

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Juliana Kuster de Lima Maliska

**O PERCURSO DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS:
UM ESTUDO DE CASO**

Santa Maria, RS

2019

Juliana Kuster de Lima Maliska

**O PERCURSO DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS: UM ESTUDO
DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Psicologia**.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jana Gonçalves Zappe
Coorientadora: Juliana da Rosa Marinho

Santa Maria, RS
2019

Juliana Kuster de Lima Maliska

O PERCURSO DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS: UM ESTUDO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Psicologia**.

Aprovado em 11 de dezembro de 2018:

Jana Gonçalves Zappe, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)

Félix Miguel Nascimento Guazina, Dr. (UFN)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento é para minha mãe Valdereza, sou grata por tê-la em minha vida, agradeço todos os momentos de carinho, aconselhamento e escuta que ela me proporcionou e principalmente a confiança que ela sempre desenvolveu comigo, hoje compreendo o significado que isso apresentou em minha vida.

Agradeço meus avós maternos, que mesmo não entendendo completamente as exigências da contemporaneidade, sempre me apoiaram. Além disso, sou grata ao tempo, por ter permitido que eles estejam comigo até esse momento.

Agradeço, também, meu pai por sempre ter conservado nosso laço afetivo, apesar das circunstâncias. De maneira geral, agradeço todas as pessoas que eu considero minha família, principalmente minha tia Nara Regina e minha melhor amiga Shaiane Molina.

Em relação a minha trajetória acadêmica, fico muito feliz, pois considero que tenho muitas pessoas para agradecer, às quais construí uma parceria e admiração. Agradeço todos os colegas da 19º turma de psicologia da UFSM, em especial: Lúcia Kariane, Vanessa Lucchese, Mikaela, Caroline Noal, Carolina Colomé, Anniara Lima, Cândida Dantas, Murilo Alves, Thais Lauz, Rafaela Monçalves e Tania Andrade, pois além de coleguismo, desenvolvemos um laço de amizade. Assim, agradeço, ainda, três professores que foram importantes em diferentes momentos da minha trajetória acadêmica: Professor Silvio Vasconcellos, coordenador do primeiro grupo de pesquisa que participei durante a graduação. Professora Mônica Arpini, coordenadora do grupo NEIAF, o qual tive a oportunidade de participar e desenvolver um projeto de extensão. E por fim, mas não menos importante, a professora Jana Gonçalves Zappe, que orientou esse trabalho com extrema sensibilidade entendendo, inclusive, meu ritmo e possibilitando que esse momento final da graduação seja menos angustiante, agradeço, também por ela ser a responsável por eu continuar acreditando em uma psicologia mais humana e afetiva. Agradeço minha coautora, Juliana Marinho, por ter aceitado realizar esse trabalho comigo.

Encerro meus agradecimentos, de maneira curiosa, já que quero agradecer meu cachorro, cujo nome é Freud, pelos momentos de ansiedade e preocupação que ele sempre esteve comigo, deitado em cima dos meus pés com olhinhos pedintes e rabinho balançando, me lembrando de que a vida ainda pode ser divertida como correr atrás de uma bolinha.

Portanto, há momentos como esse, que não conseguimos expressar em palavras aquilo que realmente queremos dizer, mas me sinto muito feliz por ter a oportunidade de fazer esses agradecimentos. Procuro compreender os diferentes contornos que essas relações me trouxeram, chegando a conclusão tão famosa na psicologia, que se não existissem essas relações, não existiria nada.

RESUMO

O PERCURSO DO CUIDADO NA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS: UM ESTUDO DE CASO

AUTORA: Juliana Kuster de Lima Maliska
ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Jana Gonçalves Zappe

O conceito de infância, assim como o modo de cuidar e educar as crianças, são construções sociais e históricas que sofrem influência dos modos de organização da sociedade em cada época. Atualmente, no campo da saúde, existem legislações e políticas públicas que garantem o atendimento integral das crianças, visando ao seu desenvolvimento pleno. Para isso, está previsto um conjunto de ações e serviços articulados em uma rede de atendimento para atender às necessidades das crianças e de suas famílias com relação à prevenção, promoção e recuperação da saúde mental. Os Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) são locais que ofertam serviços na atenção secundária em saúde mental para crianças e adolescentes, sob a perspectiva da reforma psiquiátrica e seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um ponto estratégico da rede de atendimento. Entretanto, apesar de muitos avanços nesse campo, a história pregressa escrita a partir de um cenário desigual e negligente, em que, muitas vezes, os cuidados em saúde na infância se baseavam na caridade e na institucionalização, deixou marcas nas práticas atuais que ainda precisam ser superadas. A partir disso, o presente trabalho de conclusão de curso realizou uma pesquisa qualitativa através de um estudo de caso. Os dados foram coletados a partir de análise documental e entrevista semiestruturada, e passaram por análise de conteúdo. Assim, após a introdução do trabalho, é apresentado um artigo onde consta o desenvolvimento do trabalho, sendo tal artigo organizado para publicação na revista *polis e psique*, por fim, o trabalho se encerra com a conclusão, onde se encontram os principais resultados e apontamentos de todo o trabalho.

Palavras-chave: Infância; Políticas Públicas; Reforma Psiquiátrica, CAPSi.

ABSTRACT

THE CHILD CARE IN MENTAL HEALTH CARE: A CASE STUDY

AUTHOR: Juliana Kuster of Lima Maliska

ADVISOR: Prof^ª. Dr^ª. Jana Gonçalves Zappe

The concept of childhood, as well as the way of caring and educating children, are social and historical constructions that are influenced by the modes of organization of society in each era. Currently, in the health field, there are laws and public policies that guarantee the integral care of children, aiming at their full development. To this end, a set of actions and services articulated in a care network to meet the needs of children and their families regarding the prevention, promotion and recovery of mental health is foreseen. The Psychosocial Care Centers for Children and Adolescence (CAPSi) are places that offer services in secondary mental health care for children and adolescents, from the perspective of psychiatric reform and following the guidelines of the Unified Health System (SUS). Strategic point of the service network. However, despite many advances in this field, past history written from an unequal and neglected scenario, where childhood health care was often based on charity and institutionalization, has left its mark on current practices that still need to be addressed. be overcome. From this, the present course conclusion paper has conducted a qualitative research through a case study. Data were collected from document analysis and semi-structured interviews, and underwent content analysis. Thus, after the introduction of the paper, an article presenting the development of the work is presented, and this article is organized for publication in the polis and psyche magazine. Finally, the paper ends with the conclusion, which contains the main results and notes of all the work.

Keywords: Childhood; Public policy; Psychiatric Reform, CAPSi.

Sumário

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| PERCUSOS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS..... | 14 |
| Resumo..... | 14 |
| Abstract | 14 |
| Resumen..... | 15 |
| Introdução | 15 |
| Método..... | 17 |
| Resultados e Discussão | 20 |
| Considerações Finais | 32 |
| Referências..... | 35 |
| CONCLUSÃO | 39 |
| REFERÊNCIAS | 41 |
| ANEXO 1- NORMAS DA REVISTA | 43 |
| ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA..... | |

INTRODUÇÃO

A infância como pauta da saúde mental tem se mostrado cada vez mais necessária, sendo tema de crescente interesse e discussão nos últimos anos, especialmente porque até muito recentemente o foco das ações psicossociais estava na fase adulta e deixava de lado as demandas específicas de crianças e adolescentes. Considerando a característica emergente desse assunto, é importante abordar os conceitos e aspectos da infância e da saúde mental, buscando-se, assim, compreender as suas possíveis relações, bem como as implicações disso no contexto de atuação profissional.

Inicialmente, cabe pontuar que o sentimento de infância e de ser criança decorreu de mudanças na organização social dos adultos, acarretando transformações políticas e econômicas que determinaram que crianças fossem vistas e tratadas de maneira diferente, deixando de serem “mini-adultos” e ganhando um novo lugar social. Essa transformação teve origem na Europa do fim do século XVI e se estendeu durante o século XVII. Portanto, a delimitação da infância como uma fase do desenvolvimento humano não foi sempre entendida como algo natural, mas sim como resultado de uma mudança no funcionamento da estrutura social (ARIÈS, 1981).

No Brasil, a concepção de infância perpassa a história de descobrimento e povoamento do país. O território brasileiro começou a ser povoado por volta de 1530, época em que existiam as grandes embarcações que traziam crianças de várias classes sociais portuguesas, as quais se juntavam às crianças indígenas que já habitavam as terras brasileiras. Existiam os grumetes, os pajens, as órfãs do rei e também as crianças que acompanhavam seus pais, que muitas vezes eram os oficiais ou capitães da embarcação. Os grumetes eram, majoritariamente, mão de obra para o trabalho, o que resultava em maus tratos. A alta mortalidade da época tinha como consequência uma desvalorização dessas vidas e, por sua vez, uma maior exploração. Já os pajens tinham mais privilégios, ficando responsáveis em proporcionar conforto aos oficiais das embarcações, sendo, muitas vezes, tiranos dos grumetes, já que suas posições possibilitavam isso. A respeito das órfãs do rei, sabe-se que eram meninas que não possuíam pais e nem uma boa condição financeira, e eram embarcadas nos navios para que, quando chegassem ao Brasil, fossem oferecidas ao matrimônio. Por fim, os acompanhantes de oficiais eram meninos trazidos nas embarcações para aprenderem o ofício dos pais, e os passageiros - dependendo de sua escala social - sofriam menos ou mais com as condições no navio (RAMOS, 1999).

