibilitar lugar de fala a estas crianças e adolescentes para que elas possam atribuírem um significado e construir alternativa de novas formas de existência.

5.5 MODELO DE CUIDADO NA SAÚDE MENTAL INFANTIL

Essa categoria demarca ações de cuidado reconhecidas e adotadas pelas famílias na forma de cuidado frente ao sofrimento psíquico. As práticas de cuidado respaldadas no modelo biomédico são as mais conhecidas pelos familiares. O modelo de atenção psicossocial resultante da reforma Psiquiátrica Brasileira, com práticas territoriais, humanizadas, multidisciplinares representam uma mudança de paradigma.

A criação do CAPSij em 2000, primeiro dispositivo voltado especificamente para esta clientela dentro de um modelo de atenção psicossocial, compreende a saúde mental como resultante de uma construção histórico, social, cultural, político e vivencial de cada sujeito. As especificidades da população infantojuvenil coloca a necessidade do trabalho interdisciplinar e convoca para a responsabilidade do cuidado diferente setores da sociedade: saúde, educação, assistência social e justiça garantindo o cuidado a criança e adolescente. Sendo assim o trabalho em saúde mental infantojuvenil exige organização da Rede de Atenção Psicossocial que assegure o cuidado de forma humanizado e integral (Sampaio; Bispo; Junior, 2021).

Os comportamentos de crianças e adolescentes em desacordo com o que é aceito socialmente são com mais frequência vinculados a problemas de saúde mental mantendo a hegemonia de um desenvolvimento biológica e organicista fortalecendo práticas de cuidado que se concentram em ações de tecnologia eficazes e objetivas no processo da medicalização e patologização da vida (Cunha, 2014). Apesar da mudança de modelo proposta pela Política De Saúde Mental Infantojuvenil ser pautada no modelo de cuidado psicossocial, ainda se observa práticas de cuidados pautadas na modelo biomédico, com o foco da atenção no sintoma. Sendo a criança a única responsável pelo seu sofrimento psíquico.

Só o único problema é que ele continua a enfrentar a minha família até agora. É uma coisa que é uma loucura guria. Responde, eu falei agora para o médico, responde é um menino muito assim respondão. Enfrenta os avós, não tem uma coisa assim, teimosa, entendeu? Eu disse para o médico, ele nunca pode ter alta. Porque mãe? Porque se tiver alta ele mata um. Eu vi agressividade no olho dele. Eu vi onde que ele estava com a faca e garfo na mão. É mãe, não, não. Porque ele sempre vai depender de medicamento (E14).

O processo de desenvolvimento psíquico sinaliza a importância da manifestação da agressividade pela criança sem que essa cause destruição ao ambiente. Desta forma a criança vai estabelecendo um vínculo de confiança com os familiares quando ela percebe que os pais conseguem dar continuidade a suas

manifestações. A oferta de cuidado deve ser ofertada para criança e sua família de forma compreender os sentidos da agressividade manifesta gerando novas formas de as necessidades emocionais de todos os atores envolvidos (BUSTAMANTE,2020).

Todos os usuários que chegam até o CAPSij são acolhidos e se aceitos no elegíveis para os serviços é feito PTS, onde todos passam pela consulta com o médico psiquiatra onde e iniciam a terapia medicamentosa. Alguns cuidadores saem da consulta com dúvidas sobre a necessidade da medicação o que revela que o processo a ausência de diálogo onde os cuidadores e as crianças e adolescentes ficam impedidos de exercem a sua autonomia e o seu poder contratual no cuidado.

O médico, o psiquiatra, deu uns medicamentos para ela tomar. Ela não estava conseguindo dormir direito de noite, ele deu os medicamentos para ela melhorar o sono dela, dormir mais e um para a ansiedade durante o dia, comprei um na farmácia natural, eu sou muito contra esses medicamentos, para mim, acaba ficando viciado naquilo Daqui a pouco aquilo não te faz, mas efeito, não sei, as vezes pode ser um preconceito meu, mas eu comecei a dar o medicamento, que é um calmante bem natural, e ela ta tomando e disse que ta resolvendo (E 2).

Os avanços tecnológicos de práticas terapêuticas dentro de um modelo biomédico acabam por propagar a utilização da medicalização em crianças e adolescentes. O sofrimento psíquico abordado dentro de uma premissa orgânica negligencia todo a história de vida, do processo de desenvolvimento, do contexto social, cultural, fundamentais no cuidado integral e comunitário. A medicalização validada a “doença mental” e se apresenta como uma solução rápida para a contenção comportamentos indesejados de crianças e adolescentes no ambiente familiar e escolar. (Dias; Mühl; 2020)

Sob a desculpa da necessidade da precocidade do diagnóstico como forma de prevenção do melhor tratamento os investimentos em práticas da psiquiatria clássica levam cada vez mais crianças e adolescente a um processo de patologização da vida e a negação de se constituírem enquanto sujeitos. A pesquisa demonstrou que crianças que iniciaram precocemente os seus tratamentos via especialidades tiveram sua subjetividade marcada insígnia do diagnostico cada vez mais abrangente promovendo ações de atenção à saúde que produzem estigmas e exclusões (Cunha, 2014).

Os modelos de identidades construídas sob a égide dos diagnósticos negam as diferentes dimensões do sujeito conferindo a dimensão biológica e ao indivíduo a responsabilidades pelo sofrimento psíquico (Cunha, 2014).

Se não tomar o remédio ele vira a noite bagunçando, ele não para quieto. E que no caso se hoje ele não tomar o comprimido ele vira a noite, bagunçando, se deixar ele vira a noite no tablete direto, ele vira a noite se não dá o comprimido dele. Agora com a graças de deus ele está mais tranquilo né? Eu já fiz um teste nele, hoje eu não vou dar, eu já fiz um teste nele, hoje eu não vou dar só para ver. Olha, ele vira a noite inteira, e de manhã ele vai direto, se ele não tomar o remédio direitinho, ele vira a noite bagunçando ele não para quieto (E 15).

O sofrimento psíquico das crianças tem relação com a história de vida das crianças, ao olhar apenas para a “doença” acabamos negando a capacidade de a criança sofrer diante de situações vividas. Em algumas situações reconhecemos que as situações são violentas, mas exigem das crianças e adolescentes que eles respondam a essas situações como “adultos”. Utilizar de terapias dialógicas e relacionais ofertando o lugar fala para que essas crianças construam as suas narrativas estejam presentes são essenciais para a resolutividade do problema, sem esquecer que é processual, complexo e singular:

Essa agressividade aflorou de uns tempos para cá. Porque daí chega na escola o colega tira sarro e o meu filho não sabe como lidar com isso. Ele não sabe como lidar, com esse sentimento. Então falei para ele que junto a gente vai conseguir. Só que sozinho como tais, a gente não consegue. A gente precisa de ajuda de um profissional, foi quando ele começou a passar pela psicóloga já tem, já foi duas vezes que ele passou que a gente já viu que surtiu resultado. Só que daí esse final de semana aconteceu um episódio com os colegas e aí ele já não soube. Ele acha que ele consegue lidar, mas quando acontece ele não consegue, ele fica muito nervoso. Então eu falo para ele, tu tens que aprender a controlar esse sentimento filho. Porque hoje ele toma duas fluoxetinas, três fluoxetinas e mais o remédio para dormir (E 10).

A concentração do atendimento de saúde mental somente pelos CAPSij ou pelo serviço ambulatorial de especialidade acaba por gerar uma fila de espera observado na demora do atendimento das crianças e adolescentes. O fortalecimento da RAPS com o início do cuidado na Atenção Primária com ações de promoção e prevenção evitando o prejuízo no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes pelo agravamento na saúde mental.

