

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



DISSERTAÇÃO

Trajetórias terapêuticas e as redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Clarissa de Souza Cardoso

Pelotas, 2017

Clarissa de Souza Cardoso

Trajetórias terapêuticas e as redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde com ênfase em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Saúde Mental e Coletiva, Processo de Trabalho, Gestão e Educação em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Valéria Cristina Christello Coimbra

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C268t Cardoso, Clarissa de Souza

Trajetórias terapêuticas e redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil / Clarissa de Souza Cardoso ; Valéria Cristina Christello Coimbra, orientadora. — Pelotas, 2017.

136 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Saúde mental da criança. 2. Cuidado da criança. 3. Rede social e afetiva. I. Coimbra, Valéria Cristina Christello, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Clarissa de Souza Cardoso

Trajetórias Terapêuticas e as redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o
Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Ciências da Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade
de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 20 de Janeiro de 2017

Banca examinadora:

.....
Prof.^a Dr.^a Enf.^a Valéria Cristina Christello Coimbra (Orientadora) Doutora em
Enfermagem pela Universidade de Ribeirão Preto, SP.

.....
Prof.^a Dr.^a Enf.^a Ariane da Cruz Guedes Doutora em Enfermagem pela Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, RS.

.....
Prof.^a Dr.^a Psc.^a Ana Paula Müller de Andrade Doutora em Ciências Humanas
Interdisciplinares pela Universidade Federal de Santa Catarina, SC.

.....
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Duarte Martins Doutora em Psicologia Clínica pela
Universidade de Belgrano, Argentina.

.....
Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Garcia Vieira Doutora em Saúde da Criança pela Pontifícia
Universidade Católica, RS.

Dedico este trabalho às crianças que ao mundo
trazem sua alegria, cor, amor, esperança, e muitas
possibilidades.

Agradecimentos

Às minhas filhas Manoela e Theodora, minha inspiração primeira, pela possibilidade de aprender a ser mãe de meninas tão afetivas e dedicadas a me ensinar, e pela capacidade de compreenderem minhas ausências. A mãe ama vocês.

À minha mãe amada, Maria da Graça, pela vida, por sua dedicação como mãe e avó, militante e professora, por partilhar comigo tantas alegrias e também participar do processo do mestrado, por me impulsionar, me apoiar e não só acreditar nos meus sonhos, mas realizá-los junto comigo. Te amo.

Aos meus irmãos Lucas e Andressa, por partilharem a vida comigo, pelas aprendizagens, pelo incentivo e apoio incondicional, por cuidarem de minhas filhas para que eu pudesse concretizar mais este sonho. Vocês são incríveis.

À minha grande família, tias, tios, primos e primas, pela parceria, amizade e carinho partilhados ao longo dos anos.

Às minhas tias Helena, Nádia, Maria Cecília e Rossana, pelo amor recebido em cada momento de nossos encontros, pela vibração com as conquistas, e por serem tão especiais em minha vida.

À minha amiga-irmã Lina, pela amizade, carinho e amor. Por compartilharmos tantas experiências e emoções, pelos momentos alegres e tristes, pela ajuda recebida a fim de superar os obstáculos. Por me dar mais uma família, minha sobrinha Antonella, e minha afilhada Emanuelle. Vocês são fundamentais.

À Saninha, Isabel e Rafael pelo carinho, amizade, companheirismo. Com vocês testemunhei que laços consanguíneos não nos diferem, e que o fundamental é a sintonia. Amo vocês.

À minha orientadora Valéria. Um dos presentes do mestrado foi ter a oportunidade de ser tua orientanda, de ter aprendido tanto contigo sobre tantas coisas para além do mestrado, por seres essa pessoa maravilhosa, amiga, ética e excelente profissional, por acreditares em mim e neste projeto. Com certeza meu crescimento como pessoa e como profissional é fruto de nossas conversas e orientações. Por todas as nossas conquistas!

Aos colegas de mestrado, por compartilharmos tantos momentos, pelas aprendizagens e parcerias.

Às colegas Viviane, Luize, Sandra e Karine, e ao colega Carlos. Compartilhar este tempo com vocês foi muito bom e enriquecedor.

Às professoras desta banca, Ana Paula Müller de Andrade, Maria de Fátima Duarte Martins, e Ariane da Cruz Guedes, pela contribuição, pelo incentivo e pelo enriquecimento nas bancas de qualificação e defesa.

Ao Grupo de Saúde Mental e Saúde Coletiva pelos momentos de aprendizagem e trocas afetivas realizadas ao longo destes anos.

À CAPES, pela disponibilidade da bolsa do mestrado.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela contribuição e discussão nas aulas para aperfeiçoamento do projeto.

Em especial às crianças e seus familiares, que foram fundamentais e contribuíram com suas histórias de vida. Suas peculiaridades, com certeza, permitiram o enriquecimento desta pesquisa.

“Enquanto os leões não tiverem seus próprios contadores de história, nós só conheceremos a história dos caçadores”.

(Provérbio Africano)

Resumo

CARDOSO, Clarissa de Souza. **Trajetórias terapêuticas e as redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil**. 2017. 136 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A presente dissertação visa aprofundar o conhecimento das trajetórias terapêuticas e das redes sociais e afetivas de crianças que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). As trajetórias terapêuticas se constituem a partir de uma organização de convivência estabelecidas por meio de relações articuladas pelas pessoas que compõem a rede. Com esta pesquisa qualitativa, objetivou-se analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). O estudo desenvolveu-se em um serviço de atenção psicossocial no município de São Lourenço do Sul, que é referência para cinco municípios no atendimento em saúde mental para crianças. Foram participantes desta pesquisa cinco crianças e seus familiares; utilizou-se para coleta de dados a análise dos prontuários, as informações anotadas em diário de campo, entrevistas narrativas, e o mapa dos cinco campos como estratégia metodológica para a entrevista narrativa com as crianças. O parecer de aprovação deste estudo possui nº 1.485.272 pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem. Na análise foram apresentadas as trajetórias terapêuticas, as histórias de vida, e as redes sociais e afetivas de cada criança. A (re)construção das trajetórias terapêuticas e o conhecimento das redes sociais e afetivas das crianças que frequentam um serviço de atenção à saúde mental é fundamental para orientar as práticas de cuidado, fundamentado nas necessidades e demandas existentes por meio da narrativa deste público. As fragilidades encontradas nas trajetórias terapêuticas e nas redes sociais e afetivas relacionam-se com o encaminhamento precoce via escola, a longa permanência no serviço, a patologização-medicalização, e a ausência da figura paterna. Como potencialidades, foram encontrados os vínculos construídos ao longo das trajetórias terapêuticas demonstrados nos mapas e a família como principal fonte de apoio. Conclui-se que a participação efetiva das crianças na construção de um cuidado que atenda às suas singularidades, necessariamente, precisa ser articulada pela rede social e afetiva que as mesmas apresentam, constituindo-se como desafio para os diferentes atores e cenários da vida.

Palavras-chaves: Saúde mental da criança. Cuidado da Criança. Rede social e afetiva.

Abstract

CARDOSO, Clarissa de Souza. **Therapeutic pathway and social and affective networks of children that attend to the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care**. 2017. 136 p. Dissertation (Masters). Graduate Program in Nursing. Federal University of Pelotas.

The following dissertation aims to profound the knowledge on therapeutic pathways and social and affective networks of children that attend to the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi). The therapeutic pathways constitute from a living organization, established through relationships articulated by people that compose the network. With this qualitative research, the main goal was to analyze the therapeutic pathways of children that attend to the Center for Psychosocial Child and Adolescent Care. The study developed at a service for psychosocial care in the city of São Lourenço do Sul, which is reference to five cities in the mental care assistance to children. Five children and their families participated in this research. For data collection, chart analysis, recorded information in the field diary, narrative interviews, and the five-field map were used as methodological strategy to interviewing the children. The Ethics Committee from the Nursing School approved the study under the number 1.485.272. In the analysis, the therapeutic pathways, life history, and social and affective networks from each child were presented. The (re)building of therapeutic pathways and the knowledge on social and affective networks of the children that attend to a mental health care service is fundamental to guide the practices of care, fundament the necessities and existent demands through their own narrative. As fragilities in the therapeutic pathways, and in the social and affective networks, the early referral from the school, the extended permanence in the service, the pathologization -medicalization, and father's absence were found. As potentialities, the bonding built during the therapeutic pathways demonstrated in the maps and the family as main source of support were highlighted. It is possible to conclude that the effective participation of children in the construction of a care that attend to their singularities, necessarily, needs to be articulated to the social and affective networks of them, which constitute as a challenge to the different actors and life scenarios.

Keywords: Children's mental health. Children's care. Social and affective network.

Resumen

CARDOSO, Clarissa de Souza. **Trayectorias terapéuticas y las redes sociales y emocionales de los niños que asisten al Centro de Atención Psicosocial de niños y jóvenes.** 2017. 136 p. Tesis (Master). Programa de Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Pelotas, Pelotas.

La presente disertación objetiva profundar el conocimiento de trayectorias terapéuticas y de las redes sociales y afectivas de niños que frecuentan un Centro de Atención Psicosocial Infanto-juvenil (CAPSi). Las trayectorias terapéuticas constituyesen a partir de una organización de convivencia establecida por medio de relaciones articuladas por las personas que componen la red. Con esta pesquisa cualitativa, se objetivó analizar las trayectorias terapéuticas de niños que frecuentan al Centro de atención Psicosocial Infanto-juvenil. El estudio fue desarrollado en un servicio de atención psicosocial en la ciudad de São Lourenço do Sul, que es referencia para cinco ciudades en el atendimento en salud mental para niños. Fueron participantes de esta pesquisa cinco niños y sus familiares; se utilizó para recolecta de datos el análisis de prontuarios, las informaciones anotadas en diario de campo, entrevistas narrativas, y el mapa de cinco campos como estrategia metodológica para la entrevista narrativa con los niños. El parecer de aprobación de este estudio posee número 1.485.272 por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería. En el análisis, fueron presentadas las trayectorias terapéuticas, las historias de vida, y las redes sociales y afectivas de cada niño. La (re)construcción de trayectorias y el conocimiento de las redes sociales y afectivas de los niños que frecuentan un servicio de atención a la salud mental son fundamental para orientar las prácticas de cuidado, fundamentando las necesidades y demandas existentes por medio de la narrativa de este público. Como fragilidades encontradas en las trayectorias terapéuticas y en las redes sociales y afectivas, se encontró el encaminamiento temprano por la escuela, la longa permanencia en el servicio, la patologización-medicalización, y la ausencia de la figura paterna. Como potencialidades, fueron encontrados los vínculos construidos al camino de las trayectorias terapéuticas demostrados en los mapas y la familia como principal fuente de apoyo. Se concluye que la participación efectiva de niños en la construcción de un cuidado que responda a sus singularidades, necesariamente, precisa ser articulada por la red social y afectiva que presentan, constituyéndose como desafío para los distintos actores y escenario de vida.

Palabras-clave: salud mental del niño. Cuidado del niño. Red social y afectiva.

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Fluxograma da Revisão de literatura integrativa..... | 26 |
| Figura 2 - Mapa dos Cinco Campos, conforme adaptação de Hoppe (1998)... | 61 |
| Figura 3 - Trajetória terapêutica de C1..... | 68 |
| Figura 4 - Trajetória terapêutica C2..... | 74 |
| Figura 5 - Trajetória terapêutica C3..... | 77 |
| Figura 6 - Trajetória terapêutica C4..... | 81 |
| Figura 7 - Trajetória Terapêutica C5..... | 84 |
| Figura 8 - Mapa dos Cinco Campos C1..... | 88 |
| Figura 9 - Mapa dos Cinco Campos C2..... | 91 |
| Figura 10 - Mapa dos Cinco Campos C3..... | 94 |
| Figura 11 - Mapa dos Cinco Campos C4..... | 96 |
| Figura 12 - Mapa dos Cinco Campos C5..... | 99 |

Lista de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Autor/local/ano/sujeitos/ metodologia..... | 28 |
| Quadro 2 - Autor/ano, Objetivos, Principais resultados..... | 29 |
| Quadro 3 - Descrição das crianças participantes do estudo quanto ao motivo da consulta no CAPSi, fonte de renda dos pais, naturalidade, escolaridade, sexo, idade e data de ingresso no CAPSi..... | 64 |

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|-------|---|
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil |
| CRAS | Centro de Referência da Assistência Social |
| CEP | Comitê de ética em pesquisa |
| DAAN | Diretório Acadêmico Anna Nery |
| ECA | Estatuto da criança e do adolescente |
| EN | Entrevistas Narrativas |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| E.V.A | Etil, Vinil e Acetato |
| FAU | Fundação de Apoio Universitário |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases Nacionais da Educação |
| MCC | Mapa dos Cinco Campos |
| MS | Ministério da Saúde |
| PPIM | Programa Primeira Infância Melhor |
| RAS | Rede Atenção à Saúde |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| SACI | Sistema de Atenção às Crianças e Inclusão |
| SUS | Sistema único de Saúde |

Sumário

| | |
|---|-----------|
| Apresentação..... | 15 |
| 1 Introdução..... | 19 |
| 2 Objetivos | 23 |
| 2.1 Objetivo geral | 23 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 23 |
| 3 Construção do objeto de estudo e referencial teórico..... | 24 |
| 3.1 Construindo o objeto de estudo | 24 |
| 4 Referencial teórico | 34 |
| 4.1 História da infância no brasil | 34 |
| 4.2 Redes de apoio às crianças e as trajetórias terapêuticas | 40 |
| 5 Metodologia | 50 |
| 5.1 Caracterização Do Estudo | 50 |
| 5.2 Local do estudo | 51 |
| 5.3 Participantes do estudo..... | 52 |
| 5.3.1 Critérios de inclusão das crianças: | 53 |
| 5.3.2 Critérios de inclusão dos familiares:..... | 53 |
| 5.3.3 Critérios de exclusão das crianças: | 53 |
| 5.3.4 Critérios de exclusão dos familiares: | 54 |
| 5.3.5 Princípios éticos..... | 54 |
| 5.3.6 Riscos..... | 56 |
| 5.3.7 Benefícios | 56 |
| 5.4 Coleta de dados..... | 56 |
| 5.5 Análise dos dados..... | 62 |
| 6 Análise Dos Resultados E Discussão Dos Dados..... | 64 |
| 6.1 Descrição das crianças que participaram do estudo:..... | 64 |
| 6.2 Trajetórias terapêuticas | 67 |
| 6.2.1 Criança 1 | 67 |
| 6.2.2 Criança 2 | 72 |
| 6.2.3 Criança 3 | 75 |
| 6.2.4 Criança 4 | 79 |
| 6.2.5 Criança 5 | 82 |

| | |
|---|------------|
| 7 Conhecendo as redes sociais e afetivas das crianças | 87 |
| 7.1 Rede social e afetiva de C1: | 88 |
| 7.2 Rede social e afetiva de C2: | 90 |
| 7.3 Rede social e afetiva C3: | 93 |
| 7.4 Rede social e afetiva de C4: | 96 |
| 7.5 Rede social e afetiva de C5: | 99 |
| 8 Identificando as potencialidades e/ou fragilidades da rede social e afetiva, e as trajetórias comuns | 102 |
| 9 Considerações finais | 107 |
| Apêndices | 118 |
| Anexos | 131 |

Apresentação

Quando pensamos em trajetórias, lembramos dos caminhos percorridos, das opções que assumimos enquanto profissionais e cidadãos. Nesta caminhada, são necessárias reflexões importantes sobre o lugar que ocupamos, as expectativas em torno da profissão escolhida, e o que queremos construir na sociedade em que vivemos.

Em 2003, ao ingressar na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), no curso de Enfermagem e Obstetrícia, fiz minha aproximação com o Diretório Acadêmico Anna Nery (DAAN). Nesse espaço, pude compartilhar com os colegas o desejo de ampliarmos as discussões sobre a Enfermagem como campo político e estratégico para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com os demais discentes do curso. Neste espaço de formação, uma questão importante, e que fomentava os debates na Faculdade de Enfermagem, envolvia a Reforma Psiquiátrica e a necessidade de fortalecer os serviços voltados para a atenção aos que estão em sofrimento psíquico.

Este tempo vivido durante a graduação também oportunizou a realização de um estágio voluntário desenvolvido na Unidade de Pediatria da Fundação de Apoio Universitário (FAU/UFPel), espaço onde tive os primeiros contatos com o universo das crianças que, mesmo se encontrando vulneráveis, apresentavam capacidade de superar as dificuldades em torno da hospitalização. Muito além do aprendizado técnico, havia a necessidade de desenvolver um olhar diferenciado sobre a história de vida de cada criança. Quanto este envolvimento me permitiu perceber a importância da construção de um trabalho voltado para a promoção da saúde mental das crianças!

O ingresso no serviço público ocorreu em 2011, por meio de concurso público, na Prefeitura Municipal de Jaguarão. Ao assumir o cargo, fui convidada a coordenar alguns programas de saúde, dentre eles o Programa Primeira Infância Melhor (PPIM). Nas primeiras semanas, foram feitos encontros com a intenção de realizarmos atividades de capacitação com as visitadoras do PPIM, trabalhamos assuntos relacionados à saúde da mulher, parto e puerpério, e saúde da criança. Essas capacitações foram importantes para qualificar as visitas realizadas, as quais

possibilitaram orientações de cuidado e encaminhamentos de saúde para as famílias e, para além disto, a construção de vínculos ao longo dos acompanhamentos.

Essa experiência permitiu fazer um pequeno recorte sobre a situação de várias famílias dos diferentes bairros da cidade, bem como conhecer a realidade dessas crianças visitadas. Os encontros foram importantes para perceber o quanto avançamos no que diz respeito aos direitos da infância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sob a lei nº 8.069 de 13/07/1990, assim como os desdobramentos que o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil tem possibilitado quanto à realização de discussões a respeito da situação da criança e a rede de cuidados (BRASIL, 1990).

Ao mesmo tempo, o trabalho realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cleuza Maria Martins Ussandizaga, no Bairro Bela Vista, oportunizou estreitar vínculos com as mesmas famílias que recebiam as visitas do PPIM, e também conhecer outras famílias e suas particularidades. Deste modo, foi possível construir estratégias de enfrentamento das situações limites em função da violência física, psicológica, sexual e negligência vivenciada por muitas crianças e adolescentes. Percebi que a saúde se construía para além do serviço ou rede de saúde, era necessário olhar, em especial, para a criança em vulnerabilidade e outras trajetórias de cuidado de forma intersetorial. Construimos, junto às duas escolas do Bairro, atividades de orientação para a comunidade escolar sobre esses assuntos como medida de prevenção para condições de violência.

O convite realizado pela Coordenação da Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Jaguarão permitiu desenvolver um trabalho junto às escolas da rede com os diferentes segmentos, buscando compreender melhor as diferentes necessidades apresentadas pelas crianças. Esta vivência despertou a possibilidade de fazer saúde de forma intersetorial, estabelecendo ações de cuidado às crianças em seus vários territórios de vida.

Couto (2008), ao discutir a necessidade de ações de cuidado efetivas para este público, afirma a necessidade instrumentalizarmos e ampliarmos a discussão sobre a intersetorialidade como um fundamento do cuidado à saúde mental infantil, no sentido de olharmos para a rede intersetorial como um potencial, construindo estratégias de fortalecimento entre os serviços que compõem a rede.

Os caminhos percorridos pelas crianças e seus familiares para acessar essa rede de cuidados nos remete a relações já estabelecidas, ou novas relações que

são construídas com os serviços e com os profissionais, a partir da busca pelo cuidado em saúde mental. Assim surge a necessidade de olharmos para as trajetórias terapêuticas, partindo da percepção que as crianças possuem e quais são as suas demandas sociais. Neste sentido, além de as trajetórias terapêuticas serem construídas pelos sujeitos e pelo chão, também o são pela subjetividade da criança.

As experiências aqui relatadas possibilitaram o trabalho com a subjetividade das crianças e despertaram a vontade de buscar, por meio do mestrado, a qualificação teórica necessária para a construção deste trabalho. O deslocamento para a cidade de Pelotas foi imprescindível para que fosse possível a realização de atividades acadêmicas com o rigor e afincos indispensáveis.

Da mesma forma, a participação no Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de Enfermagem possibilitou realizar as discussões necessárias e o aprofundamento de aportes teóricos, os quais garantiram reflexões necessárias para olhar para as histórias de vida das crianças que fizeram parte deste estudo.

Assim, a presente dissertação divide-se em: Introdução – onde apresento os principais conceitos de trajetórias terapêuticas, das redes sociais e do território; Objetivos – que representaram um importante passo para a realização da pesquisa; a construção do objeto de estudo e referencial teórico, por meio de uma revisão bibliográfica em três bases de dados; o Referencial Teórico possui dois capítulos. No primeiro, realizei um resgate da história da infância no Brasil, explicitando como a infância era vista e quais os avanços obtidos nesse processo histórico. No segundo capítulo, retomo o conceito de trajetórias terapêuticas e das redes de apoio às crianças, elucidando a participação da família e dos serviços como importantes dispositivos de cuidado; Metodologia: a pesquisa fundamentou-se na abordagem qualitativa, por meio da entrevista narrativa e na utilização do Mapa dos Cinco Campos (MCC), como estratégia metodológica para proporcionar às crianças o lugar de protagonistas de suas histórias de vida e de suas trajetórias terapêuticas. A análise de dados seguiu os seguintes passos: transcrição das narrativas; divisão das narrativas em indexados (referência concreta) e não indexados (acontecimentos, valores, juízos, sabedoria); ordem dos acontecimentos (trajetórias; dimensões não indexadas; agrupamento e comparação dos dados individuais; identificação das trajetórias coletivas).

A análise dos resultados e discussão dos dados possibilitou a construção de três capítulos de análise. No primeiro capítulo: A descrição das crianças que participaram do estudo; e a (re)construção das trajetórias terapêuticas de cada uma das crianças participantes;. No segundo capítulo, conhecendo as redes sociais e afetivas das crianças, realizei a apresentação dos mapas. O terceiro capítulo permitiu identificar quais foram as potencialidades e/ou fragilidades da rede social e afetiva, e as trajetórias comuns. Por fim, nas considerações finais, resgatei os principais resultados, as principais contribuições do estudo para as crianças, famílias, profissionais e serviços de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação visa aprofundar o conhecimento das trajetórias terapêuticas e das redes sociais de crianças que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Neste sentido, trabalharei com o conceito de trajetória terapêutica, que são expressões ligadas aos aspectos de vida de cada sujeito e emergem em suas redes de convivência territoriais, sejam elas “afetivas, sociais e/ou nos serviços de saúde” (DALMOLIN, 2011, p. 111).

Santos (2008, p.96) propõe uma discussão sobre o território para além de uma questão geográfica e física, afirma que ele é o “chão e mais a população”. Além disso, identifica o sentimento de pertencimento do lugar, alicerce do trabalho, da moradia, “das trocas materiais e espirituais”.