Ainda nesse contexto, as crianças indígenas, com essa chegada e consolidação do povoamento no país, foram alvo da catequização dos jesuítas, em decorrência da ideia de que elas eram facilmente convertidas e podiam funcionar como um meio para disseminar os ideais do cristianismo (CHAMBOULEYRON, 1999). É dessa maneira que a infância no Brasil começou a ser demarcada: com o povoamento de suas terras e a miscigenação de seus povos. Além disso, foi uma infância pautada por classes sociais, já que aqueles que vinham de famílias nobres recebiam maiores cuidados, enquanto os que faziam parte da parcela pobre tinham seus anos iniciais já marcadas pelo trabalho, maus tratos e exploração. Esse cenário sofreu algumas alterações no século XVIII, quando foi desenvolvida a noção de criança “como futuro de uma nação”, direcionando o foco para sua formação, que passou a ser pautado a partir de um ensino pedagógico e cristão, o que incluía a confissão e a leitura da bíblia. Além disso, os cuidados médicos aumentaram, de tal forma que esse cotidiano voltado à infância passou a formar e preparar as crianças para assumirem responsabilidades (DEL PRIORI, 1999).

Em um contexto de intenso crescimento e de diversas desigualdades sociais, com o tempo os cuidados direcionados às crianças tornaram-se um problema social. A roda dos expostos - criada no Brasil em 1726, na Bahia - é representativa dessa situação: nela eram deixadas crianças para que fossem cuidadas pelas Santas Casas, entidades filantrópicas de ordem cristã. Essas situações de abandono e descuido somente assumem uma dimensão de preocupação social a partir da instalação da República, já em 1889. Nesse momento, o Estado foi se apropriando dos problemas existentes na sociedade, muitos deles referentes ao fluxo migratório e questões trabalhistas, incluindo aqui o trabalho infantil. Dessa maneira, em 1891, foi decretada a proibição do trabalho infantil executado com máquinas em movimento. Em 1923, é criado um regulamento de proteção aos menores abandonados e delinquentes, entendendo a pobreza como a causa dessas situações (PASSATI, 1999).

Apesar disso, as condições do trabalho infantil e as possíveis melhorias para a infância começaram a passar por modificações muitos anos depois, em 1927, com o código de menores, que regulamenta as condições de trabalho infantil e consolida como providência para essas crianças abandonadas e consideradas delinquentes, um regime de internação, reforçado por um discurso médico-jurídico. Finalmente, na Constituição de 1934, o trabalho infantil foi considerado proibido, não podendo ser exercido por menores de 14 anos sem permissão judicial (PASSATI, 1999). Durante os anos posteriores, porém, as intervenções do Estado ainda estavam baseadas na correção e no apagamento da individualidade de crianças e adolescentes, dessa maneira, Goffman (1987), definindo o que é uma instituição totalitária,

como sendo um local fechado com um regime de internação integral, coloca em discussão essa característica que essas instituições apresentam, sendo a mais notável, esse apagamento das singularidades.

Foi apenas a partir da Constituição de 1988 que se pensou a infância de forma mais humanizada e protetiva. Alicerçado a essa nova perspectiva, em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), que se configura como um grande marco para a infância e adolescência. O ECA prevê em seus artigos uma responsabilização de todos os agentes da sociedade e um Estado mais protetivo e mais participativo no cotidiano infanto-juvenil, repensando as ações e se articulando através de órgãos criados para organizar e fiscalizar a rede de proteção e cuidados desse público, como o Conselho Tutelar (BRASIL, 1990). Cabe destacar a importância do ECA para repensar os modos de institucionalização e normatização da infância no âmbito da saúde mental, visto que a partir de seu posicionamento favorável ao desenvolvimento saudável e ao direito de acesso das crianças aos mais variados serviços e formas de cuidado, a perspectiva sobre o que é a infância passou a se reconfigurar. Junto dessa legislação, o movimento da reforma psiquiátrica - que no Brasil começou a partir dos anos 70, em conjunto com a reforma sanitária - veio questionar o modelo hospitalocêntrico e a maneira como era tratado o paciente psiquiátrico, de modo que os cuidados no âmbito da infância passaram a ser colocados, em teoria, contra o caráter higienista e institucional que vigorava até aquele momento (CUNHA; BOARINI, 2010; BRASIL, 2005).

Neste sentido, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 1992, apontou algumas críticas em relação ao tipo de assistência oferecida aos pacientes que demandavam cuidados em Saúde Mental. Porém, foi com a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que esses discursos contrários à institucionalização foram direcionados às práticas de atendimento, concomitante com a lei n.º 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Para fortalecer as novas perspectivas, a portaria SAS/MS n.º 224 cria e organiza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir dos princípios norteadores do SUS. Logo depois, a portaria n.º 336/GM estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), diferenciados de acordo com a população usuária (BRASIL, 1992, 1990, 2002).

Apesar desses esforços, ainda existiam dificuldades na organização das práticas de cuidado, e para tentar acabar com estas lacunas, em 2011 foi criada a portaria n.º 3.088, com o objetivo de estabelecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual é constituída por diversos locais que se articulam para proporcionar ao usuário uma linha de cuidado em Saúde

Mental (BRASIL, 2017). Ademais, pensando especificamente no atendimento à população infanto-juvenil, que é o foco deste projeto, ressalta-se que o Ministério da Saúde elaborou a portaria nº 1.608, em 2004, estabelecendo o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, visando ao fortalecimento das ações de setores governamentais e não-governamentais na Saúde Mental da criança e adolescente (BRASIL, 2005).

Sendo assim, entra em cena o CAPSi, que é um serviço de atenção diária para o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam grave comprometimento psíquico, como por exemplo psicoses, autismo, neuroses graves e outras condições que impeçam esse sujeito de construir ou manter laços sociais. O CAPSi se configura, atualmente, como o local de referência para a Rede de Atenção à Saúde Mental da criança e adolescente, partindo de ideais da reforma psiquiátrica e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, o CAPSi é responsável por oferecer tratamentos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico para a infância e adolescência, estabelecendo uma boa comunicação com a atenção básica, trabalhando os conceitos de rede e território, e reconhecendo que a atenção básica tem papel fundamental na comunidade através do programa de Saúde da família e o dos Agentes Comunitários de Saúde. Um dos dispositivos dessa rede de cuidados compartilhados recebe o nome de apoio matricial, se diferenciando do encaminhamento dos casos, referência e contra-referência, pois sua ação é baseada no envolvimento e trabalho conjuntos da atenção básica e de uma equipe de Saúde Mental (BRASIL, 2004).

Com relação à atuação efetiva da rede cuidados, o estudo de Garcia, Santos e Machado (2015), que se propôs a entender a distribuição dos CAPSi no Brasil e o perfil dos seus usuários, identificou falhas na distribuição dessas unidades e um perfil de usuário que evidencia a importância da integração entre a atenção básica e a rede especializada, demonstrando, também, a necessidade da articulação intersetorial no território. Isso parece indicar que, mesmo tendo como princípio a superação do modelo hospitalocêntrico, o que acarreta em uma linha de tratamento focada na inserção social e na desinstitucionalização, questionamentos e reflexões sobre a efetivação desses princípios no cotidiano do funcionamento são relevantes se considerarmos que a ênfase em práticas assistenciais e institucionalizantes fazem parte da história de atendimento a crianças e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2004).

O interesse da autora pela temática infância e saúde mental surgiu a partir da experiência de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi). A partir dessa vivência, foi possível perceber as singularidades e desafios que esse campo apresenta, desde questões de avaliação e diagnóstico, trabalho em equipe, situações de

vulnerabilidade, relações familiares e escolares, redes de apoio e compartilhamento dos casos entre níveis de atenção.

Acredita-se na relevância da pesquisa devido às intensas modificações na sociedade que interferem no campo da Saúde Mental da criança e adolescente, que podem contribuir ou desqualificar o atendimento destinado a essa população. Além disso, a infância se apresenta como uma fase privilegiada do desenvolvimento, tendo muitas potencialidades a serem exploradas, podendo ser um campo de atuação de caráter preventivo, auxiliando para que as dificuldades não se agravem ou não surjam outras complicações na vida adulta.