As solicitações de atendimento para a saúde mental que chegaram na APS foram encaminhadas e ficaram no aguardo do atendimento especializado. A APS no cuidado a saúde mental tem a função de promoção e prevenção oferecendo suporte e orientação as famílias, escuta qualificada e oficinas terapêuticas atendendo a necessidade do usuário (Lourenço; Matsukura; Cid, 2020). Muitas vezes a demora faz com que os familiares busquem o atendimento na rede particular, porém as dificuldades financeiras fazem com que alguns abandonem o acompanhamento:

Eu primeiro levei ela lá na pediatra do posto e ele encaminhou ela para a psicóloga. Isso foi lá no início da pandemia, foi um mês antes de iniciar a pandemia e eles não chamavam nunca para a psicóloga. Chegou um ponto que nós não sabíamos o que fazer. Então tenho uma cunhada ela sofre, ela tem depressão, crise de ansiedade essas coisas e ela disse já leva ela direto no psiquiatra porque a psicóloga não receita remédio e talvez ela precise de medicamento. Então realizamos uma consulta particular com um psiquiatra ele passou uma medicação e encaminhou para a psicóloga. Ela iniciou o acompanhamento com uma psicóloga particular, mas como não tinha dinheiro foi preciso parar o acompanhamento. E começou a luta de novo no postinho para tentar conseguir, demorou bastante tempo, até a gente conseguir uma vaga aqui no CAPSi (E 6).

O fortalecimento da RAPS, a utilização de práticas terapêuticas relacionais de escuta, o acolhimento, ações intersetoriais e multidisciplinar proporciona um ambiente inclusivo e garantindo o acesso de crianças e adolescentes a serviços e recursos necessários na sua própria comunidade evitando que o cuidado se restrinja aos CAPSi (Frazatto; Dalosso, 2022).

O campo de estudo na saúde mental infantojuvenil carece de maior aprofundamento para se desvencilhar do modelo cuidado biomédico. A dificuldade em perceber o sofrimento mental fora de um parâmetro de normalidade contribui para que muitos adolescentes e crianças só tenham seu atendimento efetuado quando o comportamento de risco é concretizado (Moura; Matsukura, 2022).

A grande parte dos entrevistados chegou ao CAPSi após o agravamento da situação:

Eu pedi para a enfermeira, acho que a enfermeira chefe, disse: 'pelo amor de Deus me socorre eu preciso de uma orientação de alguém para ontem, porque eu estou aflita, morro de medo dela cometer um suicídio, alguma coisa, eu não sei, preciso do olhar de outra pessoa'. Eles deixaram o encaminhamento na fila para psicóloga, acho que de

uma UBS onde tem psicóloga lá. Ai a enfermeira entrou em contato com outras pessoas, conversaram e conseguiram consulta aqui (E 3).

5.6 DESAFIOS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Nesta categoria estão elencadas as falas que demonstram os desafios vivenciados pelas famílias na busca pelo cuidado do sofrimento psíquico infantojuvenil. O sofrimento psíquico é complexo e multifatorial e acaba afetando todo o sistema familiar levando muitas vezes ao um sentimento de desamparado nesta caminhada.

O reconhecimento da criança e adolescentes como sujeitos de direitos que devem ser assegurados pela família, sociedade e Estado coloca novos desafios de se fazer uma atenção de forma integral e humanizada que considere as particularidades de cada caso, articulando-se com a outros setores sociais e garantindo a construção e a consolidação de novos serviços estratégicos, como os CAPSi (Reis; Pereira, 2023).

O cuidador necessita ter disponibilidade e recursos materiais, psíquicos e sociais para dar suporte que a crianças necessita. Esta situação dependência e necessidade de cuidado que vai diminuindo de acordo com o seu desenvolvimento acaba sofrendo abandonos e negligencias por não ter no seu contexto um cuidador disponível a oferecer este suporte que ela necessita.

Por muito tempo a criança culturalmente e socialmente foi percebida como um peso e que dificulta os pais na sua vida profissional e social o que muitas vezes acaba gerando negligencias no cuidado. Há dois fatores importantes a ser observado neste contexto a vulnerabilidade social, econômica, cultural que estas famílias vivem e a questão da valoração do que é necessário para uma criança acabam por negligenciar o afeto que interliga todo estes recursos oferecidos.

Eu trabalho em dois empregos, não falta nada para ela, ela tem de tudo. Mas assim, ela tem uma revolta não tem? Tudo, tudo que é coisa boa, tem roupa de marca, tênis de marca. Eu a adotei quando ela tinha sete meses e ela é assim tem uma revolta, ela quer sair, ela quer dançar, ela acha que ela já pode sair. Sempre dei do bom o bom e do melhor para ela, na medida do possível (E 17).

Uma reflexão sobre esta escala de valores que são estabelecidas socialmente e culturalmente para a qualidade de vida da criança coloca a dimensão material sob a dimensão emocional. Recentemente começou a se valorizar o afeto nos vínculos estabelecidos como importantes para o desenvolvimento biopsicossocial de uma criança. As memórias das experiências destes pais quando crianças remete a um ambiente de negligência a aspectos psíquicos e onde o trabalho e os recursos financeiros e materiais foram os mais valorizados, os pais repetem aquilo que é apreendido sem a reflexão. Conforme a fala desta mãe que atribui o seu sofrimento a falta de recursos e por isso deixa seu filho com a avó paterna por esta ter mais condições financeiras e no momento encontra dificuldade em reconhecer o sofrimento psíquico do filho.

Eu sei lhe dizer o que é muito trabalho. O que é o trabalho na minha vida eu vou saber lhe dizer. Eu não tive infância, eu tive trabalho. Trabalhava em roça, trabalhava na lavoura. Eu não tive adolescência, eu tive sempre, sempre a minha mãe me ensinou a trabalhar, entendeu? Então não tivesse esse tipo de coisa, nunca soube que é brincar com uma boneca. Eu nunca soube que ter um grupinho ali de criança brincando, mas o que eu não tive, eu tento dar para os meus filhos e para os netos. Você está entendendo? Eu nunca impedi, eu quero ter para dar para eles (E 12).

As políticas de saúde voltadas à criança e ao adolescente demonstram avanços expressivos em relação a esta população. Porém a visão fragmentada entre aspectos físicos e psicológicos acabou por negligenciar a dimensão do desenvolvimento subjetivo destas crianças e adolescente e por consequência ao aumento do sofrimento psíquico.

Esta visão ainda fragmentada resulta em familiares confusos dificultando a nomeação do sofrimento de seus filhos (Peterle; Ronchi; Zacché Avellar, 2010) "ele começou com aquelas coisas assim que, foi muita informação e eu fiquei desesperada eu e o pai dele. Aí eu não sabia nem por onde começar a buscar ajuda, na verdade" (E 10). A dificuldade identificação e reconhecimento do sofrimento psíquico de seus filhos gera um trajeto com obstáculos e hesitações, o primeiro é falta de conhecimento em relação a saúde mental da própria família, uma verdadeira peregrinação pelos serviços e dispositivos do território que oferecem assistência.

As famílias que se encontram em situações de vulnerabilidade social inserida em algum dispositivo da rede de proteção à criança e adolescente tiveram acesso

mais rápido ao CAPSi facilitando o itinerário. É necessário que RAPS e todos os serviços que tem a criança e o adolescente como seu público alvo se comprometam com a Saúde Mental. Ações como o fortalecimento do vínculo com a família, a compreensão que pertencer a RAPS e que ações de escuta e orientações quanto fluxo irá fazer com que no caso de crianças e adolescentes que estão em um processo acelerado de desenvolvimento encontrem ajuda evitando o agravamento:

Faz quase um ano que eu estou atrás da escola e eles nada de ir lá em casa. Pedi para fazer visita, o diretor me prometeu que ia fazer uma visita e não foi. O mês todo de agosto eu busquei ajuda no colégio, falei com o diretor do colégio, ele ficou de me ajudar. Lá no CRAS também não tem acolhimento porque uma hora está fechado, sempre tem uma desculpa, e eu procurando ajuda, fui lá no colégio e falei se vocês não fazer nada eu vou ligar para polícia, porque pelo menos a polícia vai segurar ele dentro de uma cela, vai sujar o nome dele, mas é a única opção que eu tenho. Até então eu não sabia de CAPS I, CAPS III, CAPS X, não sabia de nada. Então eu falei com uma assistente social que trabalha no CIEE, que ela faz o acolhimento da minha irmã que ela trabalha de aprendiz na Epagri. Foi ela que me falou sobre o CAPS infantil e que aqui teria toda a ajuda e que eu poderia vir direto. Tive dificuldade em encontrar o endereço então lembrei do Conselho Tutelar, liguei e eles me encaminharam para o CAPSi (E 18).