O território é um conceito importante para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Neste sentido, ele está para além de recortes espaciais e/ou geográficos, os quais também são importantes. Ele acontece por meio das experiências dos sujeitos atravessados pelas relações construídas entre as pessoas e as instituições.

Os percursos vivenciados pelas crianças são marcados pela articulação entre a produção de subjetividades com os contextos de vida, com o território em que as situações acontecem, e que as trajetórias terapêuticas são vivenciadas. A experiência humana é assinalada por diferentes acontecimentos que geram desdobramentos na vida dos sujeitos, e, por conseguinte, em suas trajetórias.

Quando refletimos sobre a produção da subjetividade da criança, estamos afirmando que ela cumpre um papel importante na construção social. Isto significa dizer que o papel da criança na sociedade não é ser recrutada para o aliciamento, não é ser recrutada para o trabalho infantil, não é sofrer violência em todas as suas manifestações, sejam elas físicas, psicológicas, e estruturais. Assim há a

necessidade de promover as capacidades e potencialidades apresentadas por elas, sem perder de vista que a subjetividade é construída de vivências, de crenças e valores na relação com o mundo externo.

A reflexão sobre quais as relações são construídas pela criança em sofrimento psíquico com a sociedade implica em romper com o discurso e práticas hegemônicas que são legitimadas pelas pessoas que aparecem em suas redes sociais e afetivas.

Segundo Inojosa (2001, p.117), as redes são estabelecidas pelas “parcerias” que podem articular as famílias, os estados, as organizações públicas e/ou privadas, pessoas físicas e/ou jurídicas, promovendo “relações interpessoais, interorganizacionais, intergovernamentais e intersetoriais”.

Os diferentes percursos das crianças e seus familiares nos remetem aos diferentes serviços que compõem a organização da sociedade. Diante dessa organização, as redes se configuram como espaços em se produz relações complexas. A rede emerge, portanto, das relações estabelecidas e do trabalho coletivo, ou seja, da produção intelectual, afetiva e técnica desempenhada pelos sujeitos sociais (DALMOLIN, 2011).

A necessidade de (re)articulação dessa rede de assistência à saúde mental infantil transcende as exigências populacionais preconizadas pela lei, necessitando o enfrentamento dos desafios existentes principalmente em relação à consolidação das Políticas Públicas (FABRIS, 2009; COUTO, 2008).

Cabe ressaltar que as Políticas Públicas voltadas para as questões da infância são relativamente recentes em nosso país, especialmente no campo da Saúde Mental a lei que rege a Reforma Psiquiátrica Brasileira 10.216 de 6 de abril de 2001, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos psíquicos e permitiu avanços significativos no modelo de atenção, estabelecendo reordenamento dos serviços substitutivos ao asilamento (BRASIL, 2001).

Conforme Guedes (2010), o surgimento dessa Lei provocou mudanças na maneira de cuidar:

(...) houve uma mudança de rumos na assistência, bem como a retomada da esperança para os usuários e seus familiares, os quais, a partir desse momento, poderiam contar com o amparo legal e jurídico em seu favor (GUEDES, 2010, p.26).

Sendo assim, um dos principais dispositivos que se configuram nesta nova maneira de prestar o cuidado às crianças em sofrimento psíquico são os Centros de

Apoio Psicossocial (CAPS), criados pela Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Esses centros apresentam diferentes modalidades para o atendimento de seus usuários, e um deles está voltado para a atenção de crianças e adolescentes, configurando-se em um importante espaço de atenção para este público. Em suas diretrizes iniciais, se estabelece que o serviço é ambulatorial e de atendimento diário com bases territoriais (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde, através da Portaria/GM 4.279 de dezembro de 2010, organiza a Rede de Atenção à Saúde (RAS), estrategicamente com o intuito de proporcionar eficácia nas ações, serviços e na gestão do sistema de saúde em âmbito regional. A articulação dos serviços que compõem a rede de atenção é importante para o fortalecimento da integralidade na assistência e do trabalho realizado com as crianças no território (BRASIL, 2010).

Reconhecidamente, sabemos que o Sistema Único de Saúde (SUS) obteve muitos avanços no que diz respeito às ações de saúde. Entretanto, seguiu uma lógica fragmentadora do cuidado centralizada em um saber hegemônico que, atrelado ao paradigma curativo, não realiza um cuidado que atenda às expectativas e necessidades dos seus usuários (BRASIL, 2010).

Neste contexto, o Ministério da Saúde cria, amplia e articula os pontos de atenção à saúde por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a partir da Portaria MS/GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, e estabelece como uma de suas diretrizes a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, bem como a atenção humanizada e centrada na capacidade de resolução dos serviços (BRASIL, 2011).

Essa política do Ministério da Saúde objetiva a regularização e a organização das demandas e dos fluxos assistenciais da RAPS, necessitando profissionais comprometidos com práticas em saúde baseadas nos princípios do SUS, a fim de possibilitar a promoção da saúde infantil, e permitir o conhecimento dos elementos da sua real situação; transformá-la no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e da colaboração entre os mesmos (BRASIL, 2014).

O desafio é fortalecer os laços coletivos na construção e discussão sobre as Políticas Públicas do estado para crianças e adolescentes para que sejam incorporadas e legitimadas tanto pela comunidade quanto pelos profissionais de saúde. Outrossim é ampliar o acesso das crianças aos serviços, percebendo as

relações que se estabelecem nestes espaços e o quanto elas podem ser definidoras da capacidade de vínculo com os profissionais (JORGE ET. AL., 2015).

Destaca-se a necessidade da realização de estudos que dêem prioridade para o protagonismo da criança e a vivência no processo de cuidado, buscando compreender as trajetórias terapêuticas e conhecer quais são as redes de apoio social e afetivas, e como as crianças vivenciam diferentes momentos em suas vidas.

O conceito de saúde mental infantojuvenil passa por uma reestruturação histórica que se evidencia com a consolidação de políticas públicas para este público a partir da década de 90, por meio do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), também através de novos dispositivos de cuidado, que buscam redimensionar a experiência do sofrimento psíquico e sua relação com a sociedade (TAÑO, MATSUKURA, 2015; BRASIL, 2014).

Ao trabalhar com a perspectiva das trajetórias terapêuticas dos participantes, propus resgatar com os mesmos suas histórias, suas realidades, suas expectativas e suas necessidades, partindo da questão norteadora **“Quais são as trajetórias terapêuticas percorridas pelas crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil?”**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

2.2 Objetivos específicos

Descrever as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Identificar as facilidades e/ou dificuldades encontradas na busca pelo cuidado das crianças em sofrimento psíquico.

Conhecer as redes sociais e afetivas das crianças que frequentam o Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, será abordado a construção do objeto de estudo que apresentará a revisão de literatura acerca do tema sobre as trajetórias terapêuticas das crianças. Com a busca em bases de dados, os achados de pesquisas servirão de base para a sustentação teórica do projeto.

Seguidamente, será apresentado o referencial teórico abordando a história da infância no Brasil com ênfase na perspectiva de cuidado a saúde mental na infância, partindo das leis e portarias que regem a atual política de saúde mental.

3.1 Construindo o Objeto de Estudo

Reconhecidamente, a construção das políticas públicas para a infância possibilitaram progressos nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes que têm se somado a outras reivindicações, como a necessidade de articulação da rede intersetorial de assistência à saúde mental infanto-juvenil (ZANIANI, LUZIO, 2014).

É importante ressaltar que a assistência psicossocial é fruto de uma conquista da sociedade brasileira, por meio do Movimento de Reforma Psiquiátrica, que transcende questões como o modo de assistir aos sujeitos, mas que exige constantes reflexões e articulações nesse processo complexo de mudança a partir dos diversos atores sociais (ZANIANI, LUZIO, 2014).

Esta discussão se faz necessária para (re)pensarmos as conexões na rede social das crianças como possibilidade de atender de maneira integral suas necessidades. O ato do cuidado às crianças é amplo e complexo, e do mesmo modo requer que os serviços sejam amplos, diversificados e entrelaçados, ou seja, que possam conversar entre os diversos setores (ZANIANI, LUZIO, 2014; COUTO, DELGADO, 2010).

A intersectorialidade envolve diferentes serviços que possuem práticas e saberes que necessariamente precisam se articular, orientar e definir caminhos que possam conduzir a integralidade do cuidado (COUTO, DELGADO, 2010).

Neste sentido, emerge o pressuposto **“O cuidado em saúde mental precisa ser realizado nos diferentes espaços onde a criança transita”**.

O redirecionamento da assistência à saúde mental infantil vem sendo discutido em espaços como as Conferências Nacionais de Saúde Mental e apontam para a necessidade de pensarmos a saúde mental infantil para além dos muros do CAPSi (MACHINESKI, SCHNEIDER, 2011).

Isso significa dizer que, ao atentarmos para a subjetividade da criança, é preciso perceber quais são as relações que a mesma estabelece com aquilo que é próprio de sua vida, como a família, os amigos, a escola, os serviços, os grupos, entre outros (SIQUEIRA, DELL’AGLIO, 2010).

Ao olharmos para as narrativas dos sujeitos, possibilitamos que eles possam perceber as necessidades de cuidado e, com isso, estabelecer com os mesmos negociações e consensos sobre as necessidades de saúde e o compromisso mútuo de cuidado. Também acredito que este trabalho contribuirá para que os profissionais que desempenham suas funções nos diferentes serviços possam perceber as fragilidades e potencialidades do trabalho em rede, uma vez que existe uma rede estruturada. Entretanto, é possível perceber que é preciso fortalecer o trabalho no território.

Com a finalidade de buscar estudos que subsidiem a discussão acerca das trajetórias terapêuticas e a configuração de uma rede de cuidados para as crianças em sofrimento psíquico, foi realizada uma revisão integrativa para ampliar o olhar sobre a temática.

Nesta revisão, tentei buscar artigos que abordassem as redes sociais de apoio existentes para as crianças em sofrimento psíquico. Para nortear a busca pelos artigos, utilizei a seguinte questão: Quais são as redes de apoio sociais existentes para as crianças?

A busca ocorreu entre os meses de outubro a novembro de 2015 e foram rastreados estudos publicados sobre a temática no Brasil e no exterior.

As bases de dados utilizadas foram Publisher a Medline (PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os termos utilizados para a busca foram: rede social, saúde da criança, saúde mental e assistência integral a saúde. Para a busca nas bases de dados SCiELO e LILACS, utilizou-se o banco Descritores em Ciências da Saúde (DeCs).

Para a pesquisa no PubMed, todos os termos foram traduzidos para a língua inglesa segundo o Medical Subject Headings (MeSH): social support, Child Health, Mental Health e Comprehensive Health Care. Foram utilizados filtros de período de publicação e também a língua das publicações.

Os critérios de inclusão foram estudos de 2010 a 2015, publicações originais, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, considerando os objetivos do estudo.

Como critérios de exclusão foram excluídos os artigos duplicados, resenhas, anais de congresso, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, artigos com idosos e adultos, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo, e artigos publicados fora do período de análise.

A seguir, apresento um Fluxograma com a busca dos artigos:

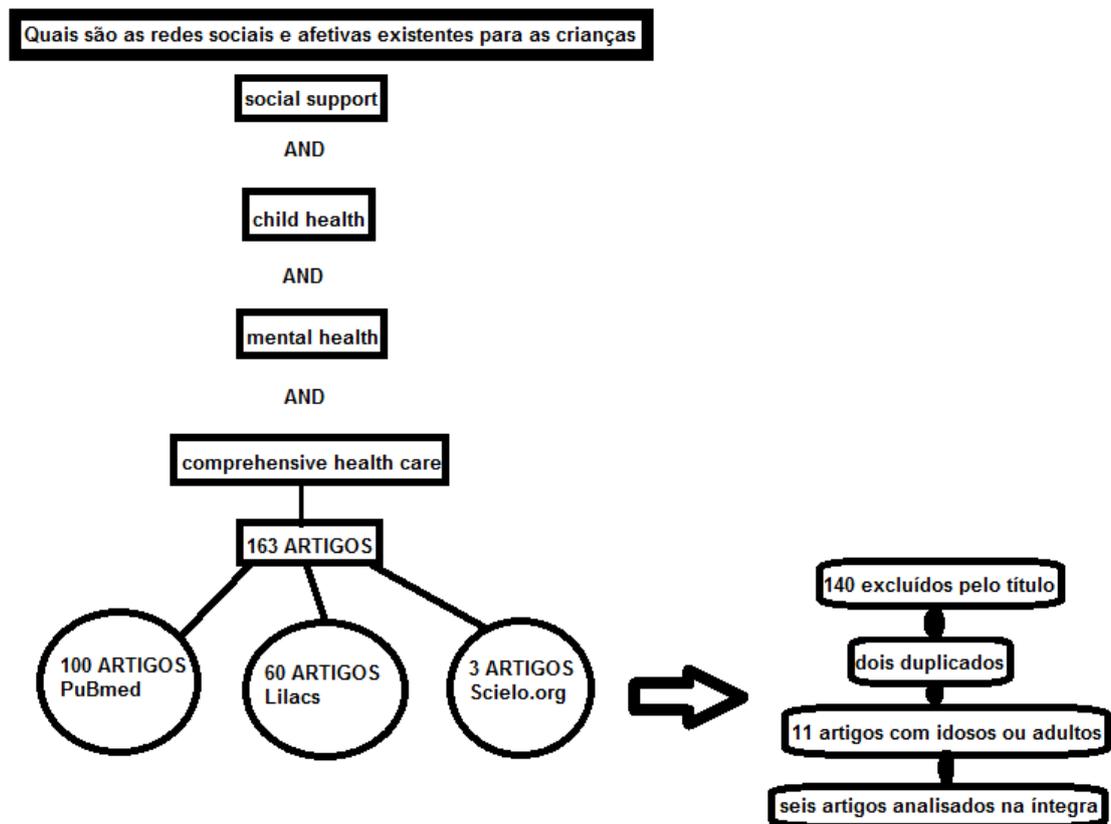


Figura 1 – Fluxograma da Revisão de literatura integrativa. Pelotas-RS, 2015.

A partir das buscas, um total de 163 artigos foram rastreados, sendo 100 artigos no PubMed, 60 artigos na Lilacs, e três na Scielo. Destes, 140 artigos foram descartados pelo título por não abordarem a temática do estudo, dois estavam duplicados, e 11 tratavam-se de artigos com adultos e/ou idosos. Foram analisados na íntegra seis artigos.

Os estudos foram organizados em dois quadros (QUADRO 1 e QUADRO 2): um contendo autor, local/ano, sujeitos e metodologia, e outro contendo autor/ano, objetivos e principais resultados.

Logo abaixo seguem os quadros com as informações:

Quadro 1 - Autor/local/ano/sujeitos/ metodologia

| Autor | Local/Ano | Participantes | Metodologia |
|---------------------------|---------------------|---|--|
| 1. Monteiro et al.; | Fortaleza/CE/2012 | 42 familiares de crianças e adolescentes | Estudo qualitativo com abordagem descritiva |
| 2. Woodman et al.; | Inglaterra/2011 | Análise de 40 prontuários de crianças | Quantitativo de corte transversal |
| 3. Ronchi e Avellar; | Espirito Santo/2013 | 16 profissionais | Clínico-qualitativa |
| 4. Siqueira e Dell'Aglio; | Brasília/2010 | 155 crianças e adolescentes institucionalizados | Estudo quantitativo, transversal |
| 5. Cocco et al.; | Santa Maria/RS/2010 | 34 profissionais | Estudo quantitativo, abordagem descritiva |
| 6. Tszesnioski et al. | Pernambuco/2015 | Sete crianças | Estudo descritivo, recorte da pesquisa-ação. |

Quadro 2 - Autor/ano, Objetivos, Principais resultados

| Autor/ano | Objetivos | Principais resultados |
|--------------------------------|---|---|
| 1. Monteiro et al., 2012 | Descrever a atitude da família na busca pelo tratamento da criança/adolescente em sofrimento psíquico | Discute a falta de assistência à família do indivíduo em adoecimento psíquico, evidenciando a fundamental importância de englobar toda a família no processo terapêutico. |
| 2. Woodman et al., 2011 | Investigar as causas de registros insuficientes nos prontuários de crianças e adolescentes | Crianças vítimas de maus tratos e com problemas familiares complexos tiveram mais de uma visita aos serviços de saúde. Aponta para a necessidade de registros mais adequados como fonte de informação para qualificar o atendimento aos casos graves. |
| 3. Ronchi e Avellar | Conhecer e descrever a ambiência no CAPSi no atendimento de crianças | Problematiza a importância da construção de um espaço que promova a segurança no atendimento as crianças e famílias, por meio da presença dos profissionais e da atenção as necessidades do público atendido. |
| 4. Siqueira e Dell'aglio, 2010 | Investigar as características de crianças e adolescentes institucionalizados e a sua rede de apoio social | Discute a importância da rede de apoio social e a necessidade de programas que fortaleçam a família. |
| 5. Cocco et al., 2010 | Analisar o fluxo de assistência a casos de maus tratos | O fluxo dos casos de violência atendidos por profissionais demonstraram que 31% acionam o Ministério Público; 25% comunicam o Conselho Tutelar e 12% preenchem a ficha de notificação compulsória, comunicam o Conselho Tutelar e prestam assistência. |
| 6. Tszesnioski et al. | Identificar a rede de cuidados de crianças em sofrimento psíquico | A maior parte das crianças apresentou vínculos estressantes com a família nuclear e relações positivas com os agentes comunitários de saúde na atenção básica e com a escola de educação infantil na educação, quando comparados com os serviços de atendimentos especializados de saúde. |

Entre os estudos rastreados, quatro foram realizados no Brasil, um estudo nos Estados Unidos (EUA), e um na Inglaterra. Os estudos foram publicados em 2010 e 2011, dois estudos publicados em cada ano. As demais publicações ocorreram individualmente nos anos de 2012 e 2015. Quanto ao idioma de publicação, dois estudos foram publicados na língua inglesa e quatro estudos em português.

Um dos estudos realizou um recorte da pesquisa-ação que fazia parte de um estudo maior (TSZESNIOSKI, NÓBREGA, LIMA et al., 2015); um estudo qualitativo com abordagem descritiva (MONTEIRO, TEIXEIRA, SILVA et al., 2012); três estudos quantitativos, dois de corte transversal (SIQUEIRA, DELL'AGLIO, 2010; WOODMAN, BRANDON, BAILEY et al., 2011); e outro descritivo (COCCO, SILVA, JAHN, 2010). Utilizaram um n=40 e n=34, respectivamente.

Nos estudos de corte transversais foram utilizadas variáveis sóciodemográficas (2). Um relatou utilizar um questionário sóciodemográfico pré-estruturado, entretanto, não demonstraram quais questões faziam parte deste formulário (COCCO, SILVA, JAHN, 2010). As variáveis sóciodemográficas mais utilizadas foram: sexo, idade, escolaridade e renda familiar (WOODMAN, BRANDON, BAILEY et al., 2011; SIQUEIRA, DELL'AGLIO, 2010).

Os estudos de Monteiro, Teixeira, Silva et al. (2012) e Ronchi, Avellar (2013) apontaram como principais resultados a necessidade de centralizar o cuidado na família. O estudo de Cocco, Silva e Jahn (2010), realizado com 34 profissionais que trabalham em um hospital na região sul de Brasília, analisou o fluxo dos casos de violência atendidos por profissionais e demonstrou que 31% acionam o Ministério Público; 25% comunicam o Conselho Tutelar, e 12% preenchem a ficha de notificação compulsória, comunicam o Conselho Tutelar e prestam assistência. Esses dados refletem que o trabalho em rede ainda está muito aquém das necessidades de um trabalho que garanta os direitos da criança e do adolescente. Por outro lado, isso demonstra a importância dos profissionais que atendem diretamente a estas crianças a garantia de proteção integral de acordo com o que está expresso no ECA.

Diante dessas lacunas, devido à baixa continuidade do cuidado realizado em rede, o estudo realizado por Woodman, Brandon, Bailey et al. (2011) investigou uma série de casos considerados graves de crianças e adolescentes que foram vítimas de maus tratos. O estudo apontou que entre crianças e adolescentes, 70% tiveram

como desfecho o óbito, e 30% foram gravemente feridos. Esses dados também revelaram que, do total desta população (n=40), 85% delas utilizavam serviço de saúde de acordo com os registros e, destas que estavam registradas como utilizando algum tipo de serviço de saúde, 14% constavam como não tendo realizado todas as imunizações previstas para a idade.

Os autores enfatizam que a maioria das crianças que morreram, ou foram gravemente feridos em decorrência de maus tratos, tiveram contato prévio com algum tipo de serviço de saúde, e que outras tantas mantinham contato com vários serviços. Ainda, poucas crianças não eram conhecidas por qualquer um dos serviços e/ou profissionais nos lugares que frequentaram. Os registros profissionais indicaram também a preocupação expressa desses com a complexidade e gravidade do caso atendido e com os problemas familiares identificados (WOODMAN, BRANDON, BAILEY et al, 2011)

Estes dados são importantes para resgatarmos os princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil que norteiam as discussões e a construção de novas práticas assistenciais, a partir do acolhimento universal, encaminhamento implicado, o território, a construção permanente de redes de cuidados e a intersetorialidade na ação do cuidado (BRASIL, 2014).

O documento do Ministério da Saúde “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” discute os conceitos sobre a necessidade de responsabilização dos profissionais durante todo o processo de encaminhamento, até que a criança tenha suas demandas atendidas, articulando o cuidado numa perspectiva de construção de redes que respondam às necessidades singulares daquele sujeito e de suas questões (BRASIL, 2014).

Neste sentido, os autores Ronchi, Avellar (2013), e Tszesnioski, Nóbrega, Lima et al. (2015) analisam a importância da intersetorialidade como possibilidade de rompimento com a lógica tradicional de cuidado em saúde. Estrategicamente, a intersetorialidade promove a integralidade do cuidado a partir de diferentes políticas e perspectivas.

No que se refere ao cuidado realizado de maneira integral, reafirma-se a compreensão do processo saúde-doença que transcenda os espaços psicoterápicos, ampliando conceitos e superando a lógica especialista (RONCHI E AVELLAR, 2013).

O trabalho intersetorial vai além de espaços físicos e, essencialmente, precisa articular-se com recursos encontrados no território de cada criança. Por essa razão, há a necessidade de iniciar intersetorialmente as construções da rede, pensando na família e na escola, construindo um trabalho permanente de diálogo com os demais setores e instituições (RONCHI, AVELLAR, 2013).

Monteiro, Teixeira, Silva et al. (2012) e Ronchi, Avellar (2013) destacam que o comportamento da criança é fortemente influenciado pela interação delas com o ambiente em que vivem, justificando a importância do trabalho junto às famílias, aumentando o sistema de apoio social na resolução dos problemas complexos de crianças em sofrimento psíquico.