Dessa maneira, essa pesquisa teve como objetivo conhecer como se estabelece o percurso do cuidado em Saúde Mental da criança a partir da inserção na Atenção Secundária, considerando as demandas apresentadas pelos casos selecionados para o estudo, as fontes de encaminhamento, os cuidados ofertados pelo serviço, as circunstâncias de desligamento do serviço de atenção secundária e por fim, a continuidade ou não de acompanhamento em outro serviço. A seguir, é apresentado em formato de artigo científico o desenvolvimento do trabalho, que contém as análises e discussões da temática proposta, prevendo-se que o artigo será submetido à Revista Polis e Psique, cujas normas encontram-se em anexo (ANEXO 1). Ao final do presente trabalho de conclusão de curso, consta a conclusão, onde se apresenta uma visão geral do desenvolvimento do trabalho, os principais resultados, as limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

PERCUSOS DE CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS

Resumo

Os Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi) são locais que ofertam serviços na atenção secundária, sob a perspectiva da reforma psiquiátrica e seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente trabalho propõe através de uma pesquisa qualitativa desenvolvida a partir de um estudo de caso, compreender como se estabelece o percurso do cuidado na saúde mental da criança a partir da atenção secundária. Os dados foram coletados com análise documental e entrevista semiestruturada, e passaram por posterior análise de conteúdo. Foram identificadas dificuldades na comunicação e no compartilhamento dos casos entre níveis de atenção e na construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS). Além disso, os processos de alta e desligamento do serviço apresentaram uma maior taxa de encaminhamentos e desistências do que altas, levantando questionamentos acerca dessa situação.

Palavras-chave: Infância, Políticas Públicas, Reforma Psiquiátrica e CAPSi.

Abstract

Centers of Psychosocial Attention to Children and Teenagers (CAPSi) are places that offer services in secondary care, under the perspective of psychiatric reform and by following the Unified Health System (SUS) guidelines. This paper, through a qualitative research from a case study, proposes to understand how is established the path in child mental health care from secondary attention. Data were collected by documental analysis and semi-structured interview, and were processed by content analysis. There were identified difficulties in communication and sharing of cases between different levels of attention as well as in development of singular therapeutic plan (PTS). Additionally, the discharge and disconnection processes presented a high dropout and referrals rate compared to discharges, raising some questions about this situation.

Resumen

Los Centros de Atención Psicosocial para Niños y Adolescentes (CAPSi) son lugares que ofrecen servicios de atención secundaria, desde la perspectiva de la reforma psiquiátrica y siguiendo las pautas del Sistema Único de Salud (SUS). El presente trabajo propone a través de una investigación cualitativa desarrollada a partir de un estudio de caso, para comprender cómo se establece el camino de la atención en salud mental infantil desde la atención secundaria. Los datos se recopilaron con análisis documentales y entrevistas semiestructuradas, y se sometieron a un análisis de contenido adicional. Se identificaron dificultades en la comunicación y el intercambio de casos entre los niveles de atención y la construcción de un plan terapéutico único (STP). Además, los procesos de alta y finalización del servicio presentaron una tasa más alta de derivaciones y abandonos que alta, lo que generó dudas sobre esta situación.

Palabras clave: Infancia, Políticas públicas, Reforma psiquiátrica y CAPSi.

Introdução

A partir de mudanças significativas na sociedade, como a construção e delimitação da infância, ocasionando uma reorganização social que culminou em leis e intervenções estatais, tornou-se possível uma nova perspectiva para o tratamento e cuidado em saúde mental, se opondo ao modelo hegemônico focado nos hospitais psiquiátricos e na figura do médico. Estas transformações foram efetivadas através da Lei 8.080 (1990), que regulamenta as ações em saúde através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a partir da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, quando os discursos contrários à institucionalização e favoráveis ao redirecionamento das práticas de atendimento ganharam mais força. Concomitante a isso, a Lei n.º 10.216 de 2001 surge para dispor sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Brasil, 1990; 2001).

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram idealizados e efetivados através da portaria SAS/MS nº 224 (1992), que também cria e organiza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) a partir dos princípios norteadores do SUS. Logo depois, a portaria nº 336/GM (2002) estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), diferenciados de acordo com a população usuária (Brasil, 1992; 2002). Dessa maneira, para a população infanto-juvenil, foi estabelecido como serviço de atenção secundária o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi), que é um local onde se desenvolvem ações de atenção diária para o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam grande comprometimento psíquico, como por exemplo, psicoses e autismo. As atividades desenvolvidas em um CAPSi podem ser as mesmas que são desenvolvidas em CAPS adulto, tais como: atendimento em grupos, atendimento individual, visitas domiciliares, atendimento familiar, atividades de inserção social, atividades socioculturais e esportivas, oficinas terapêuticas e atividades externas (Brasil, 2004).

Cabe destacar a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para repensar os modos de institucionalização e normatização da infância no âmbito da saúde mental, visto que a partir de seu posicionamento favorável ao desenvolvimento saudável e ao direito de acesso das crianças aos mais variados serviços e formas de cuidado, a perspectiva sobre o que é a infância passou a se reconfigurar (Cunha, Boarini, & 2010; Brasil, 2005). Entretanto, mesmo que essas ações tenham como princípio a superação do modelo hospitalocêntrico, o que acarreta em uma linha de cuidado focada na inserção social e na desinstitucionalização, questionamentos e reflexões sobre a efetivação desses princípios no cotidiano do funcionamento são relevantes se considerarmos que a ênfase em práticas

assistenciais e institucionalizantes fazem parte da história de atendimento a crianças e adolescentes no Brasil (Amarante, 2007; Brasil, 2005).

Diante do exposto, o presente estudo visa discutir como se estabelece o percurso do cuidado na saúde mental da criança, buscando analisar as demandas que mobilizaram a inserção em um CAPSi, o tempo de permanência em atendimento, as ações terapêuticas oferecidas e a comunicação entre serviços de diferentes níveis de atenção da rede de atendimento, com relação aos casos investigados. A partir disso, busca-se fomentar as reflexões acerca das ações em saúde mental da criança e adolescente, entendendo a importância de contribuir para o fortalecimento da política antimanicomial e continuar trabalhando dentro da perspectiva de um cuidado humanizado em saúde mental da criança e adolescente.

Método

A pesquisa delineou-se a partir do método qualitativo, o qual estuda a história, as relações, as crenças e as interpretações que os próprios sujeitos constroem a partir de suas vivências, possibilitando então que os objetivos da pesquisa sejam alcançados (Minayo, 2014). Além disso, este método se propõe a dar uma maior profundidade aos estudos, optando por um número limitado de participantes, com o intuito de compreender as complexidades presentes em suas narrativas (Minayo & Sanches, 1993).

Como estratégia específica, optou-se pelo estudo de caso, que possui um caráter mais detalhado e vai em consonância com o entendimento de que, neste estudo, são significativas as experiências e a compreensão dos participantes em relação às suas trajetórias em um serviço de atendimento em saúde mental da criança e adolescente, visto que se trata de um tema complexo que abrange diferentes contextos, políticas públicas e fenômenos sociais.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: primeiro, a partir de uma análise documental dos prontuários, foram analisados os registros dos casos atendidos recentemente no CAPSi; depois, os casos que receberam alta foram analisados em maior profundidade através da realização de entrevistas semiestruturadas com as mães das crianças.

Os participantes do estudo foram os que através de uma análise documental dos prontuários disponíveis no local, obtiveram alta do serviço, constatando o tempo de permanência no serviço, a passagem por outros serviços da rede de saúde, a demanda que justifica o acompanhamento para o CAPSi, as circunstâncias da saída da criança do CAPSi e, se houvesse, a informação, sobre a continuidade do tratamento em outro serviço, buscando os casos que mais apresentam capacidade para responder aos objetivos da pesquisa (Yin, 2005).

Dessa maneira, foram analisados os prontuários arquivados em maio de 2019, sendo um total de 200 documentos, dos quais 154 eram de adolescentes, seguindo a classificação do ECA (Brasil, 1990) que estabelece que a partir de 12 anos já podemos considerar o início da fase da adolescência. Assim, 46 prontuários eram de crianças até 11 anos; desses documentos, 25 puderam ser analisados, pois 21 não apresentavam dados suficientes para a análise, já que nos prontuários nem todas as informações foram preenchidas pelos profissionais e também, houve casos em que o documento não estava completo, faltando folhas. Logo, identificou-se apenas duas crianças que receberam alta, sendo as mães das crianças convidadas para a segunda etapa da pesquisa. Nos outros casos, o encaminhamento para outros serviços tornou-se prioridade, totalizando 12 encaminhamentos, (a maioria para clínicas escolas), 7 desistências, 2 casos que não aderiram ao tratamento, e outros 2 casos de crianças que estavam em acolhimento institucional e foram adotadas durante o período dos atendimentos.

Os participantes, então, são duas mães referenciadas como responsáveis no prontuário das duas crianças que foram atendidas no CAPSi mas não estão mais vinculadas ao serviço,

tendo obtido alta nos anos de 2017 e 2018. As entrevistas realizadas foram gravadas e transcritas, tendo seu conteúdo posteriormente analisado a partir de proposta de análise de conteúdo apresentada por Minayo (2012), buscando uma aproximação da manifestação dos conteúdos que estão implícitos através de um trabalho interpretativo dos dados no sentido dos objetivos da pesquisa.

Assim, a análise seguiu algumas etapas, tais como: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Na primeira etapa, foi realizada uma leitura atenta dos materiais coletados; na segunda etapa, após a criação de categorias, foi feita uma associação dos conteúdos coletados entre o referencial teórico e as constatações da autora da pesquisa. Na última etapa, buscou-se condensar as informações colocadas anteriormente, bem como interpretá-las a partir dos conteúdos da pesquisa e da visão da pesquisadora (Minayo, 2012).