A complexidade da saúde mental infantojuvenil compreende uma multiplicidade de fatores exigindo uma rede de diferentes atores sociais que estejam envolvidos e comprometidos com o desenvolvimento das crianças. Desta forma, é importante que todos os serviços envolvidos com o desenvolvimento das crianças e adolescente compartilhem da lógica da atenção psicossocial que seja produtora de vida nos diferentes contextos de existência. As escolas, instituições religiosas, associações de bairro devem ter conhecimento do fluxo da RAPS para poder orientar a família onde buscar pelo cuidado (Nóbrega; Silva; Sena, 2016).

A RAPS se configura em uma importante aliada na saúde mental de crianças e adolescentes. As ações de cuidado psicossocial alinhado aos princípios da Política de Saúde Mental Infantojuvenil antecipam o acolhimento universal, o encaminhamento implicado, a construção permanente da rede e a intersetorialidade inserindo e valorizando a no processo de cuidado (Brasil, 2005; Fernandes *et al.*,2020).

Desta forma a Política de Saúde Mental Infantojuvenil orienta que o CAPSi dialogue com outros setores e órgãos que estejam implicados na vida das crianças e

adolescentes como: família, educação, assistência social, sistema de justiça, conselho tutelar, entre outros. O comprometimento e a responsabilidade como a saúde mental das crianças refletem na capacidade de a sociedade estabelecer relações afetivas e cuidadosas que favoreçam o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes de forma integral e inclusiva (Brasil, 2005, 2014).

Os casos que chegaram a APS também demoraram para receberem assistência. Algumas famílias procuraram a APS assim que perceberam os primeiros sinais de sofrimento, receberam o encaminhamento para o serviço especializado e ficaram no aguardo. Frente ao agravamento dos sintomas de sofrimento psíquico, as famílias retornaram a UBS e são acolhidas nas suas demandas. E acontece o encaminhamento com o devido acompanhamento até a vinculação do usuário na rede.

Eu vi os cortes no braço dela, marquei um clínico geral, no postinho do bairro e pedi o encaminhamento para a psicóloga, isso faz uns cinco meses atrás. Ela ficou na fila muito tempo, demorou muito pra... na verdade eles não chamarem. Dois meses atrás teve outro episódio de cortes, foi mais sério eu me apavorei (E 2).

A demora do atendimento gerado pelos encaminhamentos via sistema sinalizou a necessidade de uma escuta qualificada e o encaminhamento implicado e a necessidade de assistência na prevenção e promoção de saúde mental na atenção primária facilitando o cuidado em saúde mental.

A atenção psicossocial em saúde mental infantil preconiza a escuta qualificada de familiares e criança e adolescentes, entendendo o contexto relacional, e através de uma prática dialógica se busquem alternativas de mudanças referentes aquele núcleo singular (Reis; Pereira, 2023).

A compreensão pelos profissionais da ABS de uma lógica biomédica se revelou como obstáculo para a o cuidado psicossocial frente ao encaminhamento de crianças quando pequenas com um sofrimento psíquico ao serviço de atendimento especializado, no qual a criança acaba sendo identificando como a doença perdendo a sua condição de sujeito. O atendimento nos serviços de ambulatório especializado, neurologistas e psiquiatras em crianças mais nova mostra a presença da lógica biomédica, focada na doença de causa orgânica tendo como intervenção prioritária a medicalização não considerando com a devida proporção a família, escola e outros

serviços que lidam com a criança de qualquer responsabilidade no cuidado (Sampaio; Bispo Junior, 2021)

A gente fazia o acompanhamento ali [ambulatorio de especialista] e foi encaminhada para o psiquiatra, foi dado a ritalina para ela. A gente fez o uso da ritalina, até eu na hora assim não acreditava muito que fosse TDAH, mas a gente começou a perceber que algumas coisas batiam com TDAH. Só que eu relutei bastante ali, não conhecia. Ela não queria tomar remédio, não queria. O pessoal do [local], não viu a necessidade da ritalina, ela conseguia se concentrar, ela terminava as atividades, ela sempre foi assim na escola assim muito certinha nas coisas, o problema dela era mais a ansiedade (E 3).

Cuidar da saúde mental infantojuvenil de forma integral e humanizada exige ações colaborativas de diferentes setores como: saúde, educação, assistência, justiça, entre outros, a fim de garantir que as necessidades e os direitos das crianças sejam atendidos de forma abrangente. Somente um campo de conhecimento não atende todas as necessidades das crianças. O acesso limitado aos serviços impõe barreiras e atrasos ao cuidado impossibilitando muitas vezes a continuidade do acompanhamento que por se tratar de crianças e adolescentes pode significar uma mudança de um projeto de vida (Borba; Kantorski, 2008; Tãno; Matsukura, 2019).

Uma consulta com o psiquiatra ele até tinha, mas o medicamento eles não queriam dar, lá em no outro município eu tinha que comprar. Mesmo sabendo que eu não tinha condições de comprar, eles queriam que eu comprasse. Aqui não, aqui eles oferecem tudo de graça, aqui o CAPS é bom por esse lado, porque o CAPS, ele dá a consulta, dão acolhimento e ainda dão o remédio de graça. Por isso que eu voltei embora para Criciúma. [...] Se o [filho] tivesse todo o pacote completo teria recuperado (E 7a).

O modelo de cuidado psicossocial, rompe com a lógica asilar, e coloca a família como corresponsável no cuidado da criança ou adolescente. Porém o que se observa que em alguns casos os vínculos entre os familiares estão fragilizados se fazendo necessário um trabalho de acolhimento do sistema familiar para que o cuidado humanizado e integral seja efetivado. E essa criança ou adolescente não tenha os seus direitos violados.

Eu botei processo, nem com processo judicial, eu fiquei um ano lutando para encaixar ele na escola. Foi onde eu vim embora, como eu vou ficar numa cidade que eles não querem pegar o meu filho para estudar. Com processo ou sem processo eu sou obrigada a ir embora.

Eu queria que esse povo aqui do CAPS estivesse lá naquela cidade para pegar o CAPS lá também. Mas é como diz uma cidade é diferente da outra, nenhuma é igual. Então eu passei muito trabalho com esse menino, muito. Lá onde eu morava tinha que amarrar ele com uma corrente dentro de casa porque eu não conseguia controlar ele (E 7a).

A ampliação da compreensão que o desenvolvimento psíquico na infância compreende a interações de aspectos biológicos, ambientais e vivenciais. Sendo o sofrimento psíquico nas crianças tem relação com as experiências vivenciadas neste contexto que causam interrupção no fluxo do desenvolvimento natural. A terapêutica compreende organizar o ambiente de modo a oferecer experiências que favoreçam a o desenvolvimento da criança e adolescente (Winnicott, 1990). Desta forma o processo de adoecimento parece tornar-se mais compreensível do que se for descrito através de uma explicação que leva em conta aspectos orgânicos (Cardoso; Oliveira; Piani, 2016).

A proposta de mudança de paradigma para uma abordagem mais ampla e complexa que considera fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos irá contribuir para a transição de um imaginário social construído historicamente que associa o sofrimento psíquico ao preconceito e estigma da loucura fator de abandono e entraves na busca por cuidado (Amarante; Torre, 2007).

Chegou uma moça que ela não falava, ela não interagiu com ninguém devido uma traição que ela viu do pai. Então ela entrou em choque. E quando eu vi aquela situação, eu fiquei com medo. Eu achava que ele ia se tornar uma pessoa pior do que ele estava entrando. Eu vi essas coisas e já não comecei mais deixá-lo vir e nem trazia ele (E 12).

O problema é que eu tive dificuldade de aceitação. Porque até então para mim o CAPS era para louco ou para quem era drogado. Essa era a minha percepção de CAPS. Daí ele explicou para mim que o CAPS atende várias crianças que tem algum transtorno ou tem algum tipo de problema doméstico de violência, e ele foi me orientado, e foi onde eu entendi que ele realmente precisava (E 7a).