Sendo assim, o trabalho em rede precisa discutir a baixa e/ou inexistência de assistência à família da criança em adoecimento psíquico, evidenciando como estratégia fundamental a construção coletiva de um plano criativo de cuidados a ser trabalhado pela rede de apoio social, família e serviços considerados chaves na reabilitação (MONTEIRO, TEIXEIRA, SILVA et al., 2012; RONCHI, AVELLAR, 2013; TSZESNIOSKI, NOBREGA, LIMA et al., 2015).

No estudo realizado com sete crianças na faixa etária de um a nove anos, a maioria das relações com familiares se mostrou sendo estressante, justificando a necessidade de um trabalho centrado na família. Igualmente necessário é o envolvimento dos dispositivos do território, atenção básica e escola (TSZESNIOSKI et al., 2015).

A rede social necessita organizar suas ações colaborativamente entre os setores formais e informais, no sentido de promover a relação entre a criança e os dispositivos de apoio. Assim sendo, os estudos de Machineski e Schneider (2011), Monteiro, Teixeira, Silva et al. (2012) e Tszesniosk, Nobrega, Lima, et al. (2015) revelam que o processo de inclusão social poderá ser favorecido por meio de intervenções que promovam o fortalecimento de vínculos familiares, e a articulação entre os serviços de saúde, e entre estes e as escolas.

Por meio da análise dos artigos encontrados, retomo os principais resultados, os quais apontam para questões importantes sobre a assistência às crianças.

Percebemos que o cuidado em saúde mental infantojuvenil enfrenta alguns entraves no que diz respeito à articulação de uma rede de cuidados que atenda às necessidades integrais deste público. Torna-se evidente a discussão a respeito dos

registros inexistentes ou insuficientes acerca da história de saúde das crianças que são atendidas nos serviços.

Da mesma forma, o fluxo de encaminhamentos de crianças vítimas de violência ainda é insuficiente quando comparado ao número de crianças atendidas pelo Conselho Tutelar e Ministério Público, o que revela a fragilidade em um dos princípios da política de saúde mental infantojuvenil. O encaminhamento implicado é, sobretudo, uma maneira de garantir a responsabilização daqueles que estão diretamente envolvidos no cuidado à criança. Assim, cabe ressaltar que aquele que se responsabiliza necessita acompanhar o caso até o seu desfecho final.

No que diz respeito ao trabalho com as famílias, compreendemos a necessidade de estabelecer um diálogo que problematize suas necessidades, suas realidades e, por fim, suas potencialidades, reafirmando o compromisso com o cuidado de seus membros, principalmente daqueles que estão mais vulneráveis.

Quando refletimos sobre o cuidado em saúde mental e a necessidade de promovê-lo em todos os espaços que a criança frequenta, evidenciamos que o ponto de partida para a promoção deste cuidado está na compreensão da unidade familiar, que é a primeira instância de relações afetivas construídas pelas crianças.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 História da Infância no Brasil

Historicamente, as crianças e adolescentes sempre estiveram à margem das políticas públicas no Brasil. Ao resgatarmos esta história, nos deparamos com inúmeras situações que refletem este abandono.

Vendo o fenômeno do abandono de crianças na perspectiva histórica ampla, abrangente, podemos afirmar, sem incorrer em grandes erros, que a maioria das crianças que os pais abandonaram não foram assistidas por instituições especializadas. Elas foram colhidas por famílias substitutas. No entanto, bem entrado neste século, último deste milênio, os chamados até bem recentemente “filhos de criação” não tinham seus direitos garantidos por lei. (FREITAS, 2003, p.55)

Pensando neste histórico, proponho uma discussão reflexiva sobre o conceito de infância que surge a partir do período colonial, ficando perceptível que o mesmo reflete a junção de condicionantes sociais, políticos e econômicos. Sendo assim, as crianças eram vistas como “adultos em miniatura”, devendo comportar-se como tais, pois a intenção do Governo Português era explorar sua mão-de-obra.

Art. 28. São vadios os menores que:

- a) vivem em casa dos paes ou tutor ou guarda, porém, se mostram refractarios a receber instrucción ou entregar-se a trabalho sério e util, vagando habitualmente pelas ruas e logradouros publicos;
- b) tendo deixado sem causa legitima o domicilio do pae, mãe ou tutor ou guarda, ou os logares onde se achavam collocados por aquelle a cuja autoridade estavamsubmettidos ou confiados, ou não tendo domicilio nem alguem por si, são encontrados habitualmente a vagar pelas ruas ou logradouros publicos, sem que tenham meio de vida regular, ou tirando seus recursos de occupação immoral ou prohibida (BRASIL, 1927).

A infância no Brasil só passa a ser percebida como detentora de direitos a partir da década de 20, com o código de Mello Mattos. Nesse código, fica clara a intenção de asilamento como uma medida de “limpeza social”, a partir do controle do

Estado sobre a vida destas crianças e adolescentes que estavam em situação de abandono (LAGE, ROSA, 2011).

Em 1979, criou-se o Código de Menores, o qual orientava a institucionalização em massa dos “menores” ou “filhos da pobreza”, apesar de conter alguns avanços em relação à legislação que a antecedeu. Era aplicado, portanto, em sua maioria, em crianças e adolescentes que estavam em situação de abandono, carentes, vítimas de crimes, ou por desvio de conduta e/ou autoria de infração (COIMBRA E AYRES, 2009). Neste momento, a infância passa a ser entendida como um processo de desenvolvimento autônomo.

O Brasil na década de 1980 vivenciou modificações sociais, as quais colaboraram para as reflexões acerca da atenção em saúde, que culminaram com a Reforma Sanitária realizada no país. Somado a esses acontecimentos, aconteceu a Reforma Psiquiátrica, que estabeleceu os serviços substitutivos em saúde mental, redirecionando o modelo de atenção psicossocial (AMARANTE, 1995).

Essa efervescência de movimentos proporcionou a realização de discussões acerca do cuidado em saúde mental na infância, as quais se intensificaram durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 2001 e possibilitou a realização do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil no mesmo ano (COUTO, DELGADO, 2010).

Ao fazer uma revisão a respeito das políticas públicas para as crianças e adolescentes, percebi que houve “criminalização da infância pobre” e a “institucionalização do cuidado”, gerando por isso um quadro de abandono e exclusão destas crianças, que no mínimo não estavam sendo assistidas adequadamente (BRASIL, 2005, p. 8).

Percebe-se ao longo da História da Saúde que no Brasil surgiu uma proposta de saúde mental higienista, tratando de explicitar determinados comportamentos nas crianças de maneira a classificá-las dentro de um padrão autoritário, transformando-as em objeto de exclusão (BRASIL, 2014, p. 10).

No processo de redemocratização no país, foi promulgada a Carta Constitucional de 1988, um marco na democracia, pois afirma o direito à cidadania das crianças e dos adolescentes, explicitado no artigo 277 da Carta Magna:

O direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda

negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2005, p.11).

A resultante deste processo de afirmação da condição de sujeitos culminou com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei nº 8.069 de 13/07/1990 (BRASIL, 1990).

O ECA é um marco jurídico que propõe o princípio de proteção integral às crianças e adolescentes, bem como a garantia de seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990). Ressaltamos que o ECA possibilitou avanços legais sobre os direitos como cidadãos de crianças e adolescentes. Entretanto, os desafios para a assistência à saúde mental infantojuvenil ainda são inúmeros, pois somente a promulgação de um texto legal não consegue operacionalizar as mudanças paradigmáticas que são necessárias para a efetivação de um cuidado com base territorial, comunitário e desinstitucionalizado.

Sendo assim, a maneira de pensar e prestar assistência à saúde, necessariamente, precisaram passar por modificações estruturais, que apontassem uma reestruturação na forma de cuidado prestado às crianças e adolescentes (BRASIL, 2014).

A reflexão destes aspectos é relevante para não repetirmos os mesmos equívocos do modelo de atenção que desumaniza e fragmenta, pautado na concepção de recuperação que reduz as crianças apenas à sua individualização biológica, mas sim adotando como princípio que a criança é um sujeito de direitos (BRASIL, 2014).

Sem dúvida, este é um dos maiores desafios para a saúde mental infantojuvenil: a construção de uma política pública que atenda às especificidades de crianças e adolescentes, garantindo o não asilamento.

Conforme Zavaschi (2014), o Brasil não dispõe de um mapa preciso em relação aos problemas na área de saúde mental infantil. O país não conseguiu solucionar questões básicas como a erradicação total da mortalidade infantil, o trabalho infantil, o analfabetismo, e as epidemias. Mais complexa ainda é a solução dos problemas da saúde mental de “crianças e adolescentes pobres” (ZAVASCHI, 2014, P. 17).

Para a imensa maioria das crianças brasileiras, o Sistema Único de Saúde, por meio de suas instituições de atendimento, é a única possibilidade de tratamento, posto que a renda mensal de sua família não permite o atendimento em serviços

privados. No trabalho com crianças que necessitam da atenção psicossocial, conforme Zavaschi (2014), associa-se as condições socioeconômicas adversas: nutrição inadequada e insuficiente, trabalho infantil, baixa renda, escolaridade de baixa qualidade e com recursos limitados, violência intra e extrafamiliar, uso de álcool e outras drogas, entre outras situações problemáticas.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral da saúde mental infanto-juvenil, em seu texto de apresentação, admite que em relação às políticas públicas voltadas para a infância e adolescência, tiveram um avanço significativo. Entretanto, ao analisarmos os dados sobre a prevalência e a distribuição e disponibilidades de serviços para atendimento em saúde mental, percebemos que com todos os dispositivos disponíveis, as respostas que estes serviços conseguem oferecer a este público são insuficientes e muitas vezes desconectadas das necessidades (BRASIL, 2005).

Pensando nestas questões sobre a importância de voltarmos nossa atenção para a Saúde Mental infantil, se faz necessário conhecer alguns dados sobre a prevalência de transtornos mentais que, de acordo com dados do Ministério da Saúde de 2005, estima que cerca de “10% a 20% das crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais”. Desses números, 3% a 4% precisam de tratamento intensivo, apresentando como doenças mais frequentes: deficiência mental, autismo, psicoses infantis e os transtornos de ansiedade, assim como o aumento do uso de substâncias psicoativas e o suicídio (BRASIL, 2005, p.5).

Em 2010, uma pesquisa de tese realizada na Universidade Federal de Pelotas (UFPel) descreveu a prevalência de transtornos mentais em crianças de 6 a 7 anos. O estudo também analisou os fatores associados que possam agravar essas doenças. A população alvo foi as 4137 crianças pertencentes à Coorte de Nascimento de 2004 (PETRESCO, 2015).

Conforme Petresco (2015), 13% das crianças pesquisadas apresentaram diagnóstico psiquiátrico e 17% apresentaram mais de um transtorno. Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – (DSM), 8,8% apresentavam transtornos de ansiedade, 5,4% foram diagnosticados com fobia específica, e ansiedade da separação com 3,2%. Em menor frequência, apareceram os transtornos de comportamento, com 2,6% para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Em relação aos Transtornos de Oposição e Desafio e Transtorno de Conduta, agrupados

apresentaram igualmente 2.6%. Quanto aos Transtornos depressivos, 1,3% (PETRESCO, 2015).

Quanto ao sexo, a maior prevalência encontra-se nos meninos (14,7%) quando comparados às meninas (11,7%). Outro aspecto que merece destaque é em relação à classe social. As crianças de famílias menos favorecidas apresentaram maior probabilidade de desenvolver qualquer tipo de transtorno, em comparação às crianças de famílias de maior poder aquisitivo (PETRESCO, 2015).

Conforme Oliveira; Ribeiro e Coimbra (2012), através de uma pesquisa realizada em 2008, no município de Pelotas/RS, na qual participaram 201 crianças que foram atendidas no Centro de Atendimento em Saúde Escolar (CASE), praticamente a totalidade (87,56%) apresentou transtornos graves. Os problemas mais frequentes foram: problemas de conduta, problemas de relacionamento, ideação suicida, transtorno opositor desafiante e transtornos depressivos, dentre outros (OLIVEIRA, RIBEIRO, COIMBRA, 2012).

Os dados sobre a prevalência de crianças que apresentam um diagnóstico de transtorno mental pouco ou nada nos dizem sobre sua história, suas condições socioeconômicas ou ainda sobre a dinâmica familiar. Cabe problematizar estes achados no intuito de expor a ideia predominante de que precisamos de diagnósticos para saber o que fazer com a criança que apresenta determinados comportamentos que são indesejados pela família, escola e outras instituições que ela frequenta.

Vivemos em uma época em que o discurso da patologização atravessa de maneira muito incisiva as trajetórias terapêuticas das crianças, o que faz com que seja vista em uma determinada área circunscrita de possibilidades. A patologização não constrói mudança no comportamento tido como inaceitável, ao contrário, ela mascara as questões socioeconômicas existentes na vida dessas crianças.

Os dados apresentados anteriormente apontam para a necessidade de respeitar a subjetividade única da criança, na intenção de identificar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nas demandas psíquicas que são motivos de sua queixa (BRASIL, 2005).

Nesta perspectiva, somam-se as afirmações de Couto e Delgado (2010) e Zaniani, Luzio (2014), a possibilidade de romper com uma lógica que ainda estigmatiza a criança ao lhe inculir rótulos e diagnóstico acontecerá mediante um cuidado qualificado, respeitando suas peculiaridades, garantindo que não se

reproduza o discurso dominante sobre ela. Assim como o respeito ao seu desenvolvimento humano, percebendo o que é próprio da idade.

As crianças nascem dotadas de uma capacidade enorme de recursos emocionais e de possibilidades de transcendência dos limites socioeconômicos. É preciso respeitar esse ser único localizando-o no centro das organizações e planejamentos como sujeitos singulares e responsáveis por sua existência, garantindo que não se repita na sua assistência a ação que repetidamente vemos pulverizada na família, escola, Unidade Básica de Saúde (UBS), CAPSi e outras instituições que é a ação de discursar sobre elas, de escolher por elas e dizer o que é melhor para elas.

Segundo Couto, Duarte e Delgado (2008), as Políticas Públicas de Saúde Mental possuem um importante papel na promoção da saúde de crianças e adolescentes, devido à proposta de organização da assistência à saúde em redes de atenção, onde a Atenção Básica é considerada a porta de entrada dessa população aos cuidados em saúde mental devido ao sofrimento psíquico em diferentes graus.

Os diferentes serviços da rede de atenção realizam o acolhimento, a escuta e o reconhecimento dos motivos que trouxeram a criança até o serviço. Esse realizará ou não o encaminhamento ao centro de atenção psicossocial. Os encaminhamentos feitos ao CAPSi são realizados por vários pontos da rede de atenção à saúde mental que acolhem essa população, a qual necessita de cuidados exclusivos (BRASIL, 2005).

O objetivo do CAPSi é oferecer atendimento para crianças com transtornos mentais severos e persistentes, bem como para sua família e/ou responsáveis legais, realizar o acompanhamento clínico e promover a reinserção social dos mesmos, por meio do acesso, da garantia dos seus direitos civis e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

O CAPSi está organizado para acolher toda e qualquer pessoa que esteja em situação vulnerável e de risco, é um serviço de livre demanda à saúde mental no território, e realiza um cuidado individualizado. Sua função é prestar o atendimento clínico diário, evitando internações nos hospitais psiquiátricos, acolhendo e atendendo às crianças com transtornos graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os vínculos sociais do usuário em seu território (BRASIL, 2002).

Nesta sequência, o projeto terapêutico singular é um importante dispositivo de cuidado, e uma de suas relevâncias é a possibilidade de construção coletiva (equipe/usuário/família), considerando aspectos biopsicossocial, espiritual e cultural, olhando para as crianças de maneira integral, indo além do cuidado que é realizado no CAPSi. Portanto, trabalha-se na perspectiva de estabelecer um plano que esteja de acordo com as necessidades de vida dos usuários (BRASIL, 2002).

Conforme Oliveira, Ribeiro, Coimbra (2012), muitos usuários possuem transtornos graves e apresentam dificuldades no estabelecimento de vínculos sociais. O CAPSi realiza ações que promovem a reabilitação psicossocial e a reinserção social, propondo a participação da família e da comunidade neste processo.

4.2 Redes de apoio às crianças e as trajetórias terapêuticas

Neste subtema, abordarei as redes de apoio como relevantes para pensarmos nas trajetórias de vida das crianças, e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um importante dispositivo para construção de trajetórias terapêuticas integrais e intersetoriais a partir do CAPSi.

Conforme Zaniani, Luzio (2014), as redes correspondem à articulação entre serviços, sistemas de saúde e/ou dispositivos intersetoriais disponíveis no território como a educação, a saúde, a assistência social, associações e grupos. A relação necessita ser articulada de maneira interdependente pelos atores (profissionais) que aí desenvolvem seu trabalho, unindo os diferentes pontos da rede (COUTO, DELGADO, 2010).

Destacamos que as redes sociais se configuram não somente pela presença de pessoas estratégicas no cuidado à criança, mas pela participação dessas pessoas em suas vidas. Ainda, cabe ressaltar o papel desempenhado pela família no desenrolar das trajetórias que atravessam a história de cada uma das participantes do estudo (DALMOLIN, 2006).

A família se constituiu de diversas maneiras atravessando a história da humanidade ao longo dos séculos, a compreensão desta estrutura torna-se condição *sine qua non* para analisarmos as trajetórias terapêuticas que aqui serão contadas.

O Brasil, fortemente influenciado por meio dos discursos políticos e eclesiais europeus e pelo cristianismo aportados no país desde o período colonial, garantia a dicotomia entre mulheres e homens, em que cada gênero nascia com o papel já determinado de progenitoras e provedores do lar (ARIÉS, 2014).

É interessante mencionar que o cristianismo, em sua doutrina, afirma que uma família somente nasce de um matrimônio realizado perante a autoridade religiosa, e os filhos somente podem nascer de uma união desta natureza. A partir do Cristianismo, determina-se que a mulher, entendida agora como ser respeitável, assume a guarda e a conservação dos bens da casa e a transmissão dos descendentes (FOUCAULT, 2010).

A ascensão da burguesia, impulsionada pela industrialização, mantém a mesma ideologia para a família tradicional, porém afirma a partir dos mecanismos de controle do Estado que a família ideal é aquela composta pelo pai, pela mãe e seus filhos, por meio dos laços consanguíneos com funções bem estabelecidas para cada um de seus membros (PRATA E SANTOS, 2007).

Para Ariés (2014), uma das características marcantes desta família nuclear bem definida era o fato de ser fechada em si mesma, mantendo uma separação entre o mundo do trabalho e o mundo familiar, garantindo um espaço subserviente para a mulher, para a mãe no cuidado com a casa, na criação e educação dos filhos. Enquanto no papel de homem, o pai exercia posição de destaque no contexto familiar, provendo o sustento para a família, exigindo um comportamento autoritário, agressivo e dominante.

O desenvolvimento humano mediado por modelos de relações interpessoais individuais e coletivos estabelece concepções em torno do papel social da família. Neste contexto, a instituição familiar ascende como mediadora dos seus integrantes e da cultura, os quais são atravessados por questões históricas, econômicas e sociais que, conforme Foucault (2010) foram sendo remanejadas a partir dos poderes jurídicos e administrativos, transformando as funções da família e o desenvolvimento de uma educação disciplinar.

Para Foucault, a família no exercício de seu poder interno é apoiada pelas relações com as instituições que se avizinham e/ou que a apoiam. Assim sendo, as crianças crescem nessa lógica, nesse conflito, em um sistema de apoio que existe entre a família, a escola, o bairro, a rua, a oficina, a igreja, a paróquia, a política, entre outros espaços (FOUCAULT, 2010).

A construção da família nuclear burguesa foi fortemente influenciada pela organização da sociedade brasileira no século XIX, a partir de práticas de socialização e vivências familiares e domésticas, em que a família era considerada um santuário e ensinava aos filhos uma educação moral baseada no respeito e dignidade (ARIÈS, 2014; FOUCAULT, 2010).

Além disso, a família era respaldada pela sociedade, ninguém adentrava o ambiente de uma família ou se intrometia em seu espaço privado. Suas regras rígidas e estáveis garantiam a não intromissão externa nos problemas internos familiares. Mesmo face às transformações ocorridas e avanços na maneira de pensarmos uma sociedade, essa ideologia ainda é historicamente sustentada como necessária à convivência das pessoas (ARIÈS, 2014; FOUCAULT, 2010).

O progresso industrial e tecnológico vivido a partir do século XX ocasionou perceptíveis mudanças na sociedade a partir da urbanização das cidades e da inserção da mulher no mercado de trabalho. Desta maneira, esse evento contribuiu para diferentes arranjos e configurações na instituição familiar (PRATA E SANTOS, 2007). O processo de transformação na maneira de viver e no comportamento das pessoas repercute nas concepções acerca dos papéis desempenhados pelas mulheres e homens nas famílias contemporâneas que se apresentam diversas em seus arranjos, por meio do convívio de pessoas com laços consanguíneos ou não, conectadas à lógica da sobrevivência e que possibilitam estratégias de solidariedade entre seus membros (PRATA, SANTOS, 2007; MACÊDO, MONTEIRO, 2011).

O modelo tradicional dá lugar para arranjos familiares que possuem a presença do pai ou da mãe com seus filhos. É possível observar a figura do pai, esposa ou madrasta e filhos, assim como da mãe e esposo ou padrasto e filhos. Observa-se ainda uma conformação que agrega outras pessoas que possuem laços de parentesco ou não. As formações familiares diversas emergem e dão origem às transformações nas relações de seus integrantes, nos papéis desempenhados pelos seus integrantes e nos valores sociais, ocorrendo modificações também nas funções (CECCARELLI, 2007).

Segundo Ceccarelli (2007, p. 90), provavelmente estas configurações e “filiações” sempre existiram de maneira marginal aos modelos tradicionais, sendo ignorados como se não ocorressem, ou compreendidos como uma “fatalidade infeliz” crianças criadas apenas por um dos genitores, e na maioria deles somente pela mãe.

A família é definida para além da consanguinidade, considerando uma diversidade de variáveis, inclusive as interações, formas de coexistir entre as pessoas e os significados do grupo familiar para o indivíduo. Neste sentido, a família na atualidade é vista para além dos padrões tradicionais, com laços afetivos sem que necessariamente haja parentalidade (CECCARELLI, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a definição de família está para além dos laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, acompanhando as mudanças sociais. A família, ao longo dos séculos, vem sendo influenciada pelas transformações da sociedade, considerando que não se encontra isolada ou à margem de um processo social que a envolve, mas que de fato a dinâmica nas relações intra e extra grupo tornam sua existência concreta e também o coexistir de seus integrantes (OMS, 2012).

Ao considerá-la parte integrante de um ambiente, visualizamos sua natureza dialógica e passamos a perceber suas inter-relações que se apresentam de maneira antagônicas, contraditórias e complementares entre a dinâmica interna e externa da família. É necessário ainda destacar que o seu contexto na atualidade resulta de relações onde predominam o individualismo, o consumismo, a competitividade, a necessidade de acumular ao invés de estabelecer trocas afetivas.