Quanto aos cuidados éticos para desenvolvimento do estudo, foram levadas em consideração as diretrizes estabelecidas pela Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2016), que trata de pesquisas com seres humanos. Tanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os maiores de 18 anos, ou seja, para os familiares e responsáveis), quanto o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (para os menores de 18 anos), foram apresentados as participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa. As informações coletadas e a identidade dos participantes serão mantidas em sigilo e no regime de confidencialidade, conforme o Termo de Confidencialidade.

Para seguir a ética da confidencialidade, optou-se por substituir os nomes reais por nomes de personagens de desenhos infantis, pensando na singularidade de cada caso e nas características próprias das crianças. O menino recebeu o nome do personagem Ben 10, já que o mesmo é fã do desenho e conversou muito com a entrevistadora a respeito dele. A menina,

por sua vez, será apresentada como Masha, do desenho Masha e o Urso, pois além da semelhança de faixa etária, ambas apresentam um comportamento que envolve tentar chamar atenção a todo o momento (no caso da participante, ela procurava mostrar seu desenho e esperava promover interações). As mães responsáveis pelas crianças serão representadas pelas iniciais de seus nomes, ou seja, L (a mãe de Ben 10) e V (a mãe da Masha).

Resultados e Discussão

A seguir, serão apresentados os casos estudados, bem como as temáticas levantadas a partir da análise dos conteúdos obtidos na coleta de dados. O estudo está estruturado em três categorias que abarcam temáticas relacionadas às trajetórias dos casos estudados, bem como correspondem aos objetivos do trabalho. Assim, após um breve relato dos casos, a discussão será pautada nas categorias que são: 1) Demanda, diagnóstico e a procura por acolhimento; 2) Plano Terapêutico Singular; e 3) Processos de alta e desligamento.

Caso Ben 10

Ben 10 compareceu pela primeira vez ao CAPSi quando tinha 5 anos, tendo como demanda inicial a suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA). No momento da entrevista, Ben 10 estava com 8 anos, e fazia aproximadamente três anos que tinha recebido alta do CAPSi. O menino é o irmão mais velho de três filhos de um casal jovem. Quando tinha aproximadamente 3 anos, começou a apresentar dificuldade na fala, fazendo com que sua mãe procurasse atendimento em um serviço-escola de fonoaudiologia, onde, pela primeira vez, a hipótese diagnóstica de TEA foi levantada. Por divergências de comunicação entre o serviço e a família, Ben 10 parou de comparecer aos atendimentos nesse local; dessa maneira, os profissionais do serviço indicaram que a mãe procurasse o CAPSi.

Entretanto, a única via de contato que a equipe do serviço utilizou foi um papel, que serviu como encaminhamento para o CAPSi. Ben 10 ficou um tempo sem atendimento, até

que os pais resolveram marcar uma consulta com um neurologista, visando que Ben 10 fosse oficialmente diagnosticado. Assim, após consulta com o médico, foi comunicado o diagnóstico de Transtorno de Espectro Autista. A partir desse fato, a mãe procurou espontaneamente o CAPSi, onde foi realizado o acolhimento e posterior acompanhamento, cuja duração foi de aproximadamente dois anos.

Caso Masha

Masha é uma menina que atualmente está com quase 5 anos, e que passou pelo desligamento do CAPSi recentemente, em maio de 2019. Masha apresentou dificuldades na fala e, além disso, na coordenação motora, recebendo, assim como Ben 10, a suspeita de diagnóstico de TEA. A mãe relata que percebia essas dificuldades, mas acreditava que fosse uma fase que, em algum momento, iria passar. Depois que Masha entrou na escola, foi que as suspeitas em relação ao diagnóstico apareceram, visto que a menina não apresentava o mesmo desenvolvimento que outras crianças em relação à comunicação, sendo capaz de se expressar apenas por gestos. Apesar disso, a mãe relata que Masha muitas vezes falava, quando queria.

Visualizando tais dificuldades, uma das professoras de Masha realizou uma reunião com a mãe, e informou que a menina era autista. Assim, a mãe procurou uma Unidade Básica de Saúde (UBS), para que pudesse fazer alguns exames a fim de verificar se a filha realmente tinha autismo. Neste período, porém, a mãe de Masha descobriu, através de uma das profissionais do CAPSi, que a filha poderia ser atendida no serviço. Assim, Masha começou a ser atendida por uma profissional da psicologia. A criança ficou cerca de 5 meses em acompanhamento no CAPSi, apenas com atendimento individual de uma psicóloga, até que a mãe recebeu o comunicado da UBS para iniciar os exames, de forma que foi realizado o desligamento do CAPSi.

Discussão Integrada dos Casos

Demanda, diagnóstico e a procura por acolhimento

As diferentes variáveis e peculiaridades envolvidas ao longo do desenvolvimento infantil trazem questionamentos pertinentes e desafios quanto ao processo de cuidado em saúde nessa fase. Tem sido observado um crescente no número de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno do Espectro Autista (TEA), acarretando em um aumento significativo de tratamentos medicamentosos na infância, fatos que acionam uma reflexão crítica em relação ao tema da saúde mental na infância (Silva & Ghazzi, 2016).

Nos casos de Ben 10 e Masha, ambos os questionamentos são levantados. Ben 10 recebeu sua primeira hipótese diagnóstica (TEA) em um serviço de fonoaudiologia, e a mãe não soube especificar que profissional havia levantado essa hipótese. Após algum tempo, o menino foi encaminhado para um médico neuropediatra, onde teve a suspeita confirmada. Entretanto, a mãe coloca que:

“Ele me deu o diagnóstico, o que era o autismo, tanto que eu já achava que o Ben 10 era... ele tinha alguns traços né e eu já sabia o que era, mas ele me falou que ele tinha um grau... que ele tinha síndrome de asperger, mas o CID dele não diz isso... não é comportamental, não me lembro agora, e.... ele me explicou mas foi só isso e ele disse ‘daqui seis meses tu volta pra ele tomar remédio’, porque ele era muito agitado, só não teve.... é bem solto assim mesmo, parando para pensar”. (L)

Nessa fala, a mãe refere que a comunicação do diagnóstico é feita de forma rápida e pouco detalhada, já visando à intervenção medicamentosa, o que dificultou sua compreensão quanto às circunstâncias do tratamento e do próprio transtorno.

O caso de Masha traz outro ponto de análise: a menina começou a apresentar dificuldades em seu desenvolvimento psíquico-motor ao iniciar a vida escolar, e a respeito disso a mãe relata que:

“No colégio, aí, quase no final do ano, ela (professora) me mostrou no telão as crianças com o autismo, daí pra ela, também, ela achou, na opinião dela, que a Masha tem um autismo, não o grave né, ela acha que é o autismo leve né”. (V)

Kamers (2013) problematiza as interferências escolares e o ciclo repetitivo que se articula frente a essas situações, destacando que a escola identifica algum comportamento ou dificuldade de aprendizagem, encaminha a criança para um serviço ou profissional, seja ele neuropediatra, psiquiatra infantil ou psicólogo, e, a partir disso, o diagnóstico é feito e o tratamento medicamentoso iniciado. Dessa maneira, a escola intervém corroborando com essa perspectiva focada na patologização, não aprofundando suas potencialidades e estratégias de cuidado, sendo que o contexto escolar faz parte do cotidiano das famílias e pode se tornar uma importante rede de apoio ao trabalhar essas questões através de uma reflexão crítica e buscando proporcionar um ambiente de acolhimento. Entretanto, apesar da intervenção da escola não ter sido a mais adequada e, além disso, não sendo competência da escola realizar nenhum tipo de diagnóstico, salienta-se como um possível dispositivo de trabalho esse olhar mais atento que a professora teve com Masha, levando em consideração que é importante o vínculo escola e redes de atenção à saúde mental da criança e adolescente (Brasil, 2014).

Dessa maneira, nos dois casos, o diagnóstico ocupa um lugar de resposta para uma possível intervenção especializada, com o encaminhamento das duas crianças para outros serviços, tornando-se este o ponto de partida para a busca de uma inserção em uma rede de apoio a partir da observação da demanda inicial. Coincidentemente, Ben 10 e Masha

receberam a hipótese diagnóstica de TEA, que tem como principais sintomas, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5, (APA, 2014), a estereotipia e a dificuldade na linguagem. Entretanto, para além de uma questão de um diagnóstico correto e das dificuldades que esse processo implica no desenvolvimento infantil, o entendimento contemporâneo que situa esse diagnóstico em um lugar, e que é construído em um contexto social que lhe proporciona características típicas de uma organização social, acarreta em dificuldades e questionamentos na relação diagnóstico *versus* demanda a ser trabalhada. Kupfer (1999) discute essas questões interrogando se o autismo não seria uma criação moderna, ainda colocando que:

Há, portanto, uma estrutura autista reveladora de uma especial posição subjetiva na linguagem (ou quem sabe, de uma posição a-subjetiva na linguagem), mas há também o significante "autismo", cunhado pelo social, que recria essa estrutura, tendo efeitos sobre o modo como essa criança é apresentada por seus pais, e sobre o modo como é tratada (Kupfer, 1999, p. 101).