A escola pode contribuir para a identificação e manejo de situações de saúde mental em crianças e adolescentes por meio da participação em uma rede ampliada de cuidados em saúde mental se corresponsabilizando com o cuidado desse sujeito. Os laudos diagnósticos produzidos pela saúde a pedido da educação podem favorecer o acesso da criança em sofrimento psíquico a um processo educativo que atenda suas necessidades específicas como pode ser um fator excludente quando serve apenas para delimitar o acesso ao processo ensino aprendizagem. É importante

a escola abrir para um diálogo de troca com as famílias e com os dispositivos de saúde rompendo com uma prática perpetua a violência e a negligencia as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social (Reis; Sampaio,2023).

Hoje o diagnóstico dele era para estar numa APAE ou numa AMA só que eles para pegar têm que ter aquele diagnóstico daquilo, ele não tem. E o Dr. não vai dar se ele já vem sendo acompanhado aqui, não tem como agora eles chegar ali e dizer ele é um autista. Não tem como, agora dar um diagnóstico, se fosse para ver alguma coisa tinha que ser desde o começo, mas como eles disseram não tem como, ele não apresentava para eles, apresentou agora. Então o que acontece eles me encaminharam para o AMA, cheguei lá, eles não quiseram pegar, porque ele não tinha o diagnóstico. Mas tem o encaminhamento, o doutor está ali explicando, então eu tenho certeza que AMA deveria pegar, se pegasse só para fazer uma avaliação, e se der alguma coisa a gente já encaixava ele aqui. Mas simplesmente não, disseram que aqui no AMA ele não se encaixa (E 7a).

A demora no diagnóstico se deve ao fato que a estrutura psíquica da criança e adolescente ainda não está definida. Neste início de vida a criança vai se desenvolvendo na dependência dos referenciais oferecidos pelos seus familiares. Sendo assim na infância e adolescência se trabalha com o “risco” que são indícios de necessidade de maior atenção, cuidado e estímulos externo para que a criança se desenvolva psicologicamente a seu tempo (Jerusalinsky, 2018).

Como limitação do estudo destaca-se o período significativo para coleta de dados de quase dois anos, não obstante, isso justifica-se pois houve necessidade de um melhor acompanhamento dos trajetos percorridos pelos familiares.

6 CONCLUSÃO

Os resultados oportunizaram compreender a dinâmica dos itinerários terapêuticos construídos na busca de cuidado frente ao sofrimento psíquico de crianças e adolescentes.

A busca pela atenção em saúde mental de crianças e adolescentes é uma tarefa complexa sendo influenciada por vários fatores que se adequam conforme as crenças, valores, contexto social, econômico, cultural. A forma como os familiares concebem a criança e o adolescente, e entendem o desenvolvimento infantojuvenil vai influenciar nas escolhas das formas de cuidado frente ao sofrimento psíquico.

Na análise dos caminhos traçados o contexto no qual as crianças e adolescentes estavam inseridas se configurou um impedimento para que o cuidado acontece de forma fluida. Os conflitos relacionais revelaram-se como fatores que desencadeiam sofrimentos psíquicos, ficando claro a fragilidade no vínculo e uma tendência a um apego e dependência afetiva.

As situações de crise, ou agravamento, frente ao risco de vida foi um dos principais motivadores da busca pelo caminho de modo que sofrimento psíquico das crianças e adolescente acabava sendo percebido quando ele causava um sofrimento nos seus cuidadores.

Os familiares tiveram grande dificuldade de perceberem os sinais de sofrimento psíquico causado por situações violência e abuso sexual fazendo com que muitos casos perdurassem sem o devido cuidado causando danos a estrutura e desenvolvimento psíquico das crianças e adolescentes. Muitos casos de abusos e violências sexual relatados eram realizados por pessoas do sistema familiar gerando um sentimento de desamparado por aqueles que deveriam protege-las. Os casos de abuso sexual relatados só foram descobertos após as crianças estarem sendo vítimas a muito tempo.

A análise dos percursos indicou ainda uma fragilidade na rede de atenção psicossocial pois os familiares ao perceberem sinais de sofrimento psíquico buscaram os dispositivos da rede de saúde, porém o atendimento de fato somente foi efetuado quando os casos se agravaram, e frente ao agravamento a saída mais utilizada foi o modelo biomédico e a medicalização das crianças. O descortinamento dos itinerários terapêuticos traçados pelos familiares entrevistados revelou a complexidade que

envolve o processo de saúde mental infantojuvenil. Sendo assim é imprescindível a necessidade do fortalecimento da RAPS bem como dos demais órgãos e serviços para atuarem na proposta de ações visando a prevenção e promoção da saúde mental infantojuvenil.

A prevalência do modelo biomédico na construção do itinerário terapêutico, sugere a necessidade de fomentar a discussão do modelo de cuidado psicossocial na saúde mental infantojuvenil além do espaço do CAPSi envolvendo escolas, e órgãos de proteção e outros serviços da RAPS.

As limitações encontradas nesta pesquisa foi apresentar apenas o ponto de vista dos cuidadores não sendo possível fazer um contraponto com outros autores envolvidos neste processo como: profissionais de saúde e a própria criança ou adolescente.

As dificuldades familiares em se corresponsabilizar nas ações de cuidado dos sofrimentos psíquicos sugere que se pesquisem formas de auxiliar a inserção das famílias no processo de cuidado.

A pesquisa apontou ainda a necessidade de uma maior capacitação dos profissionais dos serviços de saúde mental quanto as especificidades do desenvolvimento psíquico da criança e adolescente dentro de uma perspectiva que integre os diferentes aspectos do indivíduo de forma a viabilizar ações dentro do modelo psicossocial. Qualificar os agentes dos serviços da rede intersetoriais para uma escuta empática e acolhedora das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico potencializando a capacidade de diálogo entre família, serviços e crianças e adolescente, pode representar uma alternativa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. L. **A LOUCURA INFANTIL PARA ALÉM DOS MUROS**. Monografia (Especialização) - Instituto Oswaldo Cruz/FIO CRUZ, Pós-Graduação em Ciência, Arte e Cultura na Saúde, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35411>. Acesso: 21 ago. 2021.

ALMEIDA, D. T. **Trabalhar no fio da navalha: desafios de conciliar urgência e referência em saúde mental em tempos de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica brasileira**. 2019. Tese [Programa de Pós-Graduação em Psicologia] - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30946>. Acesso em: 19 abr. 2021.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3 p. 263-271, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>. Epub 16 Set 2004. ISSN 1678-4464. Acesso em: 12 ago. 2021.

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - POLÍTICA & TRABALHO**, Paraíba, v.1, n.42, p.29-43, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/23308>. Acesso em: 14 ago. 2021.

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; Pinheiro, R.; Ruiz, E. N. F.; Silva Junior, A. G. **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC; ABRASCO, 2016, p.125-146. Disponível em: <https://cepesec.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf> Acesso: 10 ago. 2021.

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. **Experiências da doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 264 p. SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>. Acesso 14 ago. 2021.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2014

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

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, Dec. 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122018000601090&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 dec. 2020.

ANDRADE, A.R.D. **O acompanhamento não medicamentoso da criança diagnosticada com TDAH**. 2019. 120 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, 2019. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35582>. Acesso em: 29 maio 2021.

ARAUJO, C.M.; OLIVEIRA, M.C.S.L.; ROSSATO, M. O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 33, p.1-7, mar.2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 maio 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33316>.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed., Rio de Janeiro: LTC,2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BATISTA, K.A.; OLIVEIRA, P.R.S. A saúde mental infantil na atenção primária: reflexões acerca das práticas de cuidado desenvolvidas no município de Horizonte-CE. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 12, n. 3, p. 1-17, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2020.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p. 167-187, 2008.

BORBA, I.O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L.P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, p. 588-594, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0103-2100200800040009> Acesso em 12 mar. 2021.

BUSTAMANTE, V. Cuidado a crianças e suas famílias e queixas de agressividade: Um estudo de caso clínico. **Psicologia Clínica**, v. 32, n. 1, p. 15-34, 2020.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A.F.P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401- 410, feb. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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.** OPAS: Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica: n. 34.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176p.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011a.