Compreender estes aspectos torna-se essencial para a enfermagem devido à importância para com a construção de vínculos que respeitam a cultura e promovam ambientes saudáveis no desenvolvimento humano dos integrantes da família, em especial no desenvolvimento das crianças. Por esta razão, olhar a realidade econômica e social do país permite compreender a interferência destas questões na organização das famílias e entender a que contextos de vulnerabilidades estes grupos estão expostos (SARMENTO, 2002). Telles, Suguihiro e Barros (2011) afirmam que a vulnerabilidade social deriva de fatores que possuem conexão entre si, inclusos à economia, à circunstância social e política, e à dimensão cultural que conformam o não acesso aos bens produzidos pelos sujeitos na vida social.

A rede de influências nos fatores socioeconômicos nas relações familiares tem como desdobramento a situação extrema de exclusão. Muitas famílias vivenciam o processo de marginalização nesse contexto social, econômico e político devido ao desemprego, salário insuficiente e pobreza considerados por Sarmiento (2002, p. 268) “pontos cardinais” da exclusão, colocando-as na direção das desigualdades sociais, em que a sobrevivência se constrói no enfrentamento de uma

complexa cadeia de riscos, modificando a estabilidade dos integrantes da família e, muitas vezes, expondo as crianças à situação de rua.

A violência doméstica pode causar fuga aos danos psicológicos e castigos físicos, aos quais as crianças são submetidas, estimuladas pela miséria e carência de afeto, sendo o espaço público da rua um refúgio para a fuga e a sobrevivência. Entretanto, ao mesmo tempo que possibilita a fuga das experiências vividas no interior de suas casas, os expõe a outras situações de risco e vulnerabilidades que também se traduzem em outras formas de violência (FARAH, 2009).

As desigualdades sociais expõem as famílias a condições extremas ocasionadas pela carência econômica e afetiva. Esse cenário possibilita rupturas neste grupo que negligencia e viola direitos fundamentais para a existência humana, afetando principalmente o desenvolvimento das crianças (SARMENTO, 2002; BOMTEMPO, CONCEIÇÃO, 2014; FARAH, 2009) em suas dimensões biológica, psicológica e social.

Isso demonstra o quão importante é a participação da família na formação da personalidade, na construção e reprodução das relações afetivas e sociais e na modificação dos padrões culturais (Monteiro, 2012; Ronchi e Avellar, 2013). A família, por sua complexidade de papéis, se conforma a partir de um momento histórico e econômico, sua funcionalidade também corresponde às demandas sociais impostas pelo modelo econômico e social (ARIÈS, 2014). Neste sentido, a família produz e transmite uma ideologia que orienta as formas de pensar e de agir de seus membros, representando a instância primeira de desenvolvimento dos seres humanos, pois é neste espaço que a criança irá se apropriar culturalmente das representações simbólicas dos valores, crenças e costumes que o acompanharão ao longo de sua trajetória de vida.

Refletir sobre os aspectos que envolvem a construção social da família permite pensar sobre duas questões antagônicas: a de assegurar um ambiente seguro, saudável de desenvolvimento dos seus integrantes, e a geração de riscos e exposição às vulnerabilidades.

Essas condições de desenvolvimento envolvem fatores de risco para a vida dos seus integrantes e repercutem na desigual distribuição de autoridade entre seus pares, gerando um cenário de violência que está historicamente arraigado na formação entre as gerações familiares (Sarmiento, 2002), como antecedentes criminais e uso de armas, uso de álcool e outras drogas, antecedentes de sofrimento

psíquico, dependência econômica e/ou afetiva para lidar com as situações de violência. Portanto, estes complexos processos de vivência permeiam as experiências, podendo comprometer o desempenho social na trajetória das pessoas e repercutindo de forma mais efetiva na vida das crianças (BOMTEMPO, CONCEIÇÃO, 2014; MONTEIRO, 2012).

Para a enfermagem, a compreensão desses processos são imprescindíveis para estabelecer estratégias de enfrentamento dos mesmos. Do mesmo modo, reconhecer os fatores de proteção e as potencialidades da família permitem o reconhecimento e construção de possibilidades na transformação de comportamentos para um cuidado saudável, reduzindo impactos nos riscos e no enfrentamento de reações negativas que poderão atingir as crianças de modo mais intenso.

Da mesma forma, a preocupação das equipes que atendem diretamente as famílias deve estar pautada em ações preventivas para a saúde das mesmas, estando o cuidado centrado nelas, o reconhecimento das fragilidades e/ou potencialidades nas relações de seus integrantes é permitido.

Nesta perspectiva, os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSi), por sua característica ambulatorial, comunitária e territorial, se destinam ao trabalho com as crianças, sem perder de vista o atendimento às suas famílias. Dentre as atividades previstas estão o atendimento individual, de grupos, de família, as visitas domiciliares, as oficinas terapêuticas, as atividades comunitárias e o desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente às áreas da justiça, educação e assistência social (BRASIL, 2002).

O serviço de atenção psicossocial surge para atender a população em situação de risco e vulnerabilidade social, com objetivo de prestar assistência e dar suporte emocional às pessoas com sofrimento psíquico e transtornos graves e persistentes, inclusive usuários de álcool e drogas e toda e qualquer situação que os impossibilite de estabelecer vínculos sociais. Sua equipe técnica mínima é composta por um médico psiquiatra, ou neurologista, ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou

adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia (BRASIL, 2002).

O CAPSi é um serviço organizado para o atendimento em equipe interdisciplinar, caracteriza-se como um dos pontos formais da Rede de Atenção Psicossocial em Saúde (RAPS), assistindo em seu território as demandas dos grupos existentes mais vulneráveis que necessitam de ações estratégicas para o cuidado (BRASIL, 2014).

Neste sentido, o CAPSi integra a RAPS, instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088 de 23/12/2011, com o objetivo da ampliação e articulação dos diferentes pontos de atendimento à saúde às pessoas em sofrimento ou transtorno psíquico e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2014).

Compõem a RAPS: Atenção Básica em Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de apoio à saúde da família, consultórios de rua e centros de convivência); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro), Atenção Residencial de caráter Transitório (unidades de acolhimento e serviço de atenção em regime residencial); Atenção Hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral, leitos de saúde mental em hospital geral; Estratégias de Desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos, programa “De volta pra casa”); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais) e a Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Apoio Psicossocial - nas suas diferentes modalidades de atenção) (BRASIL, 2014).

Os serviços que as crianças frequentam na RAS são as unidades básicas de saúde, centros de convivência, atenção de urgência e emergência, atenção de residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e na atenção psicossocial estratégica (BRASIL, 2014)

A intensa fragmentação do cuidado na saúde se reflete diretamente na atenção às crianças que, sem a devida problematização da vulnerabilidade que os levam ao espaço de atendimento, têm sua condição reduzida por uma leitura moral do sofrimento psíquico. Pensando nesta lógica que desumaniza as relações, a RAS tem como eixo norteador a pactuação e metas entre os serviços para alcançar resultados positivos no território (BRASIL, 2014).

O CAPSi se configura como um dispositivo qualificado que possui algumas funções estratégicas ao oferecer atendimento para os casos graves, ao desenvolver no território ações que possibilitem o conhecimento das necessidades em saúde mental da criança e do adolescente, e dos recursos assistenciais existentes, tendo em vista à construção de redes locais ampliadas, intersetoriais e colaborativas (COUTO, 2012).

O ECA preconiza que os atendimentos sejam articulados entre as políticas setoriais, em consonância com um modelo de atenção em saúde mental no território. Neste sentido, a Política de Saúde Mental Infantojuvenil propõe a intersetorialidade na ação do cuidado, estabelecendo com os agentes e gestores uma ação intersetorial e em rede (BRASIL, 2014).

Entretanto, há a necessidade de um avanço imediato nas discussões sobre os fundamentos da intersetorialidade, com a intenção de mudanças no cenário público da assistência, produzindo mudanças na maneira de prestar o cuidado (COUTO E DELGADO, 2010).

Os autores afirmam o quão imprescindível se torna a subversão da lógica de trabalho baseada em práticas tradicionais, exclusivamente especializadas e setorializadas, por atitudes que realizem o enfrentamento dos problemas complexos a partir de resoluções intersetoriais (ZANIANI, LUZIO, 2014; COUTO, DELGADO, 2010).

A dimensão clínica desempenhada pela saúde mental proporciona a formação de parcerias com os diferentes atores sociais e, ao mesmo tempo, responder pelas crianças e adolescentes em sofrimento psíquico para os quais estão autorizados intervir (ANJOS, 2014).

Cabe salientar que, de acordo com Anjos (2014, p.36), os diferentes serviços/setores vivenciam e legitimam seus saberes, suas teorias e práticas por meio de uma visão específica sobre um mesmo objeto. Sendo assim, o desafiante da construção do trabalho em rede é considerar que os demais atores sociais realizam “práticas discursivas e mandatos historicamente construídos que os legitimam na partilha pública”.

A possibilidade de romper com esta lógica inicia pela necessidade do acolhimento, do querer buscar alternativas que qualifiquem a vida das crianças nas diversas situações e encontros do cotidiano, através dos vínculos que construímos entre esses usuários e os profissionais.

Deste modo, a ideia de construção permanente de redes se sedimenta na dimensão do trabalho realizado no serviço de saúde mental para além de uma ação puramente técnica, terapêutica e/ou medicamentosa, operacionalizando o cuidado através da articulação com outros serviços e instituições do território (ANJOS, 2014; BRASIL, 2014; COUTO, DELGADO, 2010).

É necessário inverter as lógicas de encaminhamentos na intenção de colocar “o problema” para outro serviço. Estabelecer um diálogo que promova o cuidado compartilhado gera uma resposta mais efetiva no sentido de garantir os direitos cidadãos das crianças.

Ressaltamos que a criança constrói vínculos afetivos com os profissionais, estabelecendo uma relação de confiança, desde que não faça juízo de valores e coloque-se a disposição para escuta de suas angústias.

A intersectorialidade na ação do cuidado se coloca como articulação com outros dispositivos sociais não clínicos, direcionados ao atendimento de crianças e adolescentes, como escolas, igrejas, abrigos, conselhos tutelares, órgãos jurídicos, de esporte e lazer, e outros, dedicados à construção de respostas que transcorram as dimensões que abrangem o trabalho com crianças (ANJOS, 2014; BRASIL, 2014, ZANIANI, LUZIO, 2014; COUTO, DELGADO, 2010).

A necessidade de construção de relações intersectoriais permite a superação do modelo hegemônico que verticaliza as relações nas instituições de cuidado que ainda operam sob a lógica de atividades curativas, individuais, assistenciais e organizadas em especialidades.

Para Yassui e Costa-Rosa (2008), a produção social da saúde pressupõe a construção e o planejamento de ações de atenção de maneira integral, fundamentadas no trabalho em equipe e nas práticas coletivas de saúde.

Por esta razão, a equipe é reconhecidamente o “alicerce” na produção dos cuidados em saúde mental (Yassui e Costa-Rosa, 2008, p. 34). Neste momento, os profissionais se percebem como possibilidade estratégica do cuidado, estabelecendo relações horizontais e de criação coletiva das ferramentas que compõem a atenção à saúde mental das crianças.

Uma das ferramentas que possibilita a articulação do trabalho intersectorial e a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) remete ao entendimento de que o mesmo se desenvolve desde a entrada do usuário no serviço, como e quem o acolhe, o vínculo que é estabelecido com os profissionais a partir de uma escuta

qualificada. Esta escuta, necessariamente, significa olhar para o sujeito como ser integral, planejando a atenção em suas dimensões biológica, psicológica, cultural, econômica e social (JORGE et al, 2015).

Sendo assim, é imprescindível pensar o PTS associado aos dispositivos do território, sejam eles formais ou informais. O cuidado inicia por uma maneira comprometida de perceber as demandas de determinada criança, pela empatia, buscando escutar atentamente as percepções de mundo dela ao procurar os serviços de saúde mental (JORGE, DIINZ, LIMA et al., 2015).

Sendo assim, o PTS se constitui como uma ferramenta a serviço das necessidades da criança e da sua família, e para que seja fiel aos princípios do cuidado em saúde mental, necessariamente, precisa ser articulado, planejado e estruturado com a participação efetiva dos mesmos, através das parcerias estabelecidas entre a equipe, a criança, a família e, sempre que possível, estendendo a discussão com as demais redes de apoio sociais e afetivas existentes para cada criança, proporcionando o cuidado integral delas.

Portanto, a gestão na reabilitação psicossocial é o estabelecimento de processos participativos na identificação de demandas que preocupam os grupos e suas localidades. O desafio é envolver os diferentes atores, a família e/ou comunidade na construção de soluções, partindo de uma mudança de atitudes e práticas historicamente assistencialistas e autoritárias.

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização do Estudo

Estudo qualitativo, analítico, descritivo, documental e exploratório. Conforme Minayo (2010), a pesquisa qualitativa pretende desvelar o mundo dos significados sob a ótica dos atores sociais. A ideia é valorizar a construção cognitiva da experiência, sustentando uma análise crítica que precisa ser consolidada coletivamente, buscando conhecer suas relações e instituições.

O estudo analítico permite ao pesquisador por meio da análise sistemática conhecer o processo como um todo, desmembrando o fenômeno em todas as suas partes e/ou elementos para observar as suas causas, as suas naturezas e os seus efeitos (OLIVEIRA, 2014).

Conforme Oliveira (2014, p. 65), o estudo exploratório tem como objetivo explicar de maneira geral um fato por meio do “levantamento bibliográfico, leitura e análise de documentos”. Assim, este tipo de abordagem constrói estudos que oferecem uma visão ampliada do fato ou fenômeno pesquisado.

A abordagem descritiva se destina a narrar acontecimentos, descobrindo e observando fenômenos, para posteriormente descrevê-los, classificá-los e interpretá-los (OLIVEIRA, 2014).

A pesquisa documental permite ao pesquisador a análise de documentos elaborados pelos trabalhadores do serviço a partir dos usuários (CARMAGNANI, 2009).

5.2 Local do estudo

O Estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), Sistema de Atenção à Criança e Inclusão (SACI), localizado no município de São Lourenço do Sul/RS. O município é considerado um importante polo regional de saúde mental, por ter sido o primeiro município do estado do RS a implantar um serviço aberto e comunitário de saúde mental (ANDRADE, 2012).

O município de São Lourenço do Sul/RS localiza-se no extremo sul do Brasil, às margens da Lagoa dos Patos. Possui uma população de, aproximadamente, 43.111 mil habitantes (IBGE, 2010). Além disso, conta com um sistema de saúde municipal estruturado por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove delas possuem Estratégia de Saúde da Família; três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS AD e CAPSi), dois hospitais gerais, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; uma Unidade Sanitária e um Ambulatório Central (DATASUS, 2016).

A rede de saúde mental de São Lourenço do Sul está composta pelo CAPS Nossa Casa, CAPSi Saci para a população infantojuvenil, e o CAPS ad Careta para os dependentes químicos. Faz parte da rede a unidade psiquiátrica do Hospital de Caridade de São Lourenço do Sul. Esses serviços estão cadastrados no SUS e atendem à população do meio urbano e rural da própria cidade e também de municípios próximos (NUNES, 2014).

O CAPSi SACI, como um serviço de referência em saúde mental, iniciou suas atividades em 2006. É importante ressaltar que 11 anos antes de sua inauguração, São Lourenço do Sul já possuía um serviço de atendimento de apoio às escolas da rede pública, exercendo suas atividades no atendimento de escolares que apresentassem dificuldades na aprendizagem e/ou outros problemas relacionados. Alguns profissionais migraram desse serviço para o CAPSi SACI, permanecendo grande parte da equipe (SMS SÃO LOURENÇO DO SUL, 2016).

O CAPSi Saci possui uma demanda encaminhada por meio das UBS's, do Conselho Tutelar, da Promotoria, do Ministério Público, de escolas e do hospital geral, e também por demanda espontânea (COIMBRA, 2014). Atende crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos, emocionais, comportamentais, e/ou sociais com idade de 0 a 25 anos. Esse serviço oferece atendimento regional, pois

além do município de São Lourenço do Sul, outros municípios da região também acessam seus serviços (NUNES, 2014).

O CAPSi atende de segunda a sexta-feira, das 8h às 17:00h. Os diagnósticos mais frequentes são: dificuldade de aprendizagem, conduta antissocial, uso de drogas, abuso sexual, maus tratos, dificuldades no relacionamento familiar, depressão, ansiedade, hiperatividade, agressividade, evasão escolar e autismo. A equipe é composta por um médico pediatra, um médico psiquiátrico, um enfermeiro, quatro psicólogos, três pedagogos, um assistente social, um acompanhante terapêutico, um técnico de enfermagem, dois burocratas, um profissional de serviços gerais e um motorista (SMS, 2016).

As atividades desenvolvidas pelo CAPSi compreendem o acolhimento, atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, atividades recreativas, atendimento às famílias, atividades comunitárias, visitas domiciliares, reuniões de equipe, reunião com pais e/ou responsáveis, equipe do Conselho Tutelar, equipe da Casa da Criança, diretores e orientadores educacionais (COIMBRA, 2014). O serviço estabelece parcerias intersetoriais que estão de acordo com a lei, com escolas, com o Conselho Tutelar, a Casa da Criança, Promotoria, Ministério Público, Delegacia de Polícia, e Hospital Geral (SMS, 2016).

5.3 Participantes do Estudo

Foram selecionadas cinco crianças e seus respectivos familiares, os quais foram indicadas em reunião por três profissionais da equipe do CAPSi, duas psicólogas e uma pedagoga, devido à proximidade e experiência no trabalho desenvolvido. As indicações ocorreram de maneira que contemplassem usuários “emblemáticos¹” da instituição no acesso aos serviços da RAPS, contribuindo com informações na compreensão a respeito das suas trajetórias terapêuticas.

As indicações pelos profissionais também tiveram como orientação um evento sentinela², ou seja, elencaram-se crianças que transitassem por diversos serviços.

¹ Entende-se por usuário emblemático aquele que em sua trajetória de cuidado no CAPSi tenha acessado a RAPS e a rede de forma intersetorial.

² Segundo Bellato et al. (2008), trata-se de um evento grave indesejável e que resulta em comprometimento ao paciente.

Ao mesmo tempo em que obteve-se a indicação da criança, o respectivo familiar também foi convidado a participar da pesquisa.

A opção pela realização deste estudo com as trajetórias das crianças justificou-se pela necessidade de construir uma pesquisa que favorecesse o protagonismo das mesmas sobre aspectos importantes de sua vida. Da mesma forma, dar voz aos seus familiares proporcionou o conhecimento de outros elementos que não apareceram na fala das crianças.

5.3.1 Critérios de Inclusão das Crianças:

Crianças que frequentassem o CAPSi por pelo menos dois anos;

Idade escolar de oito a onze anos;

Concordassem com a divulgação e publicação dos dados em meio acadêmico e científico;

Permitissem o uso de gravador nas entrevistas.

5.3.2 Critérios de Inclusão dos Familiares:

Familiares que estivessem mais presentes no acompanhamento de seus filhos no serviço;

Familiares que concordassem em participar da pesquisa;

Concordassem com a divulgação e publicação dos dados em meio acadêmico e científico;

Permitissem o uso do gravador nas entrevistas.

5.3.3 Critérios de Exclusão das Crianças:

Deficiência mental grave devido à impossibilidade em responder a entrevista e ao Mapa dos Cinco Campos.

5.3.4 Critérios de Exclusão dos Familiares:

Familiares que não estivessem tão presentes no acompanhamento de seus filhos no serviço.

5.3.5 Princípios Éticos

Os princípios éticos foram respeitados de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007³, através do capítulo III, artigos 89, 90, 91, 92 e 93, os quais expõem aspectos sobre responsabilidades e deveres, e artigos 94, 96, 97 e 98, que tratam sobre as proibições; e também de acordo com a Resolução 466/2012⁴ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Realizei o contato formal com as coordenações de saúde mental e do serviço, além de ter oficializado a aprovação da realização da pesquisa mediante a assinatura das Cartas de Anuência (APÊNDICE A e APÊNDICE B).

O estudo foi cadastrado e submetido à Plataforma Brasil, e então encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa teve início somente após a aprovação do CEP (APÊNDICE C).

Aos participantes do estudo, familiares e crianças, assegurou-se o conhecimento dos objetivos do estudo, o direito de se manterem anônimos, conforme anonimato, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE) (APÊNDICE E), e o Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE F) respectivamente. Além disso, foi garantida a autorização dos familiares para a participação das

³Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados, Art. 92. Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral, Art. 93. Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas.

Capítulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou danos aos envolvidos, Art. 96. Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade, Art. 97. Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como, usá-los para fins diferentes dos pré-determinados. Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN, 2007).

⁴Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, incorpora sob a ética do indivíduo e das coletividades aos quatro referenciais básicos da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. (CNS, 2012).

crianças na pesquisa por meio da Carta de Autorização (APÊNDICE G), o direito à desistência da participação durante o processo de investigação em qualquer momento, sem prejuízo aos participantes, e o acesso aos resultados da pesquisa ao término.

A realização das entrevistas seguiu um roteiro com questões disparadoras (APÊNDICE H e APÊNDICE I), as quais foram negociadas e agendadas com os participantes de acordo com as suas disponibilidades. Três entrevistas aconteceram no CAPSi em uma sala oferecida pelo serviço para que nesse momento somente a atividade de pesquisa fosse realizada. Ademais, duas entrevistas foram realizadas, em virtude de uma das familiares estar gestante e a outra familiar não conseguir se organizar para ir até o serviço. Durante a coleta da pesquisa houve a necessidade de realização da atividade do Mapa dos Cinco Campos nas respectivas residências, seguindo um roteiro para a realização da mesma (APÊNDICE J).

O estudo não desencadeou riscos físicos, pois não se realizou nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. No entanto, foram previstos a possibilidade da entrevista desencadear desconfortos emocionais, os quais, uma vez ocorridos, seriam minimizados no momento em que as perguntas poderiam ou não ser respondidas na sua totalidade.

Os dados coletados ficarão guardados por um período de cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora. Os documentos impressos permanecerão em um armário, e os dados em meio digital em uma pasta específica de seu computador e em CD, ambos na Faculdade de Enfermagem. As gravações de áudio também serão excluídas de qualquer meio. Após este período os arquivos serão excluídos e os documentos impressos serão incinerados.

Como garantia do anonimato aos participantes (crianças e familiares), foi atribuída à letra “C” seguido pela ordem numérica de realização da entrevista para as crianças. Exemplo: C1, C2, (...). Por outro lado, para os familiares, foi utilizada à letra “F” seguido pela ordem numérica de realização da entrevista. Exemplo: F1, F2, (...).