Após esse primeiro momento, iniciou-se a procura por um atendimento. No caso de Ben 10, mesmo depois de sua passagem pelo serviço de fonoaudiologia, onde recebeu um papel de encaminhamento, a mãe procurou espontaneamente o serviço de atenção secundária, CAPSi. Já a vinculação de Masha ao serviço aconteceu via conversa entre sua mãe e uma profissional que compõe a equipe, de maneira que foi falado sobre a possibilidade de acolhimento da menina no local. A mãe ainda relata que, há um tempo, havia levado Masha até uma UBS, para fazer alguns exames e compreender se a filha realmente tinha autismo, mas como o processo envolvendo solicitação dos exames, realização destes e a espera pelo

resultado foi muito demorado, a mãe de Masha acabou aderindo à sugestão dessa profissional, e procurou o CAPSi.

Nessas situações, compreende-se que a rede de atenção básica se tornou falha, no caso de Masha, ou inexistente, no caso de Ben 10. A atenção básica se caracteriza como um serviço que foca suas intervenções no território, na comunidade, sendo a base ordenadora das ações em saúde. Tem como proposta a realização de práticas voltadas para a promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidado diante das demandas relacionadas a transtornos mentais e outras problemáticas (Brasil, 2014).

Quanto ao acolhimento do que se apresentou como demanda inicial, tanto no caso de Ben 10 quanto no caso de Masha, pensando no conceito de integralidade do cuidado em saúde e no conceito de acolhimento como um compromisso ético de escuta, “estar com” e “estar perto de” (Brasil, 2010), os serviços que acolheram as crianças poderiam ter feito um compartilhamento dos casos com a atenção básica, buscando fortalecer ações no cotidiano e no território dessas famílias. Além disso, o conceito de clínica ampliada implica um fortalecimento intersetorial das redes de atenção psicossocial (RAPS), considerando os laços afetivos que são construídos no território (Brasil, 2011). Ademais, a clínica ampliada através de um enfoque nas diferentes possibilidades de trabalho, se propõe a possibilitar um trabalho interdisciplinar pensando na complexidade das ações em saúde (Brasil, 2009). No caso de Masha, a mãe relata ter procurado primeiramente uma unidade básica de saúde; já no caso de Ben 10, o primeiro serviço que a família teve contato é caracterizado como um serviço escola, implicando questionamentos acerca da função e o lugar que esses dispositivos de cuidado têm na realidade da rede de atendimento (Brasil, 2014).

Plano Terapêutico Singular

A reforma psiquiátrica contribuiu para avanços na atenção psicossocial, sendo um importante movimento que se opôs ao modelo de tratamento voltado a figura do médico, aos hospitais e à medicalização. Com isso, implicou em uma reorganização das práticas em saúde mental, tornando o usuário do serviço como protagonista nos processos de tratamento. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) materializam essas práticas, se tornando os locais de ações que visam à efetivação das novas diretrizes de cuidado, buscando proporcionar ao usuário um plano de intervenções que leve em consideração suas peculiaridades e sua subjetividade (Amarante, 2007).

Neste contexto, o Plano Terapêutico Singular (PTS) ganha destaque, sendo definido como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (Brasil, 2007). O PTS busca, então, proporcionar que as práticas de cuidado sejam direcionadas e pensadas para cada sujeito, sendo estruturada com a participação ativa do usuário e da equipe interdisciplinar, proposta esta que está em consonância com a perspectiva psicossocial.

Para Ben 10, a primeira iniciativa de cuidado oferecida foi a inserção dele em um grupo, e a respeito disso a mãe diz:

“Aí ele fazia o atendimento em grupo, só que a psicóloga que ficava com ele achou que ele não tinha muito... ele não interagia com as crianças, realmente o Bem 10 ele demorou muito a interagir e não teve tendo muita resposta”. Sobre o grupo, ela ainda conta: “Eu lembro que eram crianças todas na idade dele, umas com autismo, outras com síndrome de down, outras só

com síndrome intelectual, não aprendiam né, era um grupo todos na mesma faixa etária de idade” (L).

A realização de grupos pode ser uma importante ferramenta para intervenção terapêutica seguindo ideais da reforma psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização, trabalhando conceitos de autonomia, cidadania e inserção social. Essas novas práticas dentro da saúde mental ampliam a compreensão de saúde, afastando o conceito da simples ausência de doença. (Amarante, 2007). Entretanto, a inclusão de um grupo terapêutico em um PTS requer um entendimento do propósito desse grupo para cada sujeito. Bellenzani, Coutinho e Chaveiro (2009) retratam em seu estudo os equívocos e dificuldades na realização de uma atividade em grupo, tornando-se importante, então, compreender o contexto no qual se propõe tal estratégia. Nesta pesquisa, foi observado que o grupo em questão servia, principalmente, como um dispositivo para aliviar sobrecarga do serviço em decorrência das muitas demandas, podendo proporcionar uma atividade para muitos usuários simultaneamente, sem um critério terapêutico para organização do grupo.

No caso de Ben 10, a participação no grupo não trouxe resultados terapêuticos, muito em decorrência da situação particular do menino, pois como a mãe relata, o filho não interagia, o que exigiu ponderar sobre o possível diagnóstico. Visto que o autismo tem como uma de suas características a dificuldade na interação, percebe-se um desencontro entre a decisão pela inserção em grupo e as peculiaridades do diagnóstico. Embora possa ser pensado que a inserção em grupo tivesse justamente o intuito de trabalhar essa dificuldade de interação e socialização, ressalta-se que o planejamento construído para o PTS não foi conversado e construído junto com a mãe, e na análise do prontuário não consta que isso tenha sido debatido em uma reunião de equipe. Desta forma, Silva, Guazina, Pizzinato, Rocha (2019) trazem em seu artigo aspectos importantes na construção de um PTS, ressaltando a escuta

como ferramenta essencial, entretanto, no artigo ficou colocada a ausência médica na participação dessa construção, como um fator de empecilho para construção de um PTS que pense a partir disso.

Quanto ao caso de Masha, o acolhimento e o PTS foram feitos por uma única profissional, que é psicóloga e que deu continuidade ao acompanhamento do caso, através de atendimentos individuais:

“O que ela fez assim com ela, foi mais pra brincar, brincadeiras, ela pegava por exemplo, esses coisinha de montar, sabe, quebra-cabeça, essas coisinhas, daí ela começou com a Masha tudo aí ela... mas ela começou a brincar com ela assim, puxar mais pra brincar. No começo ela não... ela estranhou né? Claro né, não queria ficar com ela, fica um pouco e começava a chorar, daí a fulana (profissional) teve que me chamar tudo, mas foi que daí depois ela começou a ficar sozinha com ela, ficava uma hora”
(V).

A partir do exposto, pode-se questionar como as diretrizes de funcionamento e organização do SUS estão sendo aplicadas nos serviços de atenção secundária, ponderando sobre o conceito de clínica ampliada, atendimento integral, composição multidisciplinar da equipe, compartilhamento dos casos com a atenção básica e a discussão na reunião de equipe sobre um PTS (Brasil, 1990, 2014). Na situação apontada, tais conceitos não foram colocados em prática, especialmente porque o planejamento e a condução das ações ficaram sob responsabilidade de apenas uma profissional.

Assim, Masha ficou cerca de três meses somente recebendo o olhar de um núcleo - a psicologia. No prontuário, constava que ela estava em avaliação, o que permite compreender

que a profissional estava buscando investigar se a demanda da usuária seria mesmo compatível com os atendimentos ofertados no CAPSi. Entretanto, interroga-se qual é a função desse processo de avaliação, se ele é discutido com a equipe, quais são os motivos de utilizá-lo, e principalmente se ele se encaixa dentro da perspectiva do PTS.

Destaca-se que, para Ben 10, simultaneamente com o grupo foram oferecidos atendimentos individuais com uma psicóloga residente:

“Ele ia duas vezes na semana, ele ia na terça e na quinta, ou na terça e na quarta, não me recordo. É daí um dia era do grupo e outro dia era só dela, só que daí ela viu que não tava tendo muito desenvolvimento nele no grupo e só tinha desenvolvimento sozinho, e daí ela optou por tirar ele desse e ele ir uma vez na semana só” (L)

Ou seja, após essa experiência negativa no grupo, o menino seguiu recebendo acompanhamento somente a partir dos atendimentos individuais, o que seguiu um viés clínico tradicional.

Observou-se que, nos dois casos, o PTS e os cuidados oferecidos no serviço estão diretamente relacionados com atendimentos psicológicos individuais, fazendo-se necessário também questionar o fazer psi nesses espaços que deveriam ser estruturados a partir da lógica da clínica ampliada. Ressalta-se, ainda, que tal interrogação perdura desde a inserção da psicologia no SUS. Benevides (2005) discute tais inquietações, questionando quais são as possibilidades e potencialidades da psicologia no SUS, trazendo três conceitos para refletir sobre essa relação: inseparabilidade, autonomia/corresponsabilidade e transversalidade. No conceito de inseparabilidade, há a relação mútua entre sujeito, sociedade e política; no entendimento de autonomia/corresponsabilidade, se pensa na transformação sujeito-mundo

junto com o protagonismo desse em suas ações; e por último, a ideia de transversalidade trabalha a insustentabilidade do saber psi sozinho, dada a complexidade das ações nesse campo.