_____. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 9 fev. 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_336.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CAMBUÍ, H.A.; NEME, C. M. B.; ABRÃO, J.L.F. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições Winnicottianas. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 19, p. 131-145, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016000100009> Acesso em 12 ago.2023.

CASTANHO, M.I.S.; ZORZIM, T.J.I. Internet, cultura do consumo e subjetividade de jovens. **Pesqui. Prát. Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 12, n. 1, p. 36-53, abr. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 29 jun. 2021.

CARDOSO, M.R.O.; OLIVEIRA, P.T.R.; PIANI, P.P.F. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 86-99, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610907>. Acesso 12 ago.2023

CARVALHO, J. **Avaliação do Cuidado em Saúde Mental à criança no contexto da Estratégia da Saúde da Família**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2019. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/196046?show=full>
<http://hdl.handle.net/10183/196046> Acesso em: 13 set.2022.

COSSETIN, V.L.F. Suportar ou reconhecer: a dupla face do conceito de tolerância e o papel mediador da escola. **Pro-Posições**, Campinas, v. 28, supl. 1, p. 132-146, 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0133>

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072017000400132&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 fev. 2021.

CD-10 Version: 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/browse10/2019/en>>. Acesso em 07 jun. 2021.

CID, M. F. B.; GASPARINI, D.A. Ações De Promoção À Saúde Mental Infantojuvenil No Contexto Escolar: Um Estudo De Revisão/Promotion Actions To Mental Health Chindren Youth Inschool Context: Literature Review. Revista FSA (Centro Universitário Santo Agostinho), v. 13, n. 1, p. 97-114, 2015. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/968> 12 ago. 2022.

CORREA, W.; MINETTO, M. F.; CREPALDI, M. A. Família como promotora do desenvolvimento de crianças que apresentam atrasos. **Pensando famílias (Porto Alegre)**, v. 22, n. 1, p. 44-58, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 16 out. 2023

COSTA, A.L.R.C., FIGUEIREDO, D. L. B., MEDEIROS, L. H. L., MATTOS, M., MARUYAMA, S. A. T. O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 195-202. 376 p.

COUTO, M.C.V. Novos desafios à Reforma Psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: **Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 121-130.

COUTO, M.C.V. **Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Rio de Janeiro, 2012. 178 p. Disponível em: <https://www.nuppsam.org/wp-content/uploads/2021/05/Tese-Politica-SMCA-especificidades-e-desafios.pdf>. Acesso em 4 mar. 2021.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, jul. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002> Acesso em: 05 mar. 2021.

COUTO, M.C.V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P.G.G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.30, n.4, p.384-389, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>. Epub 23 Dez 2008. ISSN 1809-452X. Acesso em: 25 ago.2021.

COVELO, B.S.R; BADARÓ-MOREIRA, M.I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1133-1144, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ym3dPcW6Vxz5XSBZm7QszHb/?lang=pt> Acesso em: 13 set. 2023.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B; GUARESCHI, N. M.F. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 42-49, Dec. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-1822005000300006>. Acesso em: 20 Dec. 2020

CRUZ, CRUZ, M. A. D.; GOMES, N. P.; CAMPOS, L. M.; ESTRELA, F. M.; WHITAKER, M. C. O.; LÍRIO, J. G. D. S Repercussões do abuso sexual vivenciado na infância e adolescência: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1369-1380, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.02862019>. Acesso em 13 ago.2022.

CUNHA, A.C.M. **Da crise normal ao risco: produções da adolescência nos cenários da saúde mental no Brasil**. 2014. 127 f. 2014. Dissertação de Mestrado- Faculdade de Ciências e Letras de Assis-Universidade Estadual Paulista. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/126358>. Acesso em 8 de out. 2023.

CUNHA, E M.da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/ continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011
Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>. Acesso em: 02 mar. 2021.

DATASUS - <http://www2.datasus.gov.br> > cid10 >

DA SILVA, J; GUAZINA, F. M. N.; PIZZINATO, A.; ROCHA, K. O “singular” do projeto terapêutico: (im) possibilidades de construções no CAPSi. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 127 - 146, mar. 2019. ISSN 2238-152X. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/83043/52412>. Acesso em: 13 fev. 2021.

DASSOLER, V. A.; PALOMBINI, A.L. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 278-291, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>. Acesso em: 10 set. 2021.

DE OLIVEIRA, A.; DE SOUZA, S. B.; COSTA, N. M. As principais causas que levam a automutilação em adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e7991-e7991, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/799>. Acesso em 13 set.2023.

DELFINI, P. S. S. **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. doi:10.11606/D.6.2010.tde-16122010-161656. Acesso em: 2021-08-14. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-16122010-161656/>

DELFINI, P. S. S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p1-7,2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n12/e00145816/>. Acessado:14 agos.2021.

DESSEN, M. A.; GUEDEA, M.T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 15, p. 11-20, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100004>. Acesso em 14 set.2023.

DESSEN, M.A. et al. A ciência do desenvolvimento humano. **Tendências atuais e perspectivas futuras**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DIAS, M.K.; MUHL, C. Agenciamentos da psiquiatria no Brasil: reforma psiquiátrica e a epidemia de psicotrópicos. **Argumentum**, v. 12, n. 2, p. 60-74, 2020. Disponível em : https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8946198.pdf&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=12959207602826592032&ei=napVZbOnJeOvy9YPILelwAE&scisig=AFWwaeaB71L7pTMfSoRsLaNSK5iN . Acesso em 12 set. 2023.

DOS SANTOS, I. M.; SILVEIRA. B.V.; DE MOURA, A. A. M.; PILLON, S. C. Percepção da família acerca do suporte profissional recebido em um serviço de saúde mental infanto-juvenil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, p. 512-523, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497964427008/movil/> Acesso em 12 set. 2023.

DOS SANTOS, J. C. G.; VALENTIM, F. J. R. Narrativas e significados atribuídos ao adoecimento psicológico infantil através da percepção dos cuidadores: um estudo realizado no Sertão Central Do Ceará. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 3, p.59-69, 2019. Disponível em: https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://publicacoesacademicas.unicatolicaq uixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/2673&hl=pt-BR&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=7277092553219223186&ei=ga1VZaOoH4v0mgHazZuwDA&scisig=AFWwaebrAYIVP2DwQGN60HQCizH . Acesso em: 12 ago. 2023.

ELIA, D.D.S. **O CAPS fora de si: um estudo sobre a atenção à crise no município do Rio de Janeiro**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24421> Acesso em: 12 ago. 2023.

ESCÓSSIA, L. Da; KASTRUP, V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em estudo**, v. 10, p. 295-304, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200017> Acesso em: 23 nov. de 2023.

FREITAS, M.M.A. Família: novos paradigmas. **Vínculo**, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 47-54, dez. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p523-534>. Acesso em: 16 nov. 2023.

FREIRE, F.H.M.A. **O sistema de alocação de recursos do SUS aos centros de atenção psicossocial**: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos. 2004. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4599>. Acesso em: 13 set. 2022.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSI, I. A. D. O.; FERIGATO, S. H.; MORATO, G. G. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 725-740, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1870>. Acessado 10 dez.2020.

FERNANDES, I. A. G.; PEREIRA, A. C. C. A geração que hoje é “normal, forte e saudável”: Reflexão sobre a Saúde Mental infantojuvenil em decorrência do conflito de gerações. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 10, p. 100833-100847, 2021. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/gke3gkkygreirj5my4huzu4lp4/access/wayback/https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/38468/pdf> Acesso em: 12 ago. 2023.

JANTARA, G. M. S.; FERRAZZA, D. A. Análise genealógica sobre a invenção da psicologia: um estudo dos discursos e práticas normativas e higienistas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, vol.16, n.1, p. 298-322, 2020. DOI: 10.12957/mnemosine.2020.52697. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/52697>. Acesso em: 16 out. 2023.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C. Sobre a reforma psiquiátrica brasileira: história e âmbitos atuais de luta. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.45, p. 274-292, jul.- dez. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.5690>. Acesso em 10 ago. 2023.