Conforme combinado previamente com a equipe do CAPSi, farei a devolutiva dos resultados da pesquisa em uma reunião a combinar com a coordenadora do serviço. Para o encontro com as crianças e seus familiares, organizarei um momento lúdico através de animações e a exposição dos mapas construídos por eles.

5.3.6 Riscos

Como riscos aos participantes, esta pesquisa poderia gerar desconforto frente aos questionamentos e, caso ocorresse, seria assegurado o direito de não responder às questões realizadas pela pesquisadora.

5.3.7 Benefícios

Como benefícios, a pesquisa permitiu a troca de informações entre a pesquisadora e os participantes, o que possibilitou o conhecimento de aspectos positivos da vida deles e o conhecimento das potencialidades e/ou fragilidades no acesso aos serviços nos diferentes pontos da rede de apoio, os quais serão retornados no momento da devolução dos dados.

5.4 Coleta de Dados

No início de março de 2016 foi realizada uma reunião com a Coordenadora da Saúde Mental do Município (APÊNDICEA) e também com a Coordenadora do CAPSi (APÊNDICEB) para a apresentação da pesquisa, quando se obteve as cartas de anuência. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, que escolheu o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, e obteve aprovação sob nº 1.485.727 (APÊNDICE C).

Logo, foi obtida a aprovação e solicitada a participação em reunião de equipe. Seguidamente, a apresentação do projeto. Neste mesmo dia, pedi aos profissionais que fizessem a indicação dos participantes, ou seja, as crianças e seus respectivos familiares vinculados ao CAPSi. Na primeira semana, após a reunião de equipe, solicitei a autorização para pesquisa documental a partir dos prontuários dos participantes (APÊNDICE D) seguindo o roteiro de leitura e realizando o registro no diário de campo. Essa técnica permitiu conhecer a história do participante por meio dos registros realizados pelos profissionais, partindo das situações vivenciadas pelos próprios usuários ao longo de seu acompanhamento pelo serviço.

Realizamos a apresentação do estudo e o convite no primeiro encontro com cada criança e seu respectivo familiar, informando os objetivos do estudo e a sua participação na pesquisa, mediante a assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos familiares e assinatura do Termo de Assentimento

(TA) pelas crianças (APÊNDICE E e APÊNDICE F), além da carta de autorização dos familiares para a participação das crianças no estudo (APÊNDICE G). No total, realizamos oito encontros. Em virtude de duas crianças residirem na zona rural, foi necessário fazer os agendamentos com esses participantes nos mesmos dias em que já estavam agendadas outras atividades como, por exemplo, consulta médica e/ou consulta psicológica para eles.

Na segunda semana, nos encontramos com três crianças e seus familiares, participantes indicados pelos profissionais, e realizamos o convite para participarem do estudo, explicamos os objetivos e também sanamos dúvidas que os mesmos tiveram sobre a pesquisa.

Somente na terceira semana consegui a autorização e assinaturas dos termos das crianças e familiares que residem na zona rural. Neste mesmo dia, aproveitei para a realização da atividade do mapa e entrevista com os familiares.

As semanas seguintes (4^a, 5^a, 6^a, 7^a e 8^a) foram destinadas à realização das entrevistas com os demais participantes. Momento em que apresentei aos participantes (crianças e familiares), os roteiros que possuíam perguntas disparadoras para iniciar a narrativa com os familiares (APÊNDICE H) e com as crianças (APÊNDICE I).

Para a realização das entrevistas com as crianças, foi utilizado um instrumento lúdico conforme já descrito, o Mapa dos Cinco Campos. Para esta etapa, foi seguido um roteiro de observação e registro da atividade (APÊNDICE J). Tão logo explicado o objetivo do jogo, perguntei por qual dos campos a criança gostaria de iniciar. Observei e registrei todo o processo construído pela criança em diário de campo: os vínculos na família, amigos, parentes, escola e CAPSi Também foram observadas e registradas as atitudes das crianças, bem como o comportamento e expressões verbais e não verbais das mesmas.

Cabe salientar que para conforto dos participantes, as entrevistas foram negociadas e agendadas, considerando o cronograma de entrevistas e também a disponibilidade dos usuários do serviço. O serviço disponibilizou uma sala para que os participantes que conseguissem ir até o serviço pudessem sentir-se mais à vontade para a realização dos encontros. A maioria dos encontros ocorreu nas dependências do CAPSi. Entretanto, como já descrito anteriormente, houve a necessidade de ir até a residência de duas delas, devido à impossibilidade das familiares em deslocar-se até o serviço.

As realizações das atividades ocorreram de maneira pontual nos dias agendados, contemplado os objetivos propostos, possibilitando o conhecimento das trajetórias terapêuticas e das potencialidades e/ou fragilidades da rede social e afetiva de cada criança. Entretanto, senti a necessidade de experienciar a rotina do serviço de maneira mais sistemática. Neste sentido, conversei com a coordenadora do serviço para que autorizasse, combinando qual seria a melhor semana para acompanhar a rotina do CAPSi SACI. Durante a semana de 13 a 17 de julho, acompanhei as atividades realizadas por diversos profissionais, participando desde o acolhimento no serviço, consulta psicológica de uma das participantes do estudo, grupos, oficinas, visitas domiciliares e também a participação em uma reunião chamada pelo Programa Primeira Infância Melhor, em que participaram CAPSi, Conselho Tutelar, Redução de Danos, o CAPS Nossa Casa, e a UBS Navegantes para discussão de um dos casos.

Em todos os turnos, há um profissional responsável pelo acolhimento na parte da manhã e outro na parte da tarde. Neste momento, está distribuído entre as profissionais enfermeiras, pedagogas, e assistente social. As visitas domiciliares são agendadas para terça-feira e quarta-feira no turno da tarde e na sexta-feira no turno da manhã (Secretária Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul, 2016).

As reuniões de colegiado acontecem terça-feira à tarde para discussão sobre a RAS, avaliar os atendimentos, sugerir e aprimorar as práticas dos serviços para o fortalecimento da rede. O município também recebe estudantes oriundos dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, e do Programa de Residência Médica em Saúde Mental do Município. Como parte das atividades de ensino e prática no serviço, na segunda segunda-feira de cada mês realiza-se um “encontrão” entre os residentes e seus respectivos preceptores para discussão das práticas e saberes de cada campo e núcleo problematizando os aspectos positivos e negativos do trabalho em equipe. Outras reuniões também ocorrem com os demais serviços que compõem a RAS, como por exemplo, com o Conselho Tutelar na segunda quinta-feira de cada mês. Entretanto, conforme relatos dos profissionais do CAPSi, nos dois últimos meses não havia ocorrido devido impossibilidade do Conselho em participar.

Por fim, cada técnico do CAPSi é referência para cada uma das UBS que possuem ESF, e na última sexta-feira do mês cada técnico é responsável pela organização do seminário de saúde mental com a sua UBS-ESF de referência.

Durante esta semana de vivência no CAPSi, uma das participantes da pesquisa estava em situação de abrigo devido aos motivos que serão apresentados no capítulo seis da Análise dos Dados. Quando chegamos até a casa, a participante estava estudando para prova de história na sala da biblioteca e fez questão de nos mostrar a casa. Conforme contato telefônico prévio com a coordenadora da Casa da Criança (abrigo municipal para crianças), foi realizada a visita à casa para conhecê-la, sua organização e rotina.

A Casa da Criança está localizada em frente à ESF da Lomba, possui uma entrada com jardim e três salas, uma sala onde ocorre o acolhimento à criança, uma sala para descanso e uma sala com computadores, televisão, jogos para diferentes idades, brinquedos e uma pequena biblioteca; possui uma cozinha com refeitório, quatro quartos e três banheiros; uma lavanderia e um pátio amplo com brinquedos para as crianças. No momento da visita, a casa estava com seis crianças em situação de abrigo.

Esta experiência possibilitou conhecer para além do funcionamento de um serviço que nasce da luta antimanicomial que está voltado para a atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico com suas potencialidades e/ou fragilidades, também reconhecer os desafios cotidianos desta estratégia que necessita romper cotidianamente com o paradigma das práticas centralizadoras e verticalizadas oriundas do saber técnico hegemônico.

Nesta perspectiva, a utilização de uma metodologia que privilegie a fala dos participantes permitiu o aprofundamento da investigação, combinando as histórias de vida com os contextos históricos, sociais e políticos que atravessam as trajetórias para uma melhor compreensão das crenças e valores que impulsionam as ações dos participantes. Optou-se pelo método das Entrevistas Narrativas (EN), pois elas contemplam os objetivos propostos pela pesquisa e mostram-se extremamente sensíveis às falas das(os) participantes, pois privilegia sua narrativa a partir das experiências subjetivas de cada uma e cada um dos participantes.

As Entrevistas Narrativas (EN), segundo Jovchelovitch e Bauer (2014), versam sobre a reconstrução das perspectivas dos atores envolvidos, permitindo que os participantes expressem suas experiências vividas. A EN é um método de pesquisa qualitativa que possibilita aos participantes narrar na linguagem própria do informante que conta sua história (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2014; MUYLAERT, SARUBBI, GALLO, NETO, REIS, 2014).

As narrativas são consideradas importantes fenômenos das sociedades, existem em “todas as formas de vida humana”, por isso é uma maneira “elementar” de propor o diálogo (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2014, p. 93).

Este tipo de coleta de dados fornece ao mesmo tempo a possibilidade do participante expressar suas necessidades, anseios e desejos ao contar a sua história de vida e suas opções ao buscar o cuidado, transformando-se em uma ferramenta que possibilita a reflexão sobre as práticas em saúde mental. (GALE et al., 2010).

As narrativas são uma forma linguística que permite olharmos de maneira integral para os processos que envolvem a saúde mental dos participantes e torna-se ampliada ao possibilitarmos que os sujeitos contem suas trajetórias sobre o seu ponto de vista, garantindo assim um espaço de trabalho acolhedor dessas narrativas, promovendo o cuidado centrado na perspectiva daquele participante que narra suas subjetividades. (GALE et al., 2010).

Conforme Andrade (2012), as narrativas constituem-se em importante aporte teórico metodológico, uma vez que entender as narrativas como uma trajetória percorrida pelo participante nos aproximamos dos sujeitos construindo a possibilidade de compreender o processo vivenciado pelas mesmas em suas diferentes dimensões.

Sendo assim, apenas para a coleta das entrevistas narrativas com as crianças (APÊNDICE I), utilizou-se o mapa dos cinco campos como instrumento auxiliar, o que facilitou a expressão oral das crianças frente aos questionamentos. O mapa dos cinco campos criado por Samuelsson et al. 1996 foi adaptado por Hoppe em 1998 e consiste em um instrumento lúdico para avaliar a rede de apoio social e afetiva a partir de cinco campos: família, amigos, parentes, escola e contatos formais (SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO, 2006).

Confeccionamos o mapa com um pano de feltro e desenhamos os círculos com tinta de tecido. Os bonecos que representaram as crianças, familiares, amigos, profissionais, professores, colegas da escola e também outras pessoas que as crianças consideraram importante citar foram confeccionados com EVA. Esses bonecos representaram as relações das crianças com sua rede. Sendo assim, os vínculos considerados mais fortes foram aqueles mais próximos do círculo central. O círculo central correspondeu ao participante, e os círculos adjacentes mediram a qualidade do vínculo, sendo que quanto mais próximas ao círculo central, mais

qualitativas e satisfatórias considera-se as relações. Além da avaliação dos vínculos, o círculo também possibilitou avaliar a quantidade de relações estabelecidas na rede (SIQUEIRA, BETTS, DELL'AGLIO, 2006, 2009).

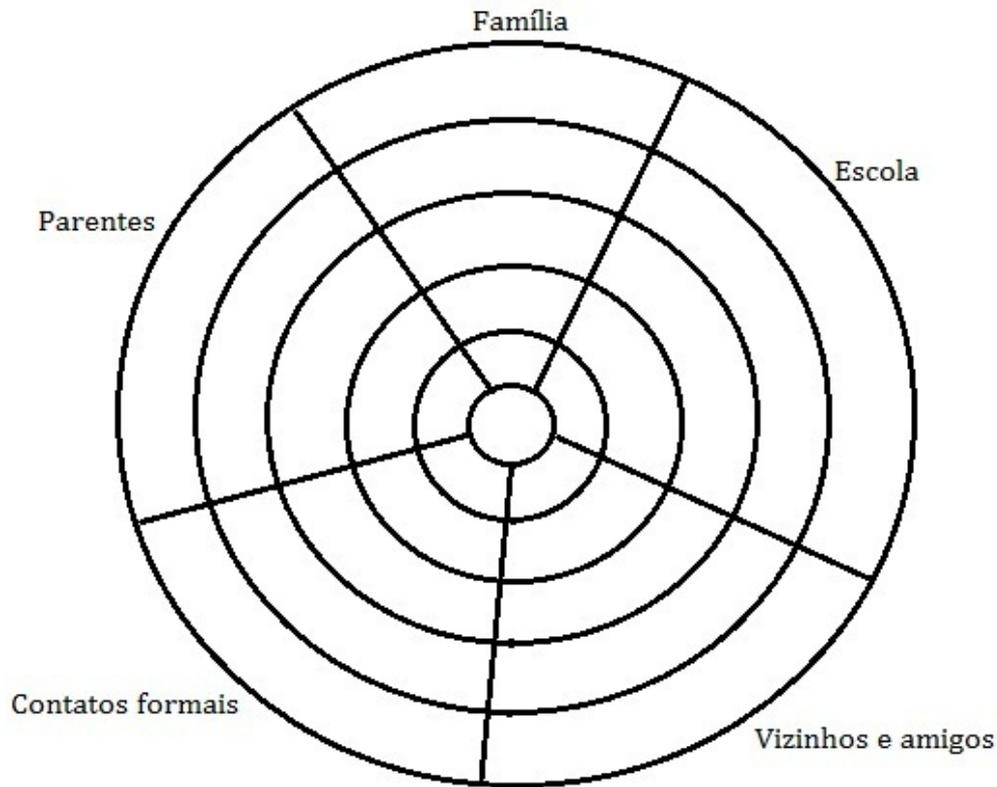


Figura 2 - Mapa dos Cinco Campos, conforme adaptação de Hoppe (1998).

Os bonecos representaram as pessoas que compõem a rede social e afetiva de cada criança em cada um dos campos, o que permitiu que o instrumento correspondesse a um jogo lúdico e interessante.

Conforme já havia descrito anteriormente, o círculo central correspondeu a cada criança participante; os círculos adjacentes mediram a qualidade do vínculo, quanto mais próximo do círculo central, maior foi a percepção de proximidade do participante com a pessoa que foi representada. Os dois primeiros círculos corresponderam àquelas relações mais próximas de maior vínculo; o terceiro e quarto círculos corresponderam às relações mais distantes de menor vínculo; e o círculo mais afastado, localizado na periferia do mapa, corresponderam aos vínculos insatisfatórios.

Os dados obtidos ao longo da realização do mapa e anotados em um diário de campo descreveram não somente o grau de satisfação e/ou insatisfação,

conflitos e rompimentos nas relações, mas também histórias relacionadas a estas pessoas que apareceram em suas representações (SIQUEIRA, BETTS E DELL'AGLIO, 2006, 2009). Os dados do Mapa dos Cinco Campos foram analisados conforme os seguintes aspectos:

- 1) Percepção das figuras parentais na rede: percepção da qualidade do vínculo com as figuras parentais, não considerando somente a existência de vínculo consanguíneo, assim avós puderam ser consideradas como figura materna.
- 2) Estrutura da rede: avaliada pelo número de contatos em toda a rede e pelo campo.

Durante a realização do mapa, foi realizada a seguinte pergunta: “na sua família, quem é a pessoa que você mais pode contar, que se sente mais segura(o)?”; “qual foi o tipo de apoio que a pessoa forneceu?”.

5.5 Análise dos Dados

A análise dos dados realizou-se conforme descrição de Jovchelovitch e Bauer (2014), utilizando os seis passos propostos por Schütze em 1977. Seguindo os passos propostos, realizei a transcrição das narrativas das participantes de maneira qualificada e detalhada. No segundo momento, dividia narrativa das participantes em duas partes: indexado e não indexado. As proposições indexadas provêm de uma referência concreta: “quem, onde e por quê”, enquanto que as não indexadas transcendem acontecimentos e expressam juízos, valores e expressam uma “sabedoria de vida” (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2014, p. 106).

No terceiro passo, usei todos os componentes indexados da narrativa, analisando a ordem dos acontecimentos para cada participante, cujo produto é nomeado por Schütze como trajetórias. (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2014)

O quarto passo da análise do conhecimento ocorreu a partir das dimensões não indexadas do texto. No quinto passo, realizei o agrupamento e a comparação dos dados individuais. No último, identifiquei a existência de trajetórias coletivas, colocando os casos dentro do contexto e estabelecendo semelhança entre os mesmos (JOVCHELOVITCH, BAUER, 2014).

A análise narrativa estuda a maneira que o narrador enfatiza as sequências e dá sentido aos elementos da sua história. O objetivo deste tipo de análise é permitir

que aprofundasse a indagação e a discussão sobre os aspectos considerados importantes por aquele que narra sua própria história (GALE, 2010; KIRK, 2008; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2014).

6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

6.1 Descrição das crianças que participaram do estudo:

Abaixo descrevo as crianças de maneira ilustrativa, e no decorrer deste tópico irei descrevê-los com mais elementos de sua trajetória.

Quadro 3 - Descrição das crianças participantes do estudo quanto ao motivo da consulta no CAPSi, fonte de renda dos pais, naturalidade, escolaridade, sexo, idade e data de ingresso no CAPSi.

| | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 |
|---|--|--|---|---|--|
| Sexo | Masculino | Feminino | Feminino | Feminino | Masculino |
| Idade | 10 | 11 | 9 | 8 | 10 |
| Escolaridade | 5º ano | 6º ano | 4º ano | 3º ano | 5º ano |
| Naturalidade | São Lourenço do Sul | Pelotas | São Lourenço do Sul | São Lourenço do Sul | São Lourenço do Sul |
| Data de ingresso no CAPSi | 04-06-12 | 07-11-12 | | 08-04-2014 | 03-03-2010 |
| Motivo da consulta no CAPSi | Agitado e impulsivo | Agitada, hiperativa, mudanças no humor | Agitada, chorosa, nervosa, enurese diurna e noturna | Agitada, nervosa, não consegue acompanhar a turma | Agitado, irritado, Não aceita quando contrariado |
| Medicações | Ritalina, Risperidona, Ácidovalpróico | Ritalina e Risperidona | Imipramina | Não fez uso de medicação | Sertralina |
| Fonte de renda dos pais, avós e/ou cuidadores | Mãe trabalha em uma padaria, pai está desempregado | Bolsa família | Bisavó é aposentada | Bolsa família | Bolsa família |

As crianças participantes deste estudo possuem trajetórias permeadas por inúmeras mudanças em suas vidas, mesmo com tão pouca idade passaram por muitos abandonos e rupturas nas relações familiares e profissionais. Estas trajetórias serão exploradas e melhor detalhadas ao longo deste estudo. Neste momento, trago uma breve apresentação com algumas características socioeconômicas e as relações estabelecidas na rede social de cada criança.

Dalmolin (2006) expressa que a saúde necessita ser encarada como processo, pois se vincula a situações da existência humana que são singulares e complexas, por isso dinâmicas, contraditórias e de poucas certezas. Para além de sintomas descritos pela doença, existem sujeitos, neste caso, crianças, que possuem trajetórias, histórias, culturas e mundos subjetivos que não podem ser objeto de padronização.

A partir do entendimento que a maioria destas crianças, que participaram da pesquisa, vivenciaram um intenso sofrimento psíquico inerente à condição de vida que estão submetidas, percebemos que houveram rupturas entre o mundo interno e externo, ocasionando um descompasso entre o que elas viveram e aquilo que se espera delas enquanto crianças que nasceram em determinada cultura e momento social (DALMOLIN, 2006).

De acordo com Penitente e Cordeiro (2014), ao conhecermos as crianças, aprendemos mais sobre nossa história, sobre a sociedade que vivemos, sobre aquilo que é produzido, reproduzido e transformado por elas no meio social.

As(os) participantes possuem entre 8 e 11 anos, estão todos matriculados em escolas da rede municipal e estadual de São Lourenço do Sul, dois moram na região rural e os outros três na área urbana.

O ingresso no serviço aconteceu para um deles no ano de 2012, dois ingressaram no CAPSi em 2014 e para outros dois em 2010. Para a maioria (3 participantes) o encaminhamento para o serviço foi realizado a partir da escola, enquanto que para uma das participantes foi realizado pelo CAPSi CANGURU, localizado no município de Pelotas, e também por procura espontânea (1 participante).

Somente um dos participantes não possui histórico de evasão do serviço, enquanto que os demais pelo menos uma vez evadiram o serviço, muitas vezes, retornando após 12 meses ou mais.

Na maioria dos casos, outros serviços fazem o acompanhamento dos mesmos. Em todas elas, a escola torna-se grande parceira no trabalho desenvolvido pelo serviço, porém em outros casos os serviços como o conselho tutelar, a Promotoria da Infância, a ESF e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) participam de maneira mais efetiva em relação às situações que permeiam cada caso.

Neste momento, somente uma das crianças participa dos grupos oferecidos pelo serviço, duas delas são moradoras da zona rural, o que dificulta o acesso. Entretanto, as demais são moradoras da zona urbana, o que permite um acesso mais fácil ao serviço.

Outra questão fundamental relaciona-se ao fato de que todas elas fazem uso de algum tipo de medicação para os sintomas atribuídos à “doença mental”. Esta discussão sobre a medicalização da infância é relevante para pensarmos nos fatores que levam as crianças a apresentarem-se inquietas e impulsivas, necessitando por isso reflexões mais profundas do que somente classificá-las por meio de diagnósticos psiquiatrizantes.

Para Luengo (2010), existe uma correlação entre o aumento da medicalização e o distanciamento dos pais em relação aos filhos, sendo mais fácil controlar as inquietações das crianças por meio de medicamentos do que procurar entender essas manifestações. A patologização é uma forma de apontar os desvios, enquanto que a medicalização aparece num segundo momento para punir, ou seja, tratar o que se encontra em estado de anormalidade.

Isto significa dizer que, ao atentarmos para a subjetividade da criança, é preciso perceber quais são as relações que ela estabelece com aquilo que é próprio de sua vida, como a família, os amigos, a escola, os serviços, os grupos, entre outros (SIQUEIRA, DELL’AGLIO, 2010).

Descreverei a seguir as trajetórias terapêuticas das crianças participantes deste estudo através das figuras, dos dados extraídos dos seus prontuários, das informações anotadas em diário de campo e das entrevistas narrativas. As trajetórias explicitam as histórias de vida das mesmas desde o seu nascimento, o ingresso no CAPSi até o momento atual. É preciso considerar que algumas trajetórias estão mais ricas de informações, enquanto que outras devido à limitação dos dados encontrados nos prontuários apresentam-se com menos detalhes.