Processos de Alta e Desligamento

Os processos de alta e desligamento em serviços que seguem as diretrizes e políticas do SUS, para além de questões que envolvam o desdobramento dos atendimentos em si, precisam preconizar as ações de inserção social, visando estarem de acordo com a política antimanicomial (Amarante, 2007). Assim, trabalhar o conceito de autonomia, protagonismo e estimulação de ações no território, buscando redes de apoio, manutenção e criação de novos laços que ultrapassem as intervenções técnicas, são estratégias que podem auxiliar a construção de uma alta com um propósito terapêutico. Dentro dessa perspectiva as RAPS se apresentam como uma importante ferramenta, interligando e direcionando essas ações, podendo proporcionar um apoio nesse sentido.

Dos prontuários analisados que se encaixavam na temática da pesquisa, o caso de Ben 10 recebeu uma alta formalizada, já o caso de Masha apesar de constar alta no prontuário, a mãe relata que após a realização dos exames tem a intenção de retomar as atividades no serviço. As outras razões de desligamento envolviam mais questões de desistência e encaminhamento para outros serviços. Assim, a partir da análise de 25 prontuários, que puderam ser analisados, apenas dois prontuários que eram os de Ben 10 e Masha, estavam descritas altas.

Analisando a entrevista e as informações do prontuário de Ben 10, as razões para a alta dele do serviço estão relacionadas tanto ao desenvolvimento dele nos atendimentos, quanto à saída da profissional de psicologia que o atendia, visto que a mesma estava inserida no CAPSI através do programa de residência multiprofissional. Na fala de L, ela ainda coloca: “ela

(psicóloga) quando ia terminar, ela me avisou que no final desse semestre eu vou me formar e a gente vai fazer o desligamento”. Dessa maneira, as duas situações apresentadas no prontuário e na entrevista, denotam uma simultaneidade entre os fatos, o que proporciona questionar se a alta de Ben 10, para além de questões dos atendimentos, foi estimulada e realizada pela saída da profissional da unidade. Ao receber alta a profissional conversa com L e resolve encaminhar Ben 10 para uma clínica escola onde ele continuaria os atendimentos psicológicos:

[...] Aí ela quando foi chegando perto, no laudo do Ben 10, ela botou lá no laudo do Ben 10 que ela não podia afirmar que o Ben 10 era autista, que ele era uma criança com propensões, mas que ela não tinha o diagnóstico fechado, que ele era muito inteligente, falou um monte de coisa e me deu encaminhamento [...]. (L)

Os serviços de clínicas escola se colocam como auxiliares para os serviços da rede de saúde mental, mas problematiza-se, assim, quais são as aproximações desses serviços e as diferenças que eles apresentam, entendendo que ambos oferecem atendimentos psicológicos, mas o funcionamento e objetivos de cada serviço apresentam peculiaridades dentro da concepção de cada instituição.

Para Masha, consta no prontuário que ela estava em avaliação, dessa maneira, a profissional sugere, segundo o relato de V, que Masha se vincule ao um serviço de atenção básica, para depois retomar os atendimentos no CAPSi:

“É ela falou que pra Masha continuar teria que ter esse exame para comprovar o que ela tem, se ela tem um autismo, se ela tem outra coisa. Posteriormente, a mãe confirma de novo a

afirmação: depois que eu tiver os exames prontos né, a (psicóloga) falou que se eu tiver os exames prontos para mim trazer, aí sim daí ela ia continuar aqui né.” (V)

Além de essa situação levar a questionamentos acerca do diagnóstico e da função dele, já discutidos anteriormente, o processo de alta nesse contexto aconteceu a partir de dúvidas em relação aos motivos para a permanência ou não de Masha no serviço, sendo assim, Masha passou a ser vinculada a um serviço de atenção básica. A partir disso, discute-se as interferências que os diferentes agentes tiveram nessas situações, que culminaram nesse curto tempo em que ela ficou no serviço, recebendo um PTS que constava a informação que ela estava em avaliação e ocasionando uma inversão nessa linha de cuidado oferecida, pois Masha vinculou-se primeiro ao um serviço de atenção secundária, onde ficou aos cuidados de uma única profissional, recebendo uma alta que serviu como possibilidade de um recolhimento dela pelo CAPSi e um disparador para uma vinculação de Masha com a atenção básica. Cabe ressaltar que a atenção básica, não é a única porta de entrada do usuário para os serviços do SUS, entretanto compreende-se sua importância na medida em que auxilia a estruturar a redes de apoio e serviços (Brasil, 2013).

Considerações Finais

A partir da análise das informações dos prontuários e das entrevistas, perceberam-se algumas dificuldades que os dois casos apresentaram em comum. Assim, através das leituras realizadas relacionadas aos temas que foram destacados nessas análises, discute-se como as ações em saúde mental no SUS encontram-se em desacordo com os princípios e diretrizes do sistema. Além disso, o planejamento e compartilhamento dos casos é fragmentado e não condizente com o conceito de proteção integral.

No tocante ao público infante-juvenil na saúde mental, é possível compreender os desafios que esse trabalho envolve, partindo do pressuposto das singularidades e dinâmismos que essa fase do desenvolvimento apresenta. Dessa forma, nos dois casos, os questionamentos sobre o possível diagnóstico que as crianças poderiam ter, bem como a demanda que isso movimenta, levantaram dúvidas e acarretaram planos terapêuticos singulares que não contemplavam o trabalho em equipe interdisciplinar, o que introduz questionamentos acerca do trabalho de atendimento psicológico individual nesses espaços de clínica ampliada.

Os desdobramentos que essas situações apresentaram, culminando em encaminhamentos para outros serviços, foram atravessados por determinantes que não estavam diretamente relacionados ao desenvolvimento das atividades propostas no CAPSi: no caso de Ben 10, o término da residência da profissional, e no caso de Masha, o pedido de exames que estavam em andamento em uma unidade básica de saúde. Em vista disso, houve um reencaminhamento de Masha para um serviço de atenção básica e um encaminhamento de Ben 10 para um serviço de clínica escola. Logo, entende-se que o fluxo dos casos na rede não abarca o conceito de ascendência hierárquica do nível de complexidade, afetando na construção de uma demanda que possa ser trabalhada dentro do CAPSi.

Ademais, se coloca a dificuldade que o serviço apresenta nos processos de alta e desligamento, sendo inexpressivo o número de casos que receberam alta proposta pela equipe. Aqui se questiona o porquê desse demonstrativo, se de fato os casos não teriam condições de receberem altas ou haveria outras razões que remeteriam, por exemplo, a uma falha de comunicação entre os serviços e uma ausência de outros pontos de apoio na rede de atendimento. Destaca-se, também, o número expressivo de prontuários adolescentes que apresentavam um grande volume de páginas e que ficaram muitos anos no serviço. Nesse estudo, não foi possível incluir e analisar esses prontuários, entretanto se coloca como

importante estudar essas situações nos adolescentes, podendo refletir sobre os cuidados oferecidos aos mesmos, bem como se há uma cronificação desses adolescentes no serviço.

Por fim, salienta-se a necessidade de continuar investindo no desenvolvimento de pesquisas sobre infância e saúde mental, bem como sobre os processos terapêuticos indicados e disponibilizados, pois ainda é escassa a produção científica a esse respeito, assim como ainda está por se consolidar a política de atenção à saúde mental infanto-juvenil baseada na proteção integral e nos princípios do SUS.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (4a ed). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (1992). *Portaria SAS/MS 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília: ministério da saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Recuperado de http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836
- Brasil. Ministério da saúde. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:targetText=L10216&targetText=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: ministério da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. (2014). *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília:

Ministério da Saúde. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: ministério da saúde. Recuperado de

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2005). *Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa-de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>

Brasil. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Cadernos de atenção básica n. 34*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada* (1ª ed) Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

Brasil. Ministério da saúde. (2011). *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Brasília: ministério da saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Bellenzani, R., Coutinho, G. R. A. K. M. & Chaveiro, S. R. M. M. (2009, Novembro). As práticas grupais em um caps - centro de atenção psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias. *Anais xv encontro nacional da abrapso*. Maceió, CE, Brasil. Recuperado de: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/322.%20as%20pr%C1ticas%20grupais%20em%20um%20caps.pdf

Benevides, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822005000200004&script=sci_abstract&tlng=pt

Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2010). A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos. *Psicologia: teoria e prática*, 12(1), 208-224. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100017&lng=pt&tlng=pt.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da Clinica*, 18(1), 153-165. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&tlng=pt.

Kupfer, M. C. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clinica*, 4(7), 96-107. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=pt&tlng=pt.

Silva, H. C., & Ghazzi, M. S. (2016). Diagnóstico na infância: quais implicações possíveis?

Revista interação em psicologia, 20(2), 135-143. Recuperado de

<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewFile/33989/29998>

Silva, J. R., Guazina, F. M. N., Pizzinato, A., & Rocha, K. B. (2019). O singular do projeto

terapêutico: (im)possibilidades de construções no capsí. *Revista Polis e Psique*, 9(1), 127-146.

Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/83043/pdf>

CONCLUSÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido a partir de uma pesquisa cujo objetivo central foi conhecer como se estabelece o percurso do cuidado em saúde mental da criança a partir do estudo de dois casos inseridos em um serviço de atenção secundária. A partir disso, foi possível refletir acerca das ações em saúde mental da criança, entendendo a importância de contribuir para o fortalecimento da política antimanicomial e continuar trabalhando dentro da perspectiva de um cuidado humanizado em saúde mental da criança.