FIDELIS, A. C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). **Trabalho, educação e saúde**, v.

16, p. 561-582, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00126>. Acesso em 10 mar. 2023.

FONTANELLA BJB, RICAS J, TURATO ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 24(1):17–27,2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003> Acesso: 12 out. 2023.

FOUCAULT, M. **História da Loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRAZATTO, C.F.; DALOSSO, F.J. Acolhimento psicológico infantojuvenil na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Revista Polis e Psique**, v. 12, n. 2, p. 71-86, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/download/111772/87281> Acesso em: 12 jun. 2023.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 7, n. 1, p. 147-160, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844613015.pdf> Acesso em: 10 março 2022.

GALLERT, A.Z; LOUREIRO, D.G.; SILVA, M. R. B. S.; SOUZA, R.C. Subjetividade na pesquisa qualitativa: Uma aproximação da produção teórica de González Rey. **Educação on-line (PUC-RJ)**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 01-18, 2011. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/18055/18055.PDF>. Acesso em 29 de maio de 2021

GERHARDT, T.E. et al. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro, CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, p. 287-298, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1299>. Acesso em 10 mai. 2021.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro, CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, p. 279-300, 2007.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2.449-2.463, 2006.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, A.L.C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa – PB**. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

GOMES, M.A.; PEREIRA, M.L.D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 357-363, 2005.

GONZÁLEZ REY, F.L.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. **Subjetividade: Teoria, Epistemologia e Método**. Campinas: Alínea, 2017.

GONZÁLEZ REY, F.L. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2016.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson Learning, 2004.

GONZÁLEZ REY, F.L. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

GOULART, D.M. **Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito**. 2017. 254 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/24008>

GOULART, D.M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado em Educação) -Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/14958>

Heidrich, A. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007.205f.Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/5100> acessado em 20/2/2023.

JERUSALINSKY, J. Detecção precoce de sofrimento psíquico versus patologização da primeira infância: face à lei nº 13.438/17, referente ao estatuto da criança e do adolescente. **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 83-99,2018.

JORDÃO, T; PERGENTINO, E.F. Mudanças na cultura do cuidado em saúde mental e as repercussões para adesão ao tratamento. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.10, n.27, p.71-101, 2018. Acesso em: 22 fev. 2021.Disponível em:
<<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2484/5313>>

KANTORSKI, L.P. et al. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: INTERFACES COM A REDE DE SAÚDE PELO SISTEMA DE REFERÊNCIA E

CONTRARREFERÊNCIA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Acesso: 13 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300309&lng=en&nrm=iso>.

KIMATI DIAS, M.; MUHL, C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 60–74, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.29114. Acesso em: 20 dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29114>.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the border land between anthropology, medicine, and psychiatry**. Berkeley: University of California, 1980.

KLEINMAN, A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems**. **Social Science & Medicine**. vol. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/34cf/fffdc077e388aac11e6c4a83bdf5210705e5.pdf>. Acesso em: 18 de maio de 2020.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In Tratado de saúde coletiva, v. 2, p. 615-34, 2006. Fundação Oswaldo Cruz.

LEITÃO, I.B. et al. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 31, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e19001>. Acesso em 22 feb. 2021
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642020000100220&lng=en&nrm=iso

LEITE, V. E.P.; ONOCKO-CAMPOS, R. Trajetórias de vidas marcadas pela violência. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 19, n. Especial, p. 4-29, 2020.

LIBERALI, F. C. Construir o inédito viável em meio à crise doo Coronavírus: lições que aprendemos, vivemos e propomos. In: LIBERALI, Fernanda Coelho et al. (org.) **Educação em tempos de pandemia: brincando com um mundo possível**. Campinas: Pontes Editores, 2020.

LIMA, E.S.M. **Percursos entre saúde mental e infância: a construção de itinerários terapêuticos sob a ótica fenomenológica**. 2020. 108 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/54998>

LOURENÇO, M.S.D.G; MATSUKURA, T.S; CID, M.F.B. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 809-828, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/khk5FtVMZCJgPftjVbjHCyf/?lang=pt>
Acesso em: 8 jul.2022.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 2. ed., São Paulo: EPU, 1986.

MACEDO, J. P.; FONTENELE, M.G.; DIMENSTEIN, M. Saúde Mental Infantojuvenil: Desafios da Regionalização da Assistência no Brasil. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 121-131, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80421>: Acessado em 01 mar.2021

MACHADO, C.M.S.S. P.G. et al. Adolescência da vinculação-individação. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, n. 1, p. 211-216,2008.

MACHADO, M.S.; PEREIRA, C.R.R. Redes pessoais significativas de mulheres responsáveis por famílias monoparentais em vulnerabilidade social. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 25, n. 4, p. 399-411, 2020.

MASINI, D. V.; Costa; GOULART, D.M. Papel do Ensino de Medicina na (des)Construção do Aparato Manicomial. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, Portugal, v. 2, 2018.

MATOS, C.D.A. **O desenvolvimento subjetivo do psicólogo escolar: reflexões sobre os processos de atuação e formação profissional**. 2019. 210 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2019. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/35075>

MAUCH, A.G.D.; NEPOMUCENO, G. M.; LORDELLO, S.R. Silêncios que Ecoam: Narrativas grupais de adolescentes usuárias de um CAPSi a respeito de aspectos relacionais do gênero feminino. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 11, n. 2, p. 22-36, 2022.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, aug. 2010. Acessado em: 14 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005> Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso

MILIAUSKAS, C.R.; FAUS, D.P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020

MINAYO, M. C. D.S **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014. 393p.

MINAYO, M. C. D.S.; PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. D. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3701–3714, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07532022>

MINOIA, N.P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, dec. 2015. Acessado em: 02 mar. 2021.

<https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013> Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso>.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; GONZÁLEZ REY, F.L.; PUENTES, R.V.(Org).
Epistemologia qualitativa e teoria da subjetividade: discussões sobre educação e saúde. Uberlândia, EDUFU, 2019. 233 p.

MORAIS, R.L.D.S.; CARVALHO, A.M.; DE CASTRO MAGALHÃES, L. A Influência do Contexto Ambiental no Desenvolvimento de Crianças na Primeira Infância.
Revista Vozes dos Vales (Minas Gerais),n.11,p1-22,2017.

MOREIRA, C.P; TORRENTE, M. D.O.N.D; JUCA, V.J.D.S. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, dez. 2018. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0500> . Acessado em 08 ago. 2020

MORETTO, C.C.; CONEJO, S.P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 55-67, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902008000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 14 ago. 2021.

MORI, V.D. Os sentidos subjetivos configurados na experiência do câncer: um estudo de caso. In GONZÁLEZ REY, F.L.; BIZERRIL NETO, J. **Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar.** Brasília: UniCEUB, p. 115-130, Brasília, 2015.

MORI, V.D.; GONZÁLEZ REY, F.L. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.

MOURA, B.R.; MATSUKURA, T.S. Atenção à crise de crianças e adolescentes: estratégias de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis sob a ótica de gestores e familiares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320113, 2022.

MOURÃO, R.F.; GOULART, D.M. O delírio além do sintoma: reflexões a partir da teoria da subjetividade. **Rev. Subj.** Fortaleza, v. 19, n. 3, p.1-13, 2019.
DOI: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7391>
Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e7391>

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. Novos modos de vigiar, novos modos de punir: A patologização da vida. **Educação, Sociedade e Culturas**, Porto, n. 57, p. 31–44, 2020. DOI: 10.34626/esc.vi57.11. Disponível em:
<https://www.up.pt/revistas/index.php/esc/article/view/11>
Acesso em: 08 ago. 2021.

MÜHL,C. **Veredas da loucura: experiência de doença e itinerário terapêutico.** Tese (Doutorado em Sociologia) - Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019.

MÜLLER, A.C. **Potencialidades e desafios do cuidado em saúde mental a crianças e adolescentes na atenção primária à saúde do Município de Guaíba (RS)**. Dissertação (Mestrado Profissional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/255717/001164377.pdf?sequence=1> acessado em: 10 set 2022.