Vale ressaltar que as crianças conseguiram explicitar suas necessidades e angústias por meio das entrevistas narrativas com o auxílio do MCC, não apresentando dificuldades em responder às questões disparadoras ou de contar histórias sobre as pessoas da sua rede social.

6.2 Trajetórias Terapêuticas

Neste capítulo, apresentarei as trajetórias terapêuticas das crianças entrevistadas. Estas trajetórias foram construídas a partir das histórias de vida contadas por meio da EN realizadas pelas crianças e seus familiares, pelas anotações no diário de campo, pelas observações e pelas informações coletadas no prontuário.

6.2.1 Criança 1

O entrevistado 1 é um menino forte, cabelos lisos pretos, olhos castanhos claros, possui 10 anos, mora com seus pais e sua irmã na zona rural de São Lourenço do Sul.

Sua chegada ao CAPSi não se deu pelo encaminhamento da escola, como a maioria das crianças que chegam lá, mas pela procura espontânea dos pais em junho de 2012. C1 apresentava dificuldades na fala e iniciou tratamento com a fonoaudióloga algumas semanas após sua chegada ao CAPSi, sendo encaminhado pelo próprio serviço.

Sua característica marcante é a amorosidade em relação à sua família, é afetuoso com sua irmã e também quando fala em seus pais. No encontro para a realização do mapa, sua irmã entrou junto na sala, pois ele ficou ansioso com a possibilidade de deixá-la sozinha na sala de espera, enquanto seu pai conversava com a psicóloga separadamente.

Suas brincadeiras favoritas são os jogos, de qualquer tipo, inclusive de futebol. No início dos encontros ficou mais silencioso, observando as coisas que seu pai dizia a seu respeito, em algum momento tenta expressar, mas logo é contido pela fala do pai que pede que se cale, pois ele está falando. C1 aceita rapidamente a intervenção do pai, calando-se (Diário de Campo C1 - 28/04/2016).

Realizamos com C1 e seus familiares três encontros, em dois momentos C1 estava acompanhado de seu pai e no terceiro encontro tive a oportunidade de conhecer sua mãe. Ao conversar com os familiares de C1, percebi a preocupação em desejar que o filho supere os obstáculos que se apresentaram para o mesmo na escola. Entretanto, esta questão se coloca para C1 como uma sobrecarga de expectativas dos pais para que corresponda ao padrão de comportamento desejado pelos eles no ambiente da escola. Esta questão fica evidente através da fala de F1:

A princípio não sei dizer porque reagia assim, (...) explosão acontecia somente na escola (...) (F1).

A figura abaixo descreve a trajetória terapêutica de C1 desde seu nascimento até a chegada no CAPSi Saci:

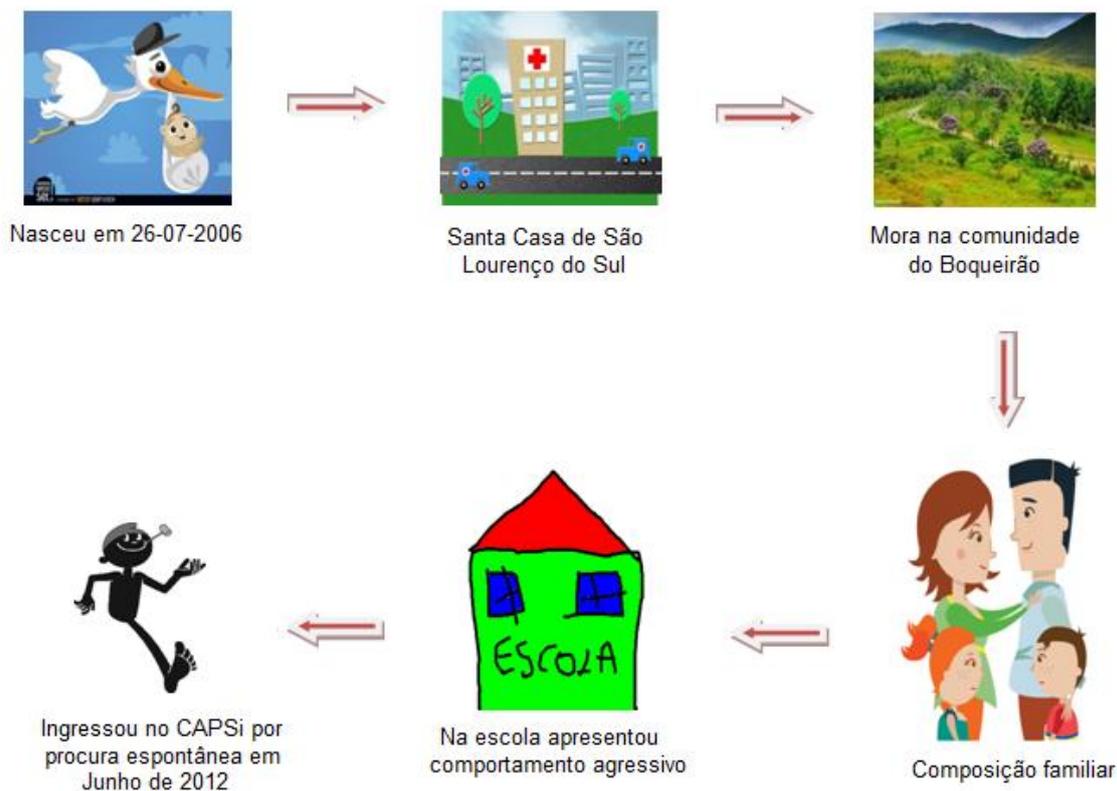


Figura 3- Trajetória terapêutica de C1

“A queixa principal trazida pelos pais eram as constantes brigas e desentendimentos na escola, mas também em casa com a irmã” (Diário de Campo).

Na escola não conseguia ficar atento às atividades e, segundo relatos em seu prontuário, atrapalhava também os colegas. Houve um episódio de agressão em que mordeu o braço de um colega, e por este fato a diretora da escola e a professora de sua turma disseram aos pais que estas atitudes prejudicariam sua permanência no ambiente escolar (Prontuário).

Segundo o relato do pai, C1 demonstra querer sempre ser o primeiro a resolver as atividades propostas, o que o leva a um comportamento violento em relação às pessoas de seu convívio como a professora e aos colegas, com a irmã e com os amigos, caso ocorra o contrário, ou seja, não consiga ser o primeiro a terminar as tarefas escolares ou vencer nos jogos (Diário de Campo).

Em determinado momento da convivência escolar, C1 começou a apresentar um comportamento de autoagressão, batendo-se no rosto e dando-se socos na cabeça toda vez que era contrariado, não terminasse as atividades primeiro, ou não ganhasse nos jogos. Em sua trajetória, houve muitos momentos de desespero demonstrados nos atendimentos feitos no CAPSi: “uma vez eu quis rasgar meu moletom” (C1)

Essa situação narrada por C1 aparece em sua narrativa e está descrita em seu prontuário, assim como a continuação desse episódio relatado, em que completa dizendo para sua técnica de referência que a mesma “nunca conseguirá ajudá-lo”. Nesta mesma época, apresenta insônia (Prontuário).

Procuramos compreender suas manifestações subjetivas como uma tentativa de solicitar atenção aos sentimentos que vivenciava, desencadeados por motivos que nem sempre estão aparentes para as pessoas que lidam com o sofrimento mental, e que ocorrem nos espaços por onde circula, seja em sua casa, com sua família, seja na escola com suas professoras e colegas, seja no CAPSi com os profissionais que o acolhem (DALMOLIN, 2006).

Em nossas conversas, C1 descreve que “sua raiva aparece” quando os colegas fazem brincadeiras e/ou piadas a seu respeito, descontrolando-se em função dos colegas. Ainda refere que também sente raiva da irmã quando ela mexe em seus brinquedos, e também dos pais quando lhe impõem limites (Diário de Campo).

Ao refletirmos sobre os momentos que C1 “descontrola-se”, tornando-se agressivo consigo e também com as pessoas à sua volta, pode se inferir que estas situações podem estar relacionadas com momentos de fragilidade, e que para além

do seu comportamento tido como inadequado está à inexistência de um espaço que possa fluir sua subjetividade (DALMOLIN, 2006).

Winnicott (2014) refere que a agressão possui significados que podem estar relacionados diretamente ou não com a frustração, com algumas crianças que irão manifestar facilmente o comportamento hostil em relação àquilo que causou sua frustração.

No caso de C1, existiram inúmeros fatores que contribuíram para que expressasse sua raiva. Um deles pode ser o fato descrito no prontuário (Prontuário) e também pelos relatos de sua família. O pai de C1 trabalhou e morou fora da cidade por alguns anos, C1 via seu pai somente quinzenalmente e refere que sentia saudade de estar com ele durante o período.

(...) pai porque antes ele ficava muito longe, trabalhava de caminhão e eu só via ele dois dias (C1).

Ao longo dos atendimentos realizados com a família, vai ficando evidente a dinâmica familiar. O pai é uma pessoa enérgica e autoritária que reforça o comportamento de C1 em relação à escola e colegas. Acredita e verbaliza que o filho precisa buscar um papel de destaque em sua vida para que possa ficar bem colocado, nas notas das provas, nos jogos, nas atividades, potencializando o sentimento de raiva, quando não consegue atingir os objetivos traçados pelo pai (Diário de Campo C1).

Observa-se a existência de uma correlação nessa dinâmica familiar e a manifestação da agressividade de C1. Possivelmente, C1 não encontrava em seu ambiente familiar a segurança necessária para extravasar sua agressividade em episódios destrutivos que, segundo Winnicott (2014), está diretamente relacionado ao desenvolvimento normal das crianças.

Percebe-se que a agressividade apresentada por C1, relatada pelos seus pais, professoras e profissionais do CAPSi, possivelmente encontrava na escola e/ou no CAPSi o ambiente favorável para demonstrar seu potencial, comportando-se de maneira diferente do esperado nos ambientes nos quais frequenta.

Em 2013, ocorreu um episódio em que C1 joga uma cadeira em direção a um funcionário na escola. Entretanto, segundo informações do prontuário, esta questão não é descrita em sua totalidade, somente a ligação da mãe para o CAPSi solicitando ajuda ao serviço (PRONTUÁRIO C1).

A mãe entra em contato telefônico em vários momentos com o serviço descrevendo que C1 tem “surto” de raiva na escola, agredindo física e verbalmente professores, funcionários e colegas. Nesse momento, os pais demonstram impaciência, o pai bate e aplica castigos em C1, a mãe fragilizada não intervém nas atitudes do marido (Prontuário C1).

Além disso, verbalizou que a escola possuía preconceito em relação ao menino e o fato de a escola querer expulsá-lo mobilizou a família:

Digamos assim, aquilo foi um baque, mas ao mesmo tempo engolir o choro e achar uma solução, eu e minha esposa (...) muita mágoa da escola, devido à forma de abordagem (F1).

Percebe-se que a maneira de encaminhar questões que a escola julga não ser de sua competência está equivocada, pois a instituição também tem como atribuição o cuidado e a proteção das crianças, que estão expressos em dois instrumentos legais, o ECA e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

“A criança (...) tem direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania (...)” (ECA – capítulo IV, art. 53, 2012).

“O fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca e que se assenta à vida social” (LDB – Seção III, art. 32, inciso IV, 1996).

De acordo com o ECA e a LDB, é papel da escola promover um espaço que possibilite a criança o desenvolvimento pleno das suas capacidades cognitivas e afetivas, preparando a criança para um convívio saudável a partir de atividades que favoreçam o fortalecimento dos vínculos da criança e estímulo à tolerância nos espaços de convivência.

Sendo assim, pensar a atenção às necessidades de C1 significa realizar um cuidado pautado pela integralidade do sujeito, o qual desenvolve-se contextualizado em seu território existencial (MONTEIRO et al., 2012; RONCHI E AVELLAR, 2013). Por isso, estabelecer parcerias com a escola é fundamental para a construção da (re)inclusão. Da mesma forma, a construção do PTS deve estar pautada pela construção em conjunto, potencializando o cuidado e o tratamento.

6.2.2 Criança 2

A fim de descrever a segunda criança entrevistada, é importante ressaltar suas características peculiares. É uma menina de 11 anos, magra, alta, de cabelos cacheados loiros e olhos azuis marcantes, é muito vaidosa, gosta de arrumar os cabelos e se vestir para ficar bonita, gosta muito de fotografia, faz muitas poses quando tira fotos para escolher a melhor.

Está sendo acompanhada pelo CAPSi Saci desde outubro de 2010; veio encaminhada pelo CAPSi Canguru, onde já realizava acompanhamento desde 2008, quando possuía aproximadamente quatro anos e lhe foi atribuído um diagnóstico de hiperatividade (Prontuário C2).

Em agosto de 2010, seus pais se separaram e ela e sua mãe precisaram ir morar em SLS. O pai de C2 era usuário de drogas nesta época, o que dificultou a relação com a mãe de C2 (Diário de campo F2).

Sua característica marcante é a dedicação com o irmão menor de um ano e 10 meses. O vínculo é importante na medida em que favorece a permanência de C2 em casa. É uma menina estudiosa. Em nossos encontros, pude acompanhar a realização de tarefas, assim como o estudo para as provas escolares. Seu maior desejo é tornar-se advogada, pois acredita que poderá ajudar as pessoas ao escolher esta profissão (Diário de Campo C2).

No encontro para a realização do mapa, C2 relata que não gosta mais de brincar. Em seu quarto possui algumas bonecas, inclusive ainda nas caixas. Refere que o que mais gostaria de ter era um celular para falar com os amigos e as amigas (Diário de Campo).

De acordo com F2, foram muitos momentos difíceis em virtude da separação, quando C2 tinha 7 anos, pois a menina tinha uma identificação com o pai (F2).

A C2 gostava muito do pai, quando ele foi embora, ela chorava muito, queria ele e ele não dava atenção (F2).

F2 refere que o relacionamento com o pai de C2 sempre fora tumultuado, em função de seu envolvimento com drogas. Relata que seu companheiro por muitas vezes ficava violento e que C2 presenciou muitas discussões e brigas enquanto estiveram juntos. Sendo assim, o relacionamento foi marcado por rompimentos e

reaproximações. C2 vivenciou muitas mudanças como a separação dos pais, mudança de cidade e dos profissionais que a acompanhavam no primeiro serviço que frequentou, relatando muitas vezes com carinho sobre a médica que a acompanhava no serviço de Pelotas (Entrevista F2).

Em algum momento, minha mãe disse que a C2 precisava de remédio, de tratamento (...) (F2).

De acordo com o prontuário, C2 faz uso de medicação desde que iniciou os acompanhamentos no serviço em Pelotas, apresentando, segundo a mãe e a avó materna, dificuldades em aceitar limites (Prontuário C2). Segundo F2, na escolinha onde frequentava, apresentava comportamento exacerbado, se atirando no chão, jogando objetos em direção às pessoas, e chorava bastante. F2 relata que descontrolava-se com as atitudes de C2 e em alguns momentos aplicou violência física:

Eu reagia, não colocando de castigo, mas cheguei a dar umas palmadas nela (F2).

Cabe ressaltar que C2, em inúmeros momentos, necessitou ser cuidada por pessoas que não faziam parte de sua família, segundo seus relatos nos momentos em que a mãe precisava ir trabalhar. Neste sentido, entende-se que a dificuldade de C2 em aceitar regras estabelecidas pela família possui relação direta com esses eventos (Diário de Campo C2). A seguir, descreve-se a trajetória terapêutica de C2. Foram resgatados dados do prontuário, do diário de campo, e também por meio da entrevista narrativa de C2 e F2 para compor sua trajetória.

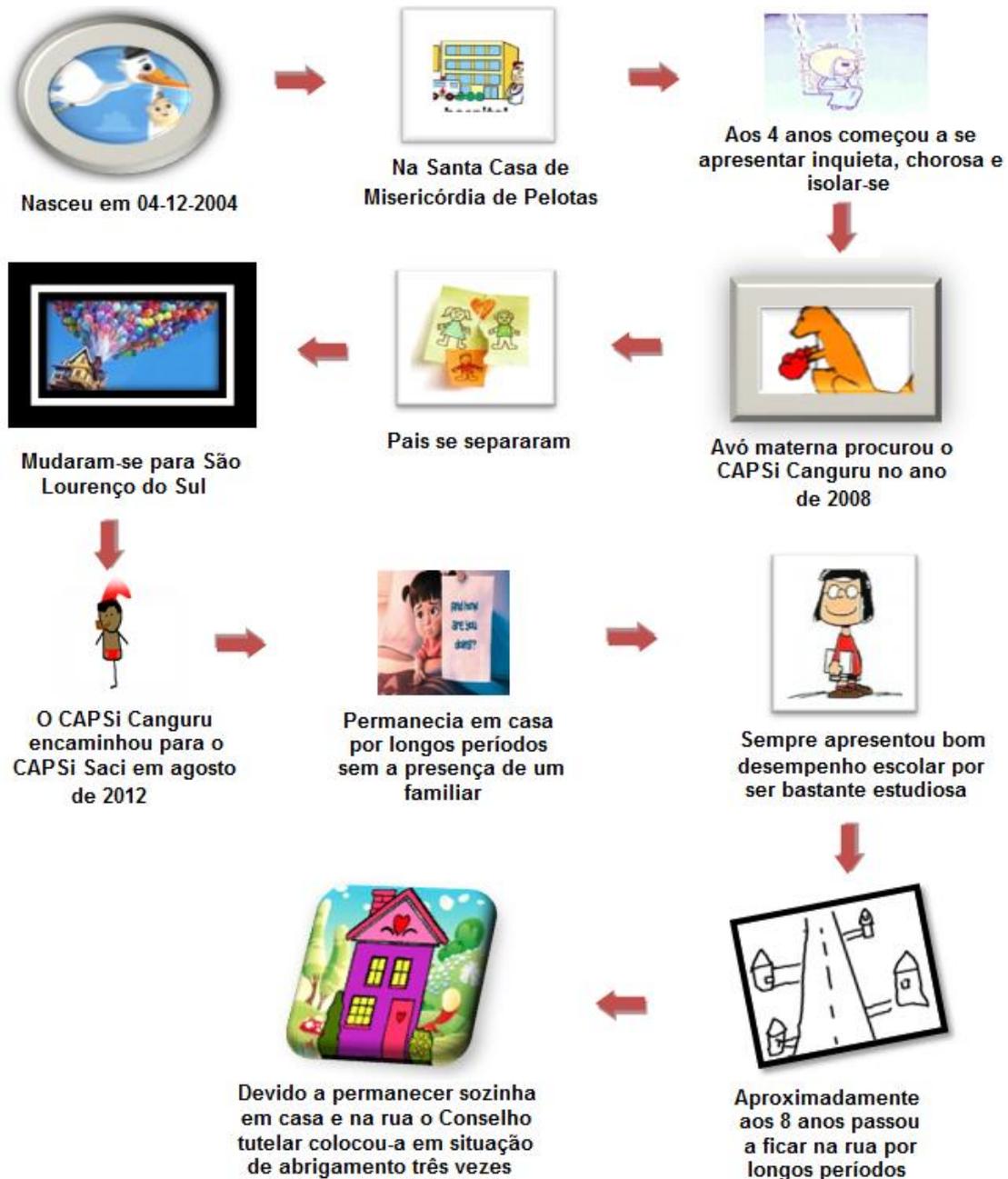


Figura 4 - Trajetória terapêutica C2

Outra situação que os familiares relatam é a enurese noturna que em alguns períodos apresentou melhoras, mas também houve períodos de piora. Percebe-se que a curto prazo o efeito das medicações são benéficas para a criança. Entretanto, existe a necessidade de um cuidado que vem sendo negligenciado pela família ao longo dos anos, que pode estar relacionado ao seu tratamento no CAPSi, pois sua assiduidade no serviço também foi sendo comprometida pelo fato de a mãe não conseguir organizar-se para levá-la aos atendimentos marcados. Juntamente com essa questão, o abandono temporário das atividades do CAPSi se intercalavam com

a volta para o serviço a partir do contato feito pela mãe quando a medicação faltava. Assim, percebe-se que para a mãe de C2, o cuidado principal relacionava-se com uma ação isolada no tratamento que seria o uso da medicação (Prontuário C2).

De tal modo, percebe-se que a família resume de certo modo a questão do “tratamento-cura” de seus filhos por meio das medicações, o que torna difícil o manejo com a família, a qual precisa de apoio para compreender que para além de diagnósticos é preciso entender o que traz sofrimento psíquico. Da mesma forma, a equipe precisa estar atenta a estas “necessidades da família”, escutando mais a equipe multidisciplinar e fundamentalmente a própria paciente. Portanto, um dos desafios colocados para a equipe multidisciplinar do CAPSi se refere à desconstrução da patologização da criança e o uso desnecessário de medicação.

A história de vida da mãe de C2 interfere em muitos aspectos no desenvolvimento de C2, pois ela relata os diferentes momentos em que precisou ir para casa de outras pessoas para ser cuidada, assim como outros momentos que acordou sozinha em casa e não havia nada para comer (Diário de Campo C2).

Em nosso último encontro, C2 estava acolhida na Casa da Criança e relatou que certo dia acordou e sua mãe não estava, pois tinha ido para o estabelecimento onde trabalhava, e não havia nada para prover sua alimentação. Neste momento, ligou para sua mãe que a orientou ir até o local. Chegando lá, C2 teve uma discussão com a dona do estabelecimento e ela a agrediu, “puxando seus cabelos”. C2 conta que saiu correndo do local e se dirigiu até o CAPSi que fez o contato com o Conselho Tutelar a fim de discutirem a situação da menina. Os serviços a encaminharam para a Promotoria, que fez a solicitação de acolhimento na Casa da Criança (Entrevista C2).

6.2.3 Criança 3

É uma menina morena, forte, de cabelos compridos e crespos pretos, sempre presos, têm olhos castanhos escuros, bochechas bem rosadinhas, introspectiva na maior parte do tempo, não sorri com frequência, assim como não conversa muito, somente responde sem muitos detalhes.

Atualmente, mora com sua bisavó materna em uma comunidade localizada na zona rural, a 45km de São Lourenço do Sul, por isso possui certa dificuldade de estar no CAPSi para participar de oficinas.

É importante ressaltar que a bisavó é a pessoa que cuida dela desde que era bebê, e é a pessoa que normalmente traz C3 para as consultas, sempre com muita assiduidade, pois sabe da importância de manter C3 vinculada ao serviço, devido aos problemas que enfrenta em sua trajetória. No momento, sua mãe também reside com o padrasto e mais dois irmãos de C3 em uma residência ao lado de C3 e a bisavó.

Suas características marcantes são a amorosidade e a simpatia. Por vezes, demonstrou introspecção durante nossos encontros, ficando em silêncio inúmeras vezes. Antes que pudéssemos realizar a atividade do mapa, C3 me perguntou: “Tia podemos jogar um jogo? Podemos brincar de bonecos? (C3)”.