A pesquisa foi realizada a partir do viés qualitativo, seguindo a estratégia específica de estudo de caso com a realização de análise documental e de entrevistas. Dentre essas ferramentas, a análise documental se mostrou muito útil, mas muito trabalhosa em função da quantidade de documentos no local, entretanto, foi percebido a importância de utilizá-lo para a seleção dos participantes. Além de esse recurso ter permitido a seleção e o acesso aos casos, ele complementou as informações da entrevista e proporcionou um olhar mais amplo sobre as questões de pesquisa, especialmente sobre o processo de alta.

Na realização das entrevistas, foi necessário compreender alguns vieses que as perguntas poderiam ocasionar, bem como respostas das participantes corroborando com esses vieses, sendo assim, nas análises buscou-se minimizar esses efeitos se atentando para o conteúdo e maneira como ele aparecia. Nas análises, se pretendeu criar categorias que fossem mais restritas aos objetivos da pesquisa, entendendo que apareceram outras situações que poderiam ser exploradas, mas que demandariam outras entrevistas e atividades para desenvolvê-las. Desse modo, foram criadas três categorias que correspondem ao fluxo e à temporalidade das trajetórias dos casos.

Para análise dos resultados, a principal dificuldade foi encontrar referências sobre saúde mental infanto-juvenil a partir da perspectiva do SUS e, especialmente, sobre os processos terapêuticos e de alta em serviços de atenção secundária. Embora haja um número razoável de trabalhos sobre saúde mental de adultos, ainda há carência de literatura envolvendo a infância e a adolescência. A análise dos resultados da categoria sobre os processos de alta e desligamento foi a que mais evidenciou essa dificuldade.

Por fim, como já dito nas considerações finais do artigo, foram identificadas dificuldades nas comunicações entre serviços, nos encaminhamentos, na construção do plano terapêutico singular e nas construções de alta. Portanto, encerra-se o trabalho com a indicação

de ainda há muitas questões que precisam ser trabalhadas, tanto no contexto acadêmico quanto profissional, sugerindo mais investimentos em promoção e recuperação da saúde mental infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília - DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil**. 2 ed. Brasília - DF: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1ed. Brasília - DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 02 dezembro de 2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 02 dezembro de 2019

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 02 dezembro de 2019

_____. **Portaria SAS/MS 224, de 29 de janeiro de 1992**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1992. Disponível em: <<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sasms%20n%C2%BA%2022492%20%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: 02 dezembro de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em < <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental> >. Acesso em: 02 dezembro de 2019.

CHAMBOULEYRON, R. **Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista**. In: DEL PRIORIM M. (Org.) História das Crianças no Brasil. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 55-83.

DEL PRIORI, M. **O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império.** In: DEL PRIORIM M. (Org.) História das Crianças no Brasil. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 84106.

RAMOS, P. F. **A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI.** In: DEL PRIORI, M. (Org.) História das Crianças no Brasil. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 19-54.

PASSATI, E. **Crianças e carentes e políticas públicas.** In: DEL PRIORIM M. (Org.) História das Crianças no Brasil. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2010. p. 347-375.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

CUNHA, C. C.; BOARINI, L. M. **A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos.** Psicologia: Teoria e Prática. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 208-224, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100017 > . Acesso em: 02 dezembro de 2019

GARCIA, C. Y. G.; SANTOS, N. D.; MACHADO, B. D. **Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil:** distribuição geográfica e perfil dos usuários. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001202649&script=sci_abstract&tlng=pt > . Acesso em: 02 dezembro de 2019

ANEXO 1- NORMAS DA REVISTA

03/12/2019

Submissões

CAPA

SOBRE

ACESSO

CADASTRO

PESQUISA

ATUAL

ANTERIORES

NOTÍCIAS

Revista Polis e Psique

[Capa](#) > [Sobre a revista](#) > [Submissões](#)

Submissões

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Declaração de Direito Autoral](#)
- [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Revista Polis e Psique?

[ACESSO](#)

Não tem login/senha?

[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

A Revista Polis e Psique não cobra nenhuma taxa relativa ao processo editorial.

Forma e preparação dos artigos

É uma condição para publicação do artigo submetido a este periódico que o mesmo não tenha sido publicado e não seja simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

O processo editorial só terá início se o encaminhamento do artigo obedecer às condições abaixo. Caso contrário será devolvido para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos.

- Todo e qualquer encaminhamento à Revista deve ser acompanhado de uma carta do(a) autor(a) principal, assinada por todos os eventuais coautores(as), onde esteja explicitada a intenção de submissão ou resubmissão do trabalho para publicação (esta carta deverá ser encaminhada como documento suplementar).

- A Revista Polis e Psique adota as normas de publicação da APA: "Publication Manual of the American Psychological Association (6ª edição)". A omissão de informação no detalhamento que se segue implica que prevalece a orientação da APA.

- Os textos poderão ser redigidos em português, espanhol, francês ou inglês.

- Para um guia rápido em português, consulte [Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA](#). Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se [Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide \(for the 6th edition of the APA Manual\)](#).

- [Diretrizes Gerais do Artigo](#)

I. É de grande importância que o cadastro do(a) autor(a) e dos(as) eventuais coautores(as), efetuado em nosso site seja respondido da forma mais completa possível.

II. Configuração da página: Tamanho A4 (21 x 29,7cm).

III. Fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo referências, notas de rodapé, tabelas, etc.

IV. Margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Login

Senha

Lembrar usuário

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

TAMANHO DE FONTE

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos ▼

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por título](#)
- [Outras revistas](#)

INFORMAÇÕES

- [Para leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

V. Espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o manuscrito, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, Anexos, etc.

VI. Alinhamento: esquerda.

VII. Recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

VIII. Numeração das páginas: no canto superior direito.

IX. Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página. O cabeçalho é usado para identificar as páginas do manuscrito durante o processo editorial.

X. Endereços da Internet: todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.stu.ca>) deverão estar ativos.

XI. Ordem dos elementos do arquivo: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

Deverão ser submetidos como Documento Suplementar:

A. Carta de intenção/encaminhamento do(a) autor(a) principal explicitando sua intenção de submeter ou resubmeter a contribuição.

MODELO:

"Prezados(as) Editores(as) da Revista *Polis e Psique*

Encaminhamos para apreciação o artigo intitulado "título do artigo" de autoria de "Nome do(a) autor(a)". Trata-se de um trabalho inédito e que não está publicado ou em apreciação por qualquer outro meio de divulgação científica nacional ou internacional.

Acreditamos que a contribuição do presente artigo seja... (Informar a contribuição).

Declaramos, ainda, que todos os procedimentos éticos de pesquisa foram cumpridos e nos colocamos à disposição para qualquer elucidação que se fizer necessária.

Atenciosamente,

(Assinatura de todos(as) os(as) autores(as)).

B. Folha de rosto identificada: Título original (máximo 10 palavras); Título compatível em inglês e espanhol; Nome e afiliação institucional, por ocasião da submissão do trabalho, de cada autor; Endereço para correspondência (preferencialmente institucional) com os leitores e com o editor, incluindo e-mail, de um dos autores; Agradecimentos e informações complementares, quando for o caso, como, por exemplo, fomento de pesquisa ou bolsa de estudo. Incluir uma nota sobre os autores: uma breve descrição sobre as atividades atuais dos autores e sobre sua formação.

Deverão ser submetidos como Documento Original componentes do artigo:

C. Folha de rosto sem identificação: Título original (máximo 10 palavras) e título compatível em inglês e espanhol.

D. Resumos em português, espanhol e inglês: Parágrafos com no máximo 150 palavras, com o título Resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Os resumos em inglês e espanhol devem ser fiéis ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, as traduções devem preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical das línguas. *Polis e Psique* tem como procedimento padrão, fazer a revisão final dos resumos, reservando-se o direito de corrigi-los, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. Ao fim do resumo, listar no mínimo três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula).

E. Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Conclusões).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número

(Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sobre o uso de **Sublinhados**, **Itálicos** e **Negritos**: Use **itálico** para palavras ou expressões que constituam "estrangeirismos", como *self*, *locus*, etc. e **sublinhado** para outras palavras que deseje grifar. Reserve **negritos** para os títulos.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

F. Anexos: Evite. Somente devem ser incluídos se contiverem informações consideradas indispensáveis. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

G. Notas de fim: Devem ser evitadas sempre que possível. No entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas) aparece centralizado. Recue a primeira linha de cada nota de fim em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

H. Tabelas: Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios deve estar em maiúsculo.

I. Figuras: Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Apenas a primeira letra da primeira palavra e de nomes próprios deve estar em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, serem escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivos aos quais se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

J. Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido.
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "e cols." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo.
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "e cols." e da data. Porém, na seção de Referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Utilize o seguinte formato: Autor (data de publicação original / data de publicação consultada).

- Citação secundária

Trata-se da citação de um artigo discutido em outra publicação consultada, sem que o original tenha sido utilizado. Por exemplo: "Piaget (1932, citado por Flavell, 1996) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Flavell, 1996).