NÓBREGA, M.P.S.D.S.; SILVA, G.B.F.D.; SENA, A.C.R.D. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. **Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud**, v. 2, p. 41-49, 2016.

NUNES, C.K. et al. Saúde mental em crianças e adolescentes: visão dos profissionais sobre desafios e possibilidades na construção de redes intersetoriais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100442&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180432>

OLIVEIRA, A.M.D.C.D; GOULART, D. M.; GONZÁLEZ REY, F.L. Processos subjetivos da depressão: construindo caminhos alternativos em uma aproximação cultural-histórica. Niterói, **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 3, p. 252-261, 2017.

OLIVEIRA, R.S. et al. Atuação da equipe de enfermagem no estabelecimento do apego entre mãe e filho: revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 4, p. 697-709, 2021.

OLIVEIRA, R.D.S. **Interdisciplinaridade e atenção à saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): produção de sentidos e subjetividades**. 2018. 129f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

OLIVEIRA, R.M. de; FERRARINI, N. D. L. Sentidos subjetivos da prática interdisciplinar do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial - Caps. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João Del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-16, ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 11 mar. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, p. 2847-2857, 2013. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n10/v18n10a09.pdf

PAIVA, A. C.A. A fragilidade na estrutura familiar e seus impactos no desenvolvimento psicossocial infanto-juvenil. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 4, n. 7, p. 237-249, 2019.

PAJARO, M.V. **Perspectivas do desenvolvimento e clínica: diálogos da Gestalt-terapia com Winnicott**. 2022. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PASSOS, R. L. “**Quem me leva os meus fantasmas? ”: para além do fracasso escolar: produções de sentidos subjetivos de estudantes em situação de conflito psicossocial**. 2017. 133 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

PAVANI, F. M. **Avaliação das práticas em saúde mental voltadas às adolescências em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil (CAPSi)**. Dissertação, UFRGS, 2019.

PEREIRA, D. E. M.; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Fluxos da rede de atenção psicossocial infantojuvenil: compreensão por meio da construção de itinerários, **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v 11, n.30, p. 170-191, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69710>. Acesso em: 02 jun. 2021. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69710/42278>

PEREIRA, É.C.; MULLER, F. B.; CORDEIRO, S.J. Os encontros grupais na perspectiva psicanalítica: vivências no CAPS infantil. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, Londrina, v. 34, n. 66, p. 104-117, out. 2020. ISSN 2596-2809. Disponível em: <<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1383>>. Acesso em: 11 mar. 2021

PEREIRA, P. A biomedicina como sistema cultural. **Revista de Antropología Experimental**. Universidad de Jaén, Espanha, n. 19, p. 105-119, 2019. Disponível em: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae> DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v19.10> ISSN: 1578-4282

PEREIRA, P. Antropologia da Saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. **Revista de Antropología Experimental**, Universidad de Jaén, Espanha, n.15, (3):23-46, 2015. Disponível em: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>.

PETERLE RONCHI, J.; ZACCHÉ AVELLAR, L. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES **Psicologia: Teoria e Prática**, vol. 12, núm. 1, 2010, pp. 71-84

PINHEIRO, R. et. al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado In: GERHARDT, T.E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E.N.F.; SILVA JUNIOR, A.G. da (ORG.), Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ- ABRASCO, p.9-27, 2016.

POLLOCK, D. Personhood and illness among the Kulina. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 10, n. 3, p. 319-341, 1996.

QUEIROZ, D.K.L. et al. Sexualidade e adolescência: uma análise do pensamento conservador no Brasil Sexuality and adolescence: an analysis of conservative thought in Brazil. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 77027-77051, 2021.

QUINTANILHA, B.C. et al. A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 261-278, jun. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100014&lng=pt&nrm=iso . Acessos em 23 fev. 2021.

REIS, L.B.; PEREIRA, C.M. Percepções de Familiares sobre uma Rede de Cuidados de Saúde Mental Infantojuvenil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e254081, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ZHxfczLQ7qqJfbht9KtTSBr/> acesso em 12 set. 2023.

RIBEIRO P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n.1, 2006.

RIBEIRO, E.M.C. **Acolhimento familiar enquanto fissura de um dispositivo: uma cartografia dos afetos**. 2017.250 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis Orientador: Dr. Fernando Silva Teixeira Filho Assis, 2017.

RIZZINI, I. **Do confinamento ao acolhimento Institucionalização de crianças e adolescentes com deficiência: desafios e caminhos**. Brasília: CNPq/Ministério da Saúde, 2008. Acesso em: 7 jun. 2021.

ROCHA ZAIHAF, E.; ORTEGA, F. Sobre a importância da cultura e da experiência no cuidado em saúde mental. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 79-94, abr. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652021000100005&lng=pt&nrm=iso. acessos em 08 ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n01A04>

RODOVALHO, A. L.P.; PEGORARO, R. F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 1-8, mar. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000100003&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 15 jan. 2021.

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. A metodologia construtiva-interpretativa como expressão da Epistemologia Qualitativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade. **Atas- Investigação Qualitativa em Educação**, v.1, 2017. Disponível em: Acesso em:

ROMA, G.W. **Evitando que se tornem perniciosos à sociedade: a criança anormal e o Pavilhão Bourneville (1921-1929)**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2021.

ROSSATO, M.; MITJÁNS MARTÍNEZ, A. Desenvolvimento da subjetividade: Análise de histórias de superação das dificuldades de aprendizagem. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 289-298, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-8572013000200011>. Acesso em: 14 ago. 2021;

ROSSI, L. M.; CID, M. F. B. Adolescências, saúde mental e crise: a história contada por familiares. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 734-742, 2019. Disponível em: Acesso em:

SAMPAIO, M.L; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v37n3/1678-4464-csp-37-03-e00042620.pdf>
Acesso em:12 set. 2022

SANINE, P.R.; CASTANHEIRA, E.L.R. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **História, Ciências, Saúde:Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.199-215, 2018,

SANTOS, A. S. M. **A saúde mental infantojuvenil e atenção básica: um estudo de caso**. 2019. 119 p. Dissertação (Mestrado – Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE), Santos, 2019. Disponível em: Acesso em:

SCALABRIN, R. **Rede de atenção psicossocial: estudo do itinerário terapêutico a partir dos usuários do serviço**. 2019,74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PROCISA, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2019. Disponível em: Acesso em:

SCARPAZZA, C. F.; VIEIRA, A. G.; DE ALMEIDA NETO, H. Adolescência e suas complexidades: a busca por ajuda em serviço de saúde mental. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e508101321408-e508101321408, 2021.
Disponível em: Acesso em:

SERPA JR., O.D. de. Psiquiatria e neurociências: como “redescobrir “o cérebro sem eclipsar o sujeito. **Rev. Latinoamericana de psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 110-124,2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004002007>. Acesso em 23 de fev. 2021

SILVA, D. G. F.; GONDIM, L. S. S. Tecnologia e adolescência: influência nas relações interpessoais e na construção de identidade. **Constr. psicopedag.**, São Paulo , v. 32, n. 33, p. 90-104, 2022 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37388/CP2022/v32n33a04>. Acesso em 23 jul. 2023.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Ver. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.3,

p.420-424, 2015. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>. Acesso em: 20 ago. 2022.

SILVA, L. S.; DULLIUS, W. R. Casos de abusos sexuais e tentativa de suicídio na infância e adolescência: um estudo epidemiológico. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 8, p. e2730-e2730, 2023. Disponível em: Acesso em: 12 out. 2023.

SILVA, R. P. D. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, p. 195-208, 2009.

SINIBALDI, B. Saúde mental infantil e atenção primária: relações possíveis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, v. 12, n.2, 2013. Disponível em: Acesso em 06 jun. 2021.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 179-189, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20472014>. Epub Jan 2016. ISSN 1678-4561. Acessado 10 ago. 2021.