Eu disse que sim. Ela pegou um quebra-cabeça e passou a montá-lo. Neste momento, demonstrava muita concentração. Em seguida desistiu e resolveu brincar com os bonecos. Passei a observar sua brincadeira e perguntei se ela gostaria que eu permanecesse ali, já que quando começou a montar o quebra-cabeças entregou-me espontaneamente algumas peças, e neste momento verbalizou que iria brincar sozinha. Ela somente acenou com a cabeça positivamente. Durante sua brincadeira, percebi que C3 fazia o papel de um cachorro que procurava o dono. Isto foi muito significativo, pois em sua trajetória vivenciou muitas rupturas e violências (Diário de Campo C3).

A seguir, descreve-se a trajetória de C3 desde seu nascimento até a chegada ao CAPSi, por meio da consulta ao seu prontuário, diário de campo e também a partir da entrevista narrativa realizada com C3 e F3.

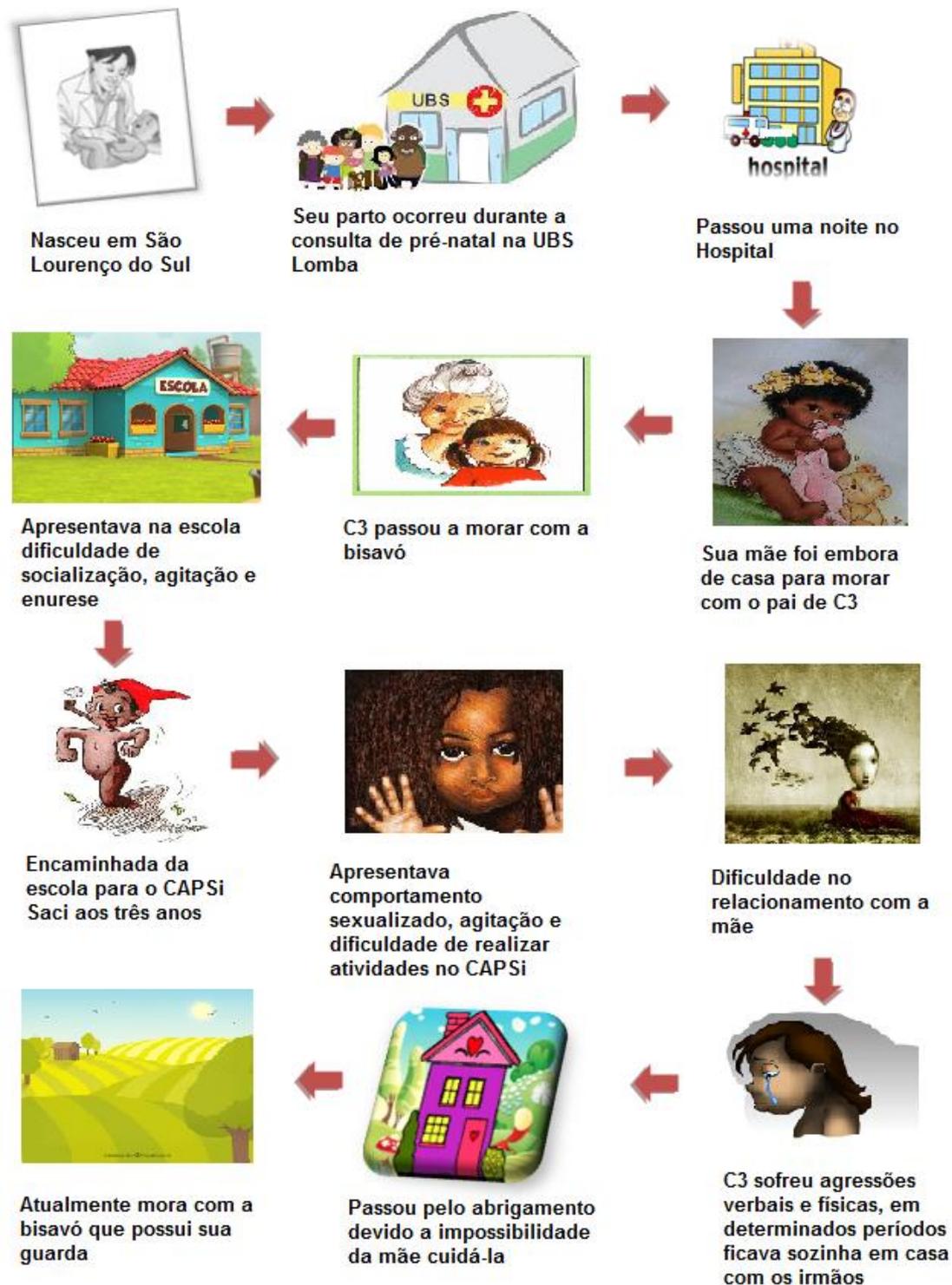


Figura 5 - Trajetória Terapêutica C3

A mãe de C3 possuía 15 anos quando engravidou e tinha um relacionamento tumultuado com o pai da menina, marcado por muitas separações e reaproximações. O parto de C3 foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Lomba, pois não houve tempo para transportá-la para a Santa Casa de Misericórdia. De acordo com o relato de F3, elas ficaram bem, só passaram uma noite no hospital

para que a mãe de C3 pudesse se recuperar. Quando tinha apenas um ano de idade, a mãe foi morar com a sogra, e C3 passou a morar com a bisavó e avó maternas. Quando C3 completou dois anos, a avó materna também mudou-se de cidade, indo morar em Pelotas.

C3 iniciou seus atendimentos no CAPSi ainda muito pequena. Apenas com três anos foi encaminhada pela escolinha de educação infantil devido à hiperatividade, chorosa em diferentes situações e enurese tanto noturna quanto diurna. Apresentava dificuldade de socialização e, quando contrariada, se auto agredia, atirando-se no chão e debatendo-se.

Sua bisavó possui importante papel em sua criação pelo motivo já destacado anteriormente, mas também porque a mesma relata que: “Tomei posse da menina porque davam muito nela, o pai e a mãe (F3)”.

Aproximadamente após um mês de sua chegada ao CAPSi, C3 apresentou comportamento sexualizado e contou aos profissionais que o tio de 72 anos “passou a mão em sua pepeca”; contou também com riqueza de detalhes o abuso sexual sofrido pelo avô paterno. Essa situação foi bastante dramática para C3, não somente pela questão do abuso que deixará marcas profundas em sua vida, mas por toda a situação que se criou em torno dela. Em muitos momentos as pessoas passaram a acreditar que jamais o avô teria sido capaz de cometer um crime contra a menina, duvidando da veracidade dos fatos narrados por C3. Foram inúmeras as situações nas quais a mãe chegava ao CAPSi e negava que o fato teria realmente acontecido. A bisavó sofreu ameaças por parte da família do pai de C3 e chegou ao CAPSi muito abalada, dizendo que não conseguiria mais levar C3 para as consultas (Prontuário C3).

Nesta perspectiva, as orientações dos profissionais foram imprescindíveis para que C3 continuasse o acompanhamento e, por esta razão, é importante ressaltar o papel dos profissionais que conseguiram construir um bom vínculo, tanto com C3 quanto com a bisavó.

C3 possui uma relação difícil com sua mãe. Em seus relatos conta que a mãe lhe agride física e verbalmente em diferentes momentos, chamando-a de “louca” e “débil mental”. As relações de C3 com a família são complexas e frágeis. O pai também não consegue estabelecer vínculos, nunca acompanhou sua vida e é distante da realidade de C3; foi preso porque cometeu pequenos furtos devido ao consumo de drogas.

Em função das audiências por determinação judicial, a mãe de C3 foi convocada ao CAPSi para que retomasse os atendimentos semanais. Entendemos que esta foi uma medida de proteção, mas também de prevenção de agravos à saúde de C3, na medida em que o poder público, através do judiciário, indica a necessidade de permanência de C3 no serviço (ZAVASCHI E AZAMBUJA, 2014).

Segundo o ECA (1990), em seu art. 98, as medidas de proteção são aplicáveis sempre que os direitos expressos nesta lei forem violados, cabendo aos órgãos competentes as medidas para reverter tal situação (LEI 8.069/1990, art 98, INCISO II).

Ressalta-se que a mãe de C3 também foi orientada pelos profissionais do CAPSi quanto à necessidade de acompanhamento para sua saúde. Entende-se que esta situação de incapacidade de cuidar de C3 também está relacionada à sua própria história de vida, pois ela também fora criada pela avó. Em um determinado momento, fica evidente que sua postura de desconfiança em relação ao serviço deveu-se à sua grande dificuldade no manejo com os filhos, principalmente com C3, alvo de discussões com a família do marido.

Portanto, nesse caso, houve a necessidade de intervenção dos órgãos de proteção, pois a família fora alertada inúmeras vezes sobre a necessidade de alterar suas condutas e procedimentos em relação a C3, no momento que mesmo orientada a não utilizar da violência física e verbal, mostrava-se resistente e também omissa às necessidades de cuidado.

Segundo F3, ao longo da trajetória, C3 vai demonstrando mais tranquilidade em relação às pessoas e às atividades das quais participa no CAPSi (DIÁRIO DE CAMPO C3).

6.2.4 Criança 4

C4 é uma menina morena de cabelos e olhos pretos, magra, estatura baixa, mora em uma palafita às margens do arroio São Lourenço com a mãe que está grávida, e a irmã de 2 anos, em um cômodo com duas peças, uma delas é o banheiro e a outra é onde as três dormem (cama de solteiro), e a mãe cozinha e lava roupas. O irmão mais velho de C4 mora em uma casa no mesmo pátio com uma tia materna, possui um padrasto que vai para casa de 15 em 15 dias, pois

trabalha como assalariado em uma fazenda no terceiro distrito que é chamado de Esperança.

O pai de C4 está preso em Porto Alegre (POA) devido ao seu envolvimento com roubos; é usuário de drogas. Não possuem muito vínculo devido ao fato de estar em reclusão, mas também porque, segundo o relato de F4, o pai de C4 não se aproximava das crianças mesmo quando ainda não havia sido preso.

Para ela, ele (o pai) sempre foi uma pessoa estranha (F4).

C4 foi encaminhada pela escola devido à agitação apresentada em sala de aula, falta de concentração, não reconhecia vogais e números, somente a letra A (Prontuário de C4).

Em seu prontuário não havia muitos dados, pois sua chegada ao CAPSi foi no ano de 2014 e houve inúmeras faltas ao serviço. Provavelmente, as faltas estão relacionadas à gravidez da mãe, uma vez que em 2014 nasceu sua irmã de dois anos.

Logo abaixo, descreve-se a trajetória terapêutica de C4 por meio da leitura de alguns dados do prontuário, mas essencialmente pelas entrevistas realizadas com C4 e F4, e o registro do diário de campo.

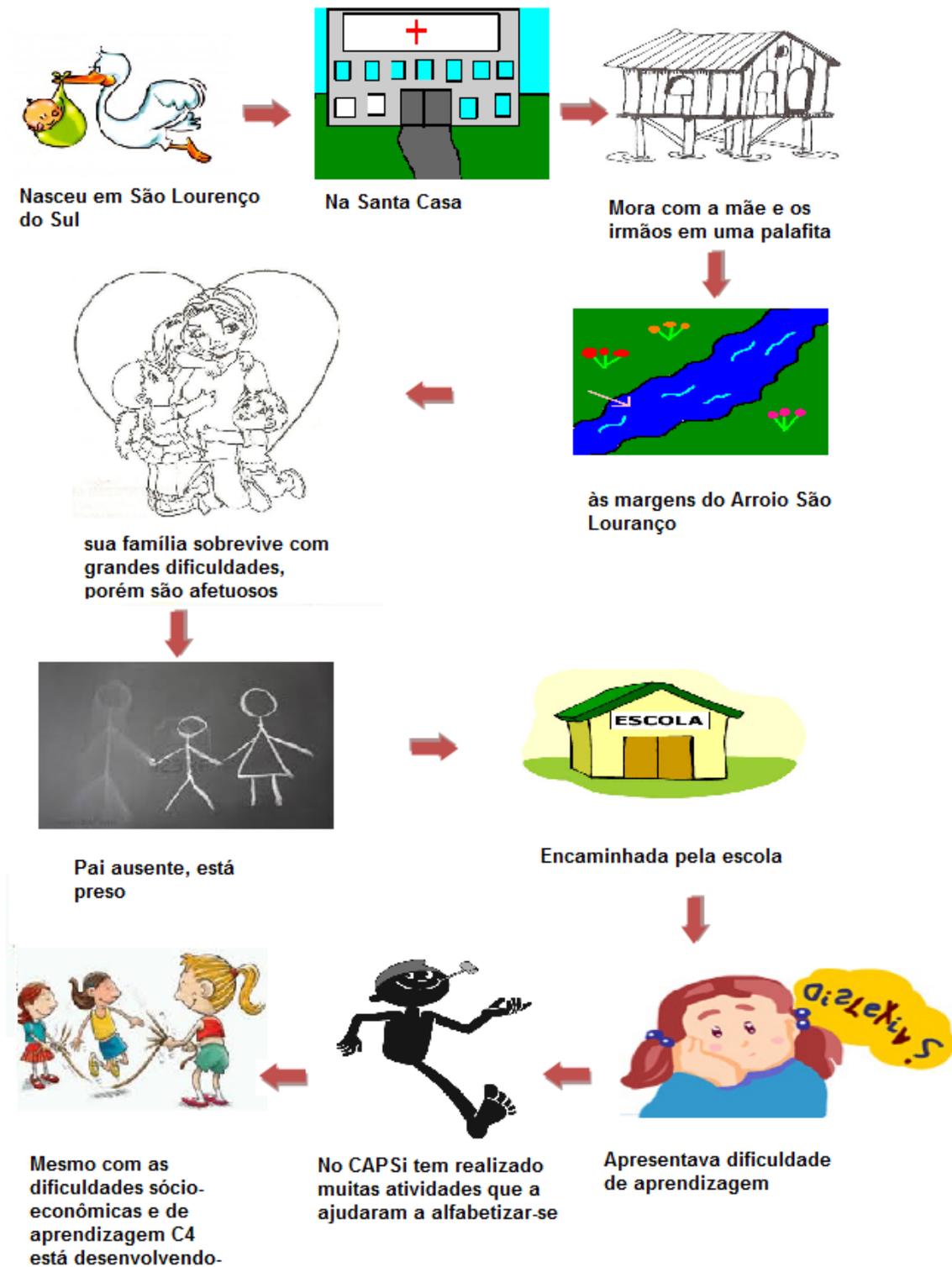


Figura 6 - Trajetória terapêutica C4

F4 relata que C4 não possui contato com o pai porque está preso, mas já teve e lembra de um episódio que aconteceu quando C4 tinha dois anos, evento que segundo a mãe a deixou traumatizada:

Desde uma vez que ela tinha dois aninhos, (...) aí ele botou ela de castigo, sentadinha de castigo (...) (F4).

(...) mas agora eu não tenho mais medo dele (C4).

Ele não me bateu, ele só me botou de castigo e não deixou eu ir no banheiro (C4).

Percebe-se que a trajetória de C4 também é marcada por rompimentos e algumas perdas significativas, como as narrativas revelam sobre o tempo de convivência com o pai. Torna-se bastante significativa a ausência dessa figura que possui grande relevância na formação da personalidade da criança.

Esta relevância está descrita no trabalho de Benczik (2011), quando afirma que a presença do pai é fundamental para o desenvolvimento cognitivo e social. Da mesma forma, sua presença promove a aprendizagem e a integração na comunidade.

A presença da figura paterna é tão necessária quanto à da mãe para um desenvolvimento emocional adequado da criança, devido a vários fatores. Pai e mãe cumprem um papel de autoridade, pois o pai não só complementa como reforça o modelo oferecido pela mãe (WINNICOTT, 2014; BENCZIK, 2011).

As narrativas de C4 a respeito de sua família indicam a ausência do pai que ainda é significativa para ela, quando ela refere não ter mais medo dele revela algo explícito neste momento de sua vida: poderia conviver com o pai.

A realização da atividade na residência de C4 foi de extrema relevância para conhecermos um pouco mais sobre ela e sua família. A questão socioeconômica também se apresenta evidente na vida familiar de C4, pois se percebe a dificuldade financeira da família, que neste momento não está passando fome devido à contribuição do padrasto de C4 (F4).

6.2.5 Criança 5

O participante C5 é um menino negro, longilíneo, de cabelos bem cortados, olhos negros, comunicativo e alegre. É filho único e mora com seus pais em um bairro do município. Faz acompanhamento também no CRAS, onde participa de aulas de informática.

O motivo do seu encaminhamento via escola se deve a alguns fatores, dentre eles a dificuldade dos professores em lidar com suas habilidades cognitivas, pois

possui grande capacidade de compreensão, e por esta razão consegue realizar as tarefas com muita precisão e geralmente em tempo menor que os demais colegas.

Outra questão importante é a falta de manejo devido à situação dos pais, pois possuem algumas limitações socioeconômicas e também psicossociais. Percebe-se que está é uma dificuldade sentida pelos próprios pais.

Aos quatro anos já estava completamente alfabetizado, demonstrando altas habilidades e, devido à condição dos pais de não alfabetizados, já ajudava a mãe em relação aos horários relativos à organização da casa. Assim, a falta de manejo de seus pais se deve à dificuldade de acompanhar seu desenvolvimento precoce em relação a outras crianças.

O pai de C5 é o familiar que mais acompanha sua trajetória pelos serviços, é ele quem o leva para todas as consultas e atividades no CAPSi e no CRAS. A mãe de C5 também faz acompanhamento no CAPS Nossa Casa devido à deficiência mental.

Descrever esta trajetória foi bastante inquietante pela realidade de vida de um menino que, com altas habilidades cognitivas, foi parar em um serviço de atenção ao sofrimento mental grave, e ao longo do nosso encontro para a realização da entrevista fica evidente que esta criança necessita de outros espaços para promover suas potencialidades para além do acompanhamento pedagógico oferecido no serviço (Diário de Campo C5 – 17-06-2016).

A seguir, descreve-se a trajetória terapêutica de C5:

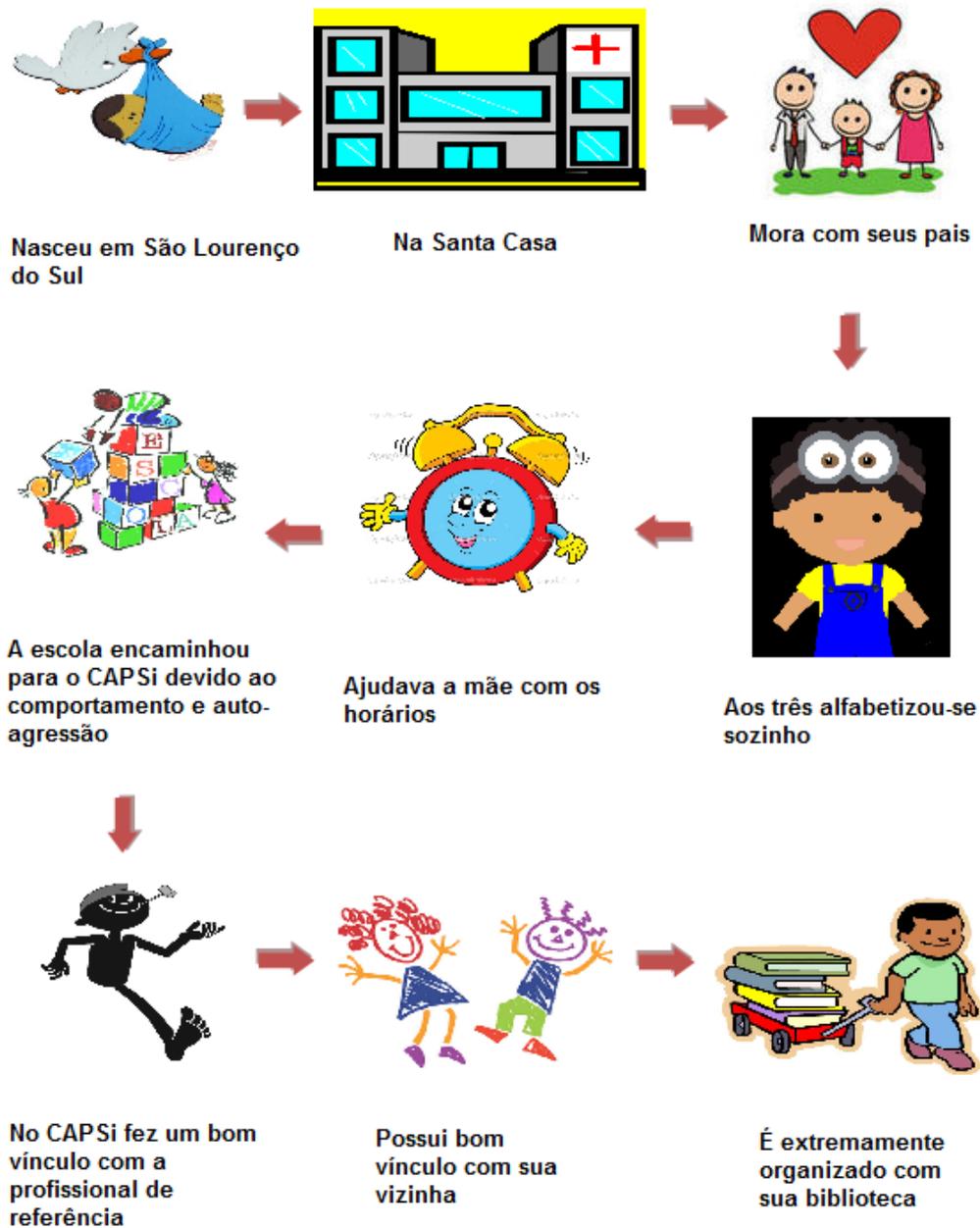


Figura 7 - Trajetória Terapêutica C5

No encontro que realizamos para a atividade do mapa, o menino descreve que possui uma pequena biblioteca distribuída em três mochilas que foram organizadas e também catalogadas por ele. Pergunto a C5 quais livros gosta? No mesmo instante ele devolve a pergunta e acrescenta:

Me pergunta um número... Gosto de todos os livros, mas em especial os de geografia (C5)

Ao perguntar o número, ele descreve o título do livro, a editora, o ano de publicação e autor, demonstrando sua organizada biblioteca, mas também sua capacidade de conhecimento sobre seus livros.

Suas peculiaridades fantásticas me surpreenderam durante todo nosso encontro, pois aprendi sobre lagos, rios, afluentes e também sobre as ruas do município.

Outra passagem importante para ser descrita é um dos tantos episódios ocorridos na escola onde estuda. Em uma aula de geografia, os alunos estavam aprendendo sobre continentes e C5 corrige a professora dizendo que faltava um deles “*a Ásia professora está em falta*”, e dirige-se até o quadro para desenhá-la. A professora, não tendo certeza de tal afirmação, vai até a biblioteca buscar o globo e para sua surpresa ele estava correto em sua explicação e desenho (PRONTUÁRIO C5).

A trajetória terapêutica de C5 aponta para uma questão importante sobre o papel do serviço enquanto instituição de saúde mental para crianças com transtornos graves. C5 não possui sintomas graves de sofrimento mental, ao contrário, é uma criança diferente porque possui habilidades cognitivas que estão acima da média das crianças da sua idade.

Como vimos no Quadro 3, C5 faz uso de medicação desde que chegou ao CAPSi. Contudo, há uma contradição que está explícita na proposta de tratamento de C5: por que medicar uma criança com altas habilidades cognitivas? Quais serão os benefícios da medicação a curto, médio e longo prazo? Quais serão os malefícios a curto, médio e longo prazo? Como esclarecer para a equipe multidisciplinar que o comportamento agitado, desafiador de C5, pode estar relacionado ao fato de a escola não acompanhar sua evolução no conhecimento, e que o mesmo precisa ter essa necessidade atendida, pois o excesso de energia poderá ser contido com outras atividades além da escola e não somente com o uso da medicação? Pois existem outras formas de abordagens terapêuticas para realizar um trabalho com a criança ao invés da medicalização. Somente com base no critério: estar no CAPSi (Diário de Campo C5).

A medicalização revela também uma incapacidade da sociedade de lidar com as singularidades próprias de cada criança. É um processo que envolve a transformação de situações que podem ser trabalhadas com outras estratégias e

abordagens, em problemas individuais e distúrbios orgânicos (LEMOS, GALINDO E RODRIGUES, 2014).

A problematização da trajetória terapêutica e dos desdobramentos que o tratamento e tipo de abordagem pensadas pelos profissionais que devem cuidar C5 se faz necessária, para não cairmos no equívoco inerente do saber hegemônico que segue orientações de uma sociedade neoliberal globalizante, que expõe crianças como C5 às situações que são consideradas desviantes e fora dos padrões aceitáveis (FOUCAULT, 2014; LEMOS, GALINDO, RODRIGUES, 2014; LUENGO, 2010).

Para Luengo (2010), a medicalização é um processo que acompanha as esferas da vida, produzindo modos de subjetivação e acionando “tecnologias disciplinares e biopolíticas” que associam-se ao modelo político de dominação.

Conforme os dados do prontuário e da entrevista com C5, ele está em acompanhamento no CAPSi desde março de 2010. Provavelmente, a escolha dos profissionais em lhe oferecer a medicação esteja acompanhando sua trajetória no serviço desde então. Por esta razão, se faz necessário o questionamento quanto ao tipo de cuidado que o serviço proporciona a C5 e quais são os benefícios de sua permanência em um serviço voltado para o sofrimento psíquico grave, e a medicalização como controle das suas emoções, impulsos e principalmente sua subjetividade enquanto criança.

7 CONHECENDO AS REDES SOCIAIS E AFETIVAS DAS CRIANÇAS

Neste capítulo, apresentarei os mapas de cada criança participante, considerando suas percepções quanto ao apoio recebido pelas pessoas da rede social e afetiva, citadas em cada um dos campos do instrumento (HOPPE E RAMOS, 2012).

Segundo Polito (2008), a constituição da pessoa ocorre mediada pelos processos internos e externos, e pela subjetivação da consciência e elaboração da realidade concreta e dos fatos vivenciados no cotidiano, atribuindo-lhes significados. Assim, a existência humana se compõe no diálogo com a vida, na troca com outras consciências e linguagens, intercedidas pela interpretação e significações.

As crianças explicitaram maior envolvimento com familiares, amigos e parentes. Os campos escola e CAPSi revelaram um pequeno número de contatos. A partir dos mapas, foi possível conhecer as redes de apoio social e afetiva das crianças, permitindo registrar a estabilidade dos vínculos e sua efetividade (HOPPE, RAMOS, 2012).

A capacidade das crianças desenvolverem trocas afetivas fora da família, na escola e nos demais espaços que fazem parte de suas trajetórias, influencia no desenvolvimento das redes de apoio sociais e afetivas, na promoção da autonomia e resiliência. Ainda, cabe ressaltar que as crianças que se sentem parte de um contexto fora da família disponibilizarão de mais recursos para enfrentar situações-problema a partir do momento em há possibilidade de utilizarem a rede social e afetiva como referência para suas escolhas e decisões (HOPPE, RAMOS, 2012).

Esta abordagem permitiu que as crianças identificassem quais são as pessoas que elas se sentiam mais seguras, e em quais situações percebiam estas pessoas como principal ponto de apoio diante de situações adversas, e a maneira como acessavam os serviços de saúde (HOPPE, RAMOS, 2012).

A seguir apresentarei os mapas das crianças participantes e o que aprendi com a análise da atividade a partir da rede social e afetiva de cada uma delas.

7.1 Rede Social e Afetiva de C1:

Na realização da atividade, C1 demonstrou muito interesse, pois acreditava tratar-se de um jogo entre participantes e que um de nós sairia vencedor. Expliquei como seria o jogo, os objetivos e a importância da sua participação mesmo não sendo um jogo competitivo. C1 entendeu e aceitou participar demonstrando entusiasmo com o mapa e os bonecos (Diário de Campo C1).

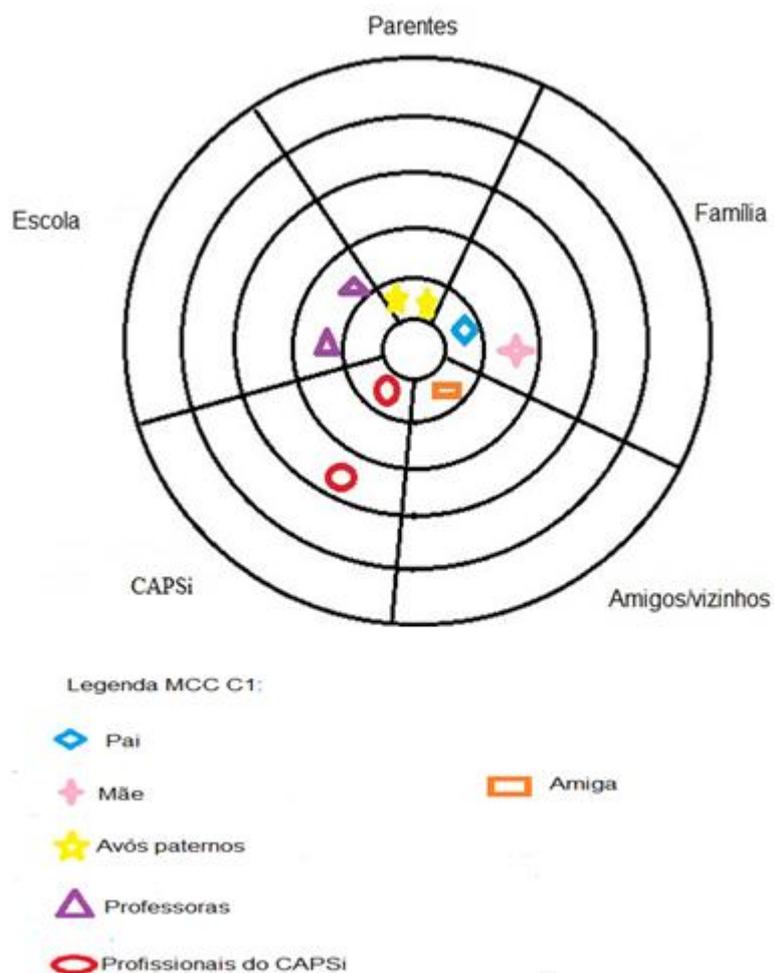


Figura 8 - Mapa dos Cinco Campos C1

Este participante apresentou nove pessoas em sua rede social, referindo-se que se sentia seguro e que podia contar com apoio incondicional de sete pessoas

identificadas no mapa. Em relação à percepção de proximidade, ele situou o pai no círculo mais próximo do meio, em seguida no terceiro círculo situou a mãe correspondendo ao *campo família*. E destaca:

Meu pai, porque antes ele ficava muito longe, trabalhava de caminhão, só dois dias que ele vinha para casa (C1).

Prosseguindo à escolha por proximidade no *campo parentes*, identificou os avós paternos. Neste campo, C1 destaca que morou por um tempo na casa dos avós, entretanto, devido a uma desavença entre o pai e o avô, a família de C1 precisou mudar-se de casa. Percebo que esta situação foi marcante, pois segundo ele mesmo relata: “*eu era menor que agora*”. Sendo assim, esta ruptura nas relações dos pais possivelmente afetou significativamente sua vida.

No campo destinado à *escola*, identificou duas professoras no terceiro círculo, sendo uma delas a vice-diretora e a segunda sua professora de classe. No campo *CAPSi* identificou dois profissionais, os quais são seus técnicos de referência no serviço. Uma delas está identificada pela posição mais próxima do círculo central (que corresponde à criança) no segundo círculo, enquanto que o outro profissional está mais afastado, pois segundo C1 este profissional ganhou recentemente sua confiança.

No campo amigos/vizinhos, C1 citou somente uma amiga, que também é sua colega de escola, mas que considera mais que uma colega e, portanto quis colocá-la o mais próximo de si e no campo amigos. Em relação a este campo, faz-se importante destacar o significado que C1 atribui a ele, pois em nossas conversas destacou em diferentes momentos o quanto a amizade com a menina lhe ajudava a enfrentar as dificuldades vivenciadas na escola em relação aos demais colegas.

Ao ser questionado sobre as situações que o deixavam preocupado, C1 responde que:

O que mais me preocupa é que os meus pais se separem, eles brigam muito, eu já vi (C1).

Outra situação que conversamos a respeito era sobre quando precisava de ajuda para as dificuldades, para quem ele pedia:

Peço para o pai, quando ele está em casa, mas a mãe é que me ajuda também (C1).

Destaca-se a importância da figura paterna no desenvolvimento da criança. Segundo Winnicott (2014), o pai necessita estar presente na vida da criança

apoiando nas decisões que são encaminhadas pela mãe, estabelecendo um papel de esteio a autoridade da mãe. Outrossim, advém das referências positivas e “pelas coisas que o distinguem de outros homens” (WINNICOTT, 2014, P. 130).

Para Winnicott (2014), as crianças constroem seus ideais partindo de experiências vividas junto dos pais, ou seja, aprendem aquilo que veem ou que pensam que veem, quando olham para os pais. A família possui um papel importante na constituição dos indivíduos, na determinação e na organização da personalidade, influenciando significativamente no comportamento individual, por meio das ações e medidas educativas realizadas na esfera familiar (PRATA E SANTOS, 2007).

No contexto familiar, a relação entre pais e filhos é aquela que apresenta o vínculo mais forte. A interação entre eles, as expectativas e sentimentos dos pais em relação aos filhos contribuem fundamentalmente na construção da personalidade futura e no êxito escolar dos filhos (PRATA, SANTOS, 2007).

Cabe ressaltar que C1 vivenciou um processo traumático na escola devido aos acontecimentos já mencionados anteriormente, em relação aos colegas e professores. Essas questões poderiam ter sido mais bem discutidas e encaminhadas pela escola, evitando assim um conflito entre a instituição e a família. Neste sentido, entende-se a necessidade de um diálogo em que ambas as partes pudessem expressar suas angústias e sentimentos em relação aos fatos que ocorriam na escola envolvendo C1.

Couto e Delgado (2010) indicam a necessidade de mudanças na maneira de prestar o cuidado a partir de um progresso imediato nas discussões sobre os conceitos e as práticas que envolvem a intersectorialidade, permitindo a construção de mudanças na assistência prestada pelas instituições às famílias.

7.2 Rede Social e Afetiva de C2:

Realizamos a atividade do MCC em sua residência. F2 teve dificuldades em levar a menina para o CAPSi, então conversamos por telefone e C2 disse que não estava bem para sair de casa naquele dia. Perguntei se havia algum incômodo se eu fosse até lá, F2 disse que não e em alguns minutos chegamos até a residência das participantes. C2 ficou animada com minha chegada, quis logo me mostrar sua casa

e principalmente seu quarto, referindo que sua organização não estava adequada (Diário de Campo C2).

“Vem tia, vem logo que eu quero te mostrar a minha bagunça”.

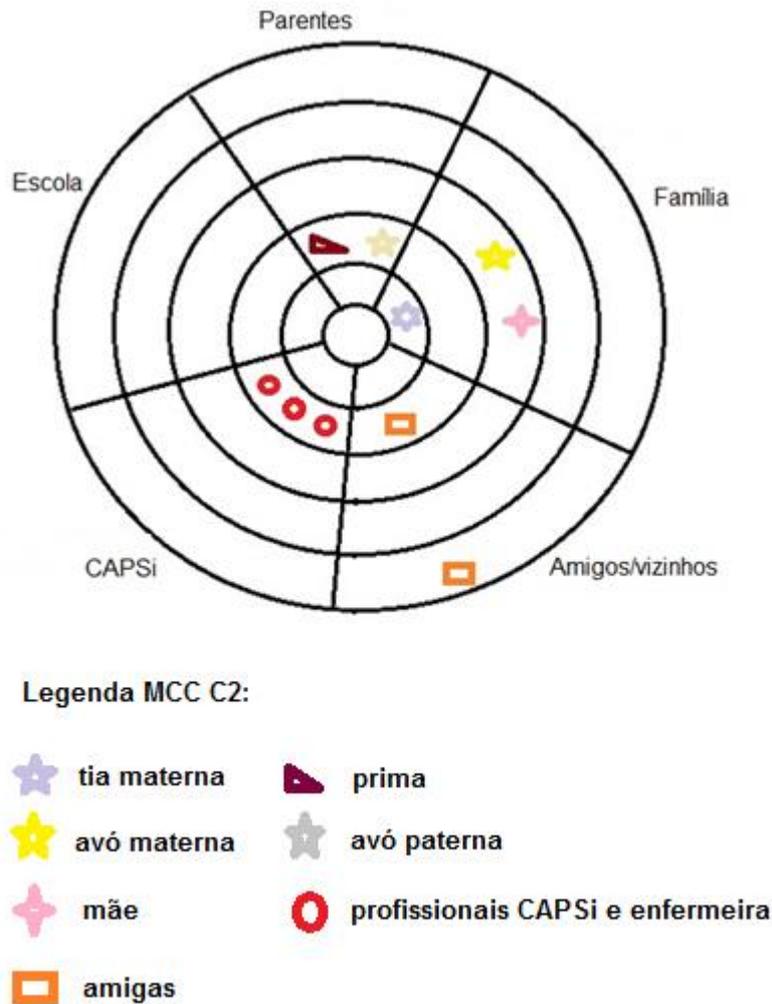


Figura 9 - Mapa dos Cinco Campos C2

O mapa da participante C2 revelou que se sentia segura com 10 pessoas em sua rede social. Entretanto, chama a atenção para o fato de citar sua tia materna na posição de maior proximidade, citando a mãe e a avó materna apenas no terceiro círculo, correspondendo ao campo *família*.

No campo *parentes*, cita sua prima e avó paterna. Citou no *CAPSi* dois profissionais e a enfermeira. No campo *amigos/vizinhos* citou uma amiga no círculo de maior proximidade e outra amiga com vínculo insatisfatório devido ao rompimento da relação. No campo destinado à *escola*, não conseguiu citar ninguém.

Ao conversarmos sobre quais situações que a preocupavam, a menina respondeu:

Não sei, acho que nenhuma, (...), não quero passar fome, já fiquei sem comida em casa (C2).

A negligência, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), é um desmazelo aplicado às crianças, relacionando-se à ausência de cuidados necessários às condições adequadas para o desenvolvimento físico, afetivo, cognitivo, psicológico, moral e educacional. Os atos de negligência podem ser praticados por pessoas próximas que respondem pelo cuidado da criança, no ambiente doméstico, quando praticadas por quem convive ou pessoa com laços consanguíneos, em instituições públicas, a exemplo, escolas ou outras organizações que possuem a finalidade de cuidar e proteger os menores de idade.

A negligência sofrida por C2 ocasionou marcas em sua vida. Justamente, neste período de sua existência, que necessita de cuidados e encaminhamentos por parte da mãe e das familiares, construindo educação para o exercício da cidadania. No momento em que C2 não possui uma referência familiar que ofereça proteção e cuidado, suas crenças serão construídas a partir de experiências que dependerão de interpretações próprias, que serão vividas neste ambiente, mas também em outros como a rua. Há que se destacar que a situação de miséria vivenciada por C2 dificulta o acesso aos elementos básicos de sobrevivência, dificultando seu desenvolvimento pleno.

Conforme Minayo (1994), a violência estrutural que expõem crianças se apresenta associada à negligência e aos maus tratos, tornando-os mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Essas práticas estão naturalizadas, influenciam profundamente a sociedade, permitindo que os indivíduos aceitem a violência de acordo com “o papel que lhes corresponda” (MINAYO, 1994, p. 8). A violência estrutural neste caso fica evidente na medida em que F2 e C2 não possuem condições mínimas de sobrevivência.

Assim, um dos papéis essenciais da família é à garantia de cuidado e proteção às crianças. Entretanto, nessa situação, a família de C2 caracteriza-se por condições extremamente adversas oriundos dos problemas sociais que as mesmas enfrentam devido à desigualdade social, que tem origem nas barreiras sociais, econômicas e culturais, e que provocam a violação dos direitos humanos e a privação no acesso aos insumos básicos para o desenvolvimento de C2, como por exemplo, o direito básico à alimentação.

As dificuldades no acesso às condições básicas vividas por C2 a coloca em situação de vulnerabilidade social e compromete o desenvolvimento em sua plenitude, tendo em vista as discrepâncias entre a disponibilidade dos recursos materiais e o acesso.

Essas situações experimentadas por C2, nas quais suas necessidades básicas de sobrevivência não são atendidas em sua totalidade, passa a estimular a permanência de C2 por longos períodos na rua como possibilidade de fuga aos danos físicos e psicológicos que a negligência causa, e que tem sido estimulada também pelo estado de miséria e carência de afeto. O espaço da rua caracteriza-se por ser um território que pode ser de todos e ao mesmo tempo de ninguém e, por esta razão, ao mesmo tempo que afastam C2 da violência estrutural experimentados em casa, a expõe às situações de vulnerabilidade, riscos e outras formas de violência na rua (FARAH, 2009).

7.3 Rede social e afetiva C3

A atividade foi realizada no CAPSi, em uma sala separada para que C3 pudesse sentir-se mais segura. Percebe-se que C3 é bastante tímida, com poucas interlocuções. Possivelmente, sua confiança em adultos esteja relacionada com as vivências dela em relação a pessoas de sua rede social e afetiva (Diário de Campo C3).

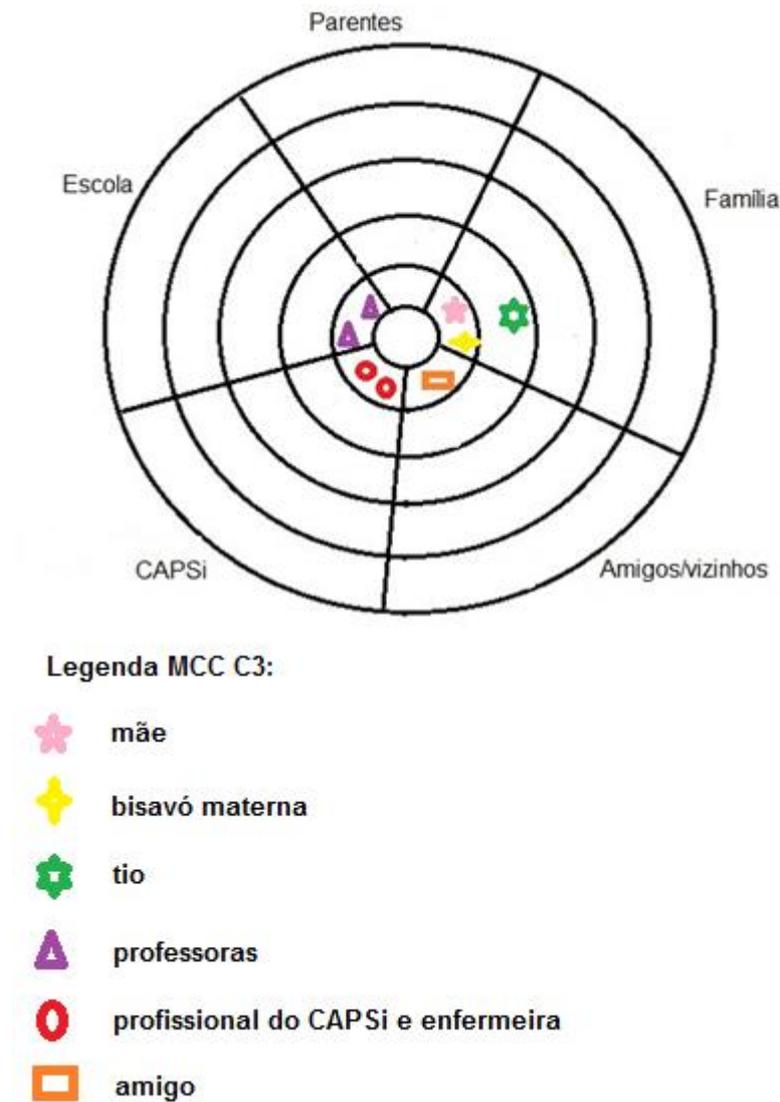


Figura 10 - Mapa dos Cinco Campos C3

A singularidade da trajetória terapêutica de C3 aparece durante todos os encontros que realizamos para as atividades. Fica evidente sua carência afetiva e a necessidade de articulação em sua rede social e afetiva. Em seu mapa, C3 revelou sentir-se segura com oito pessoas. Uma das peculiaridades da atividade foi o fato de não conseguir citar nenhuma pessoa no campo *parentes*. Atribui-se isso à possibilidade de ter relação com o fato de ter experimentado rupturas em suas relações afetivas com a família paterna.

No campo *família*, citou três pessoas como sendo aquelas com as quais possui maior vínculo e sente-se segura: sua bisavó, sua mãe e um tio. Mesmo tendo experimentado situações negativas em relação à mãe, devido aos inúmeros desentendimentos e agressões verbais e físicas empreendidos, C3 considera que

sua mãe é uma pessoa significativa em sua rede, pois a coloca na mesma posição que a bisavó, que é de fato a pessoa responsável pelo cuidado de C3, como descrito no primeiro capítulo. No campo *escola*, citou somente duas pessoas, identificando-as como suas professoras. Entretanto, não conseguiu expressar nenhuma vivência sobre acontecimentos na escola que envolvesse as pessoas citadas neste campo.

No campo *CAPSi*, citou uma profissional do serviço e a enfermeira-pesquisadora. É importante ressaltar que C3 possui um vínculo muito forte com a profissional que a atende no