NOTA: Citações com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citações com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em

um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material tais como comentários ou observações, deve ser feita entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA.

Abreviações em Latim: Use as seguintes abreviações de Latim apenas em texto entre parêntesis; em texto sem parêntesis, use a tradução em português destes termos: cf. = compare; i.e. = isto é ; e.g. = por exemplo; viz. = ou seja; etc. = e assim por diante; vs. = versus, contra.

L. Referências:

Referências:

Inicie uma nova página para a seção de Referências, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações.

As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Pedrebon, M. K., Mathias, F. A. T., Aldar, T., & Rodrigues, L.A. (2010). Desigualdade sócio-espacial expressa por indicadores do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cadernos de Saúde Pública*, 8, 1583-1594.

- Artigo de revista científica paginado por fascículo

Kristensen, C. H., Almeida, R. M. M. de, & Gomes, W. B. (2001). Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14(2), 259-274.

- Artigo de revista científica no prelo

Indicar no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico sublinhado após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

- Livros

Bulla, C. L., Mendes, M. J., & Prates, C. J. (2004). *As múltiplas formas de exclusão social*. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.

- Capítulo de livro

Maraschin, C. (2005). Redes de conversação como operadores de mudanças estruturais na convivência. Em N. M. C. Pellanda, E. T. M. Schilzen & K. Schilzen Jr. (Orgs.), *Inclusão digital: fazendo redes afetivas/cognitivas* (pp. 135-143). Rio de Janeiro: DP & A.

- Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado

Féres-Cameiro, T. (1998, dezembro). A transformação das relações familiares no mundo contemporâneo. Trabalho apresentado no II Encontro sobre Direito de Família em Discussão, Rio de Janeiro, RJ.

- Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Custódio, E. M. (2000). Avaliação Psicológica no contexto da saúde: Perspectivas atuais (Resumos). Em Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (Org.), *Anais, VIII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico - ANPEPP* (p. 170). Serra Negra, SP.

- Teses ou dissertações não publicadas

Favaret, B. M. S. (1997). *Psicanálise e biologia: o adoecer psíquico repensado a partir do paradigma informacional*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

- Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1979)

- Autoria institucional

American Psychological Association (1994). *Publication manual* (4ª ed.). Washington, DC: Author.

- Comunicação pessoal

Podem ser carta, mensagem eletrônica, conversa telefônica ou pessoal. Cite apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome do emissor e a data. Não inclua nas referências.

• Diretrizes para submissão

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar na carta de apresentação que precede à folha de identificação.

- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).

- Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.

- O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não deve exceder 25 páginas (no caso de resenhas o número máximo de páginas é 15, e relatos de experiência, 25). A página deve ser do tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens iguais a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, recomenda-se no máximo três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.

- O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2010, 6ª edição).

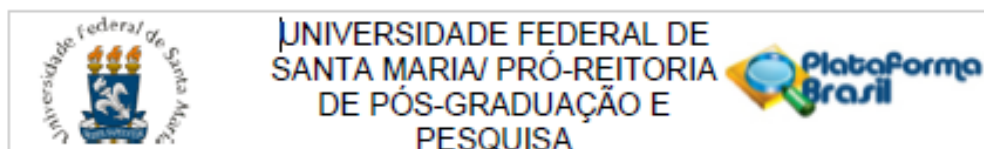
- O nome do autor foi removido em "Propriedades do documento", opção do menu "Arquivo" do MS Word, e em qualquer outra parte do manuscrito enviado à revista, a não ser na carta de apresentação e folha de rosto identificadas (que devem ser submetidas como Documento Suplementar).

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; não sendo o caso, justificar na carta de intenções/encaminhamento que precede a folha de identificação.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (doc).
3. Todos os endereços "URL" no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) estão ativos.
4. O texto está em espaço duplo, em fonte tipo Times New Roman, tamanho 12, com parágrafos alinhados à esquerda, com anexos, tabelas e figuras no final do corpo do manuscrito, após as referências bibliográficas, com sinalização no corpo do texto indicando onde devem ser inseridos. O manuscrito, sendo um artigo, não excede 25 páginas. A página está em tamanho A4 (21 x 29,7cm), com todas as margens iguais a 2,5 cm. Caso haja subdivisões no texto, elas estão com o máximo de três níveis de intertítulos. Veja Diretrizes para o Autor.
5. O texto segue os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes para o Autor, encontradas na seção "Sobre" a revista. O manuscrito está de acordo com as normas técnicas da American Psychological Association: *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição).

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Percurso do Cuidado na Saúde Mental Infantil: Um Estudo de Casos Múltiplos

Pesquisador: Jana Gonçalves Zappe

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18388519.3.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.505.451

Apresentação do Projeto:

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia.

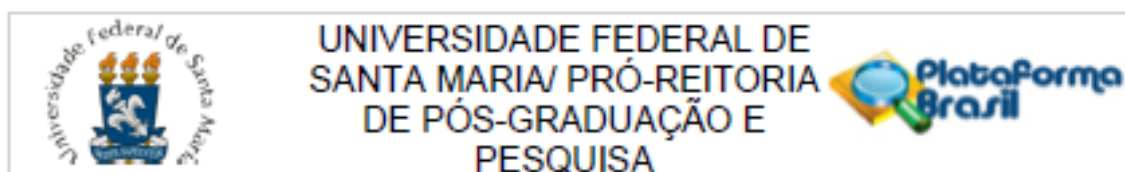
Será uma pesquisa qualitativa do tipo estudos de casos múltiplos cujos participantes serão três crianças que foram atendidas no CAPSi mas não estão mais vinculadas ao serviço, tendo obtido alta no ano de 2018, assim como os familiares/responsáveis por esses sujeitos. O estudo será realizado através de entrevistas semiestruturadas com pais/responsáveis e com as crianças que tiverem capacidade para responderem a entrevista, além disso, na interação com a criança será ofertada a possibilidade de ser realizada uma brincadeira ou um desenho que estabeleça alguma relação com a sua experiência no CAPSi bem como análise documental dos prontuários disponíveis no local poderá fornecer subsídios para o roteiro da pesquisa, indicar pontos de investigação importantes para o estudo e proporcionar um maior entendimento do caso, através informações que constam no documento. O método para análise dos dados era a análise de conteúdo de Minayo.

Total de participantes: 06

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: compreender como se estabelece o percurso do cuidado na Saúde Mental Infantil

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.505.451

a partir da Atenção Secundária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- - Identificar três casos que foram desligados do CAPSi no ano de 2018 para um estudo aprofundado do percurso do cuidado em Saúde Mental Infantil;
- Conhecer as demandas e fontes de encaminhamento dos casos;
- Investigar os cuidados oferecidos pelo CAPSi aos casos selecionados;
- Identificar as circunstâncias de saída e continuidade do tratamento em outro serviço da rede de atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e os benefícios estão descritos de forma adequada bem como está claro que os participantes que necessitarem serão encaminhados para a Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) da UFSM.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O termo de confidencialidade foi apresentado e está assinado pela pesquisadora responsável.
- A autorização institucional possui assinatura em anuência do serviço.
- Apresentou comprovação de registro no GAP.
- Apresenta TCLE com inconformidades.

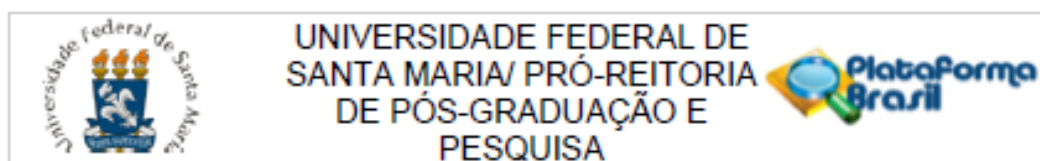
Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Incluir no TCLE a questão dos custos com a pesquisa e da indenização ao participante como consta no modelo do TCLE no link da página do CEP/UFSM.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.505.451

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1395148.pdf | 02/08/2019 14:17:35 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.docx | 02/08/2019 14:17:13 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 02/08/2019 14:16:43 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Assentimento.doc | 02/08/2019 14:16:34 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | projeto_64146.pdf | 01/08/2019 17:07:06 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Termo_CEIP.pdf | 01/08/2019 17:06:48 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Termo_confidencialidade.pdf | 01/08/2019 17:05:33 | Jana Gonçalves Zappe | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | ins.jpg | 31/07/2019 17:35:54 | JULIANA KUSTER DE LIMA MALISKA | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 31/07/2019 17:22:31 | JULIANA KUSTER DE LIMA MALISKA | Aceito |

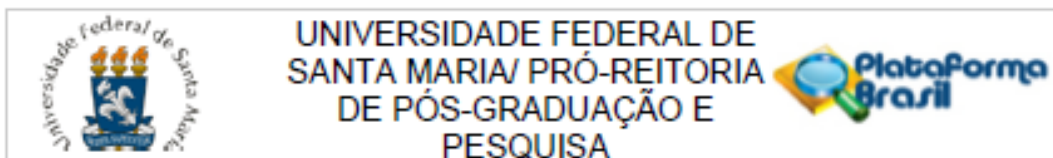
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.505.451

SANTA MARIA, 13 de Agosto de 2019

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com