SORATTO, J; PIRES, D. E. P. D.; FRIESE, S. Thematic content analysis using ATLAS. ti software: Potentialities for researchs in health. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 73, 2020 e20190250. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>

SOUZA, E. C.; TORRES, J. F. P. A Teoria da Subjetividade e seus conceitos centrais. **Obutchénie. Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, Uberlândia, v. 3, n. 1, p. 34-57, 2019. Disponível em:

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002. 710 p. <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290108, 2019. Disponível em:

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rios: Ambiciosos, 2001.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?lang=pt> Acesso em 12 ago. 2021

UCHÔA, E.; VIDAL J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, 1994. Disponível em:

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010, 190 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 12 ago.2021.

VITORINO, L. R. V.; PRUDENTE, R. C. A. C.. A Psicanálise nos dispositivos de saúde mental: um tratamento possível com as psicoses. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 11, n. 21, p. 1-17, 2022.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 21, p. 302-310, 2008.

Winnicott D.W. A criança e o seu mundo. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1982.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre; Artes Médicas; 3.ed; 1990. 268 p.

Winnicott D.W. O brincar & a realidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent Atlas: resources for child and adolescent mental health**. Geneva: WHO, 2005.

APÊNDICE (S)

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Participante:

Familiar/Cuidador: _____ Idade: _____

Parentesco com a criança: _____ Sexo / gênero: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Grau de instrução: _____

1.2. Informações sobre a criança/adolescente

Idade: _____ Sexo / gênero: _____ Grau de instrução: _____

Data de início do tratamento no CAPSi: _____

Diagnóstico: _____

2. ENTREVISTA

2.1. Em algum momento você percebeu que sua criança ou adolescente tinha algum problema e que necessitava de ajuda. Você poderia nos contar como foi o caminho percorrido ou que você fez desde a suspeita do problema mental até a conseguir tratamento no CAPSi?

Temas ou subquestões a serem contemplados

Quando e quem notou ou suspeitou pela primeira vez de algum comportamento estranho ou diferente na criança ou adolescente?

Quais os problemas ou dificuldades percebidas na criança/adolescente?

O que você fez inicialmente para auxiliar a criança/adolescente?

Você poderia nos contar como foi o contato inicial com o serviço de saúde/profissional de saúde procurado?

E o que o profissional de saúde disse que a criança/adolescente tinha? Quais os tratamentos e encaminhamentos sugeridos por ele?

Quais as dificuldades enfrentadas por você para a realização do tratamento no CAPSi?

Como a criança/adolescente ficou depois de iniciar o tratamento no CAPSi? Você recomendaria o serviço para outras pessoas?

A criança/adolescente fazia acompanhamento com outros profissionais ou locais, além do CAPSi?

A pergunta a seguir será destinada somente para os cuidadores que abandonaram o tratamento no CAPSi.

2.2. Gostaríamos de saber um pouco mais sobre os motivos pelos quais você deixou de levar sua criança/adolescente para o tratamento no CAPSi?

APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO CONFIDENCIALIDADE

Título da Pesquisa: “ITINERÁRIO DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA BUSCA POR TRATAMENO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE CRICIÚMA -SC”

Objetivo: Analisar o caminho percorrido pelos familiares ou cuidadores para tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi da cidade de Criciúma.

Período da coleta de dados: 01/09/2021 a 31/10/2021

Tempo estimado para cada coleta: 50 minutos

Local da coleta: Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) -rua Mário Gregório dos Reis, nº 596, Bairro Santa Bárbara -Criciúma- SC.

Pesquisador/Orientador: Jacks Soratto **Telefone:** (48) 999347881

Pesquisador/Acadêmico: Jalila Musa Rahman **Telefone:**(48)996712734

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde -

podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
<p>Para a coleta de dados será realizada uma entrevista com o familiar responsável pelos cuidados da criança ou adolescente que estão ou estiveram em atendimento no CAPSi de Criciúma. A entrevista seguirá um roteiro semiestruturado onde se levantará o perfil do participante e a segunda etapa com perguntas abertas referente a temática investigada.</p> <p>A entrevista será agendada conforme a disponibilidade do participante, e realizada em local que privilegie o anonimato com duração prevista de até 50 minutos. A mesma será gravada em áudio.</p>
RISCOS
<p>A perda da confiabilidade dos dados se caracterizará como risco em participar dessa pesquisa, porém este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados dos participantes da pesquisa. O desconforto durante a entrevista pode também ser amenizado por suspensão da entrevista e se necessário for encaminhamento a clínica de psicologia da UNESC.</p>
BENEFÍCIOS
<p>A pesquisa irá contribuir com informações quanto aos processos de escolha dos cuidados em Saúde Mental Infantojuvenil contribuindo para o fortalecimento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.</p>

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será

obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a) Jalila Musa Rahman pelo telefone (48) 9996712734 e/ou pelo e-mail jalilamusa@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética CEP/UNESC (www.unesc.net/cep).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
Assinatura	 Assinatura
Nome: _____ CPF: _____ - _____	Nome: Jacks Soratto CPF: 007.674.729-85

Criciúma (SC), 25 de agosto de 2021

ANEXO (S)

ANEXO A – CARTA DE ACEITE

	ESTADO DE SANTA CATARINA PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA Relatório de pareceres por processos	Página 1 / 1 Página 1 Data: 30/08/2021
Filtros aplicados ao relatório		
Parecer: 1		
Número do processo: 0618235		
Número do processo: 618235	Situação: Em análise	Em trâmite: Não
Requerente: 96337641 - JALILA MUSA RAHMAN		
Beneficiário:		
Solicitação: 82 - AUTORIZAÇÃO		
Código do parecer: 1	Número do processo: 618235	
Local do parecer: 002.001.008 - SAÚDE -PROTOCOLO CENTRAL		
Conclusivo: Não	Data e hora: 30/08/2021 20:23:18	
Parecer: Vimos por meio deste, DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada: "ITINERÁRIO DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA BUSCA POR TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE CRICIÚMA". Considerando a Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais, defere-se a pesquisa em questão, concedendo acesso aos prontuários, nos termos do artigo 4, II, "b", desde que garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais sensíveis. Mediante o deferimento, declara-se o aceite da proposta e concorda-se em disponibilizar o acesso aos profissionais do CAPSI, aos familiares/responsáveis de pacientes e respectivos prontuários para a realização da pesquisa. O estudo está sob responsabilidade do professor Dr. Jacks Soratto e da pesquisadora Jallia Musa Rahman, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul catarinense - UNESC - durante o tempo de aplicação da pesquisa. Os pesquisadores devem combinar antecipadamente com a Gerência imediata do CAPSI do município de Criciúma. Cabe ressaltar que os pesquisadores devem realizar todas as medidas de segurança referente à pandemia do novo coronavírus. Além disso, devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética antes de iniciar a pesquisa. Fica acordado que os pesquisadores podem ser convidados a apresentar o resultado obtido à Secretaria Municipal de Saúde, em período oportuno bem como devem, ao final da pesquisa, encaminhar os resultados digitalizados à Secretaria.		

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS NA BUSCA POR TRATAMENTO ESPECIALIZADO NA CIDADE DE CRICIUMA- SC

Pesquisador: Jacks Soratto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51978221.5.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.011.505

Apresentação do Projeto:

A saúde mental infantojuvenil a partir dos movimentos sociais e políticos no Brasil passa a receber maior atenção. O movimento da reforma

Psiquiátrica influenciou a mudança na forma de cuidado as pessoas em Sofrimento mental de um modelo centrado na doença para uma atenção

psicossocial. Neste contexto são criados os dispositivos de atenção psicossocial em rede sendo o CAPSi o marco no início do cuidado em saúde

voltado especificamente a Saúde mental infantojuvenil alteração da população com os serviços de saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo: Analisar

o caminho percorrido pelos familiares ou cuidadores para tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi da cidade de

Criciúma – SC. O método utilizado será um estudo exploratório dentro de uma abordagem da Epistemologia

Qualitativa e o Método Construtivodescritivo de González Rey. A presente pesquisa encontra-se subsidiada pelo referencial teórico dos Itinerários Terapêuticos e a Teoria da

Subjetividade de Gonzalez Rey em uma perspectiva cultural histórica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o caminho percorrido pelos familiares ou cuidadores para tratamento em saúde mental de

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Telefone: (48)3431-2606

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

E-mail: cetica@unescc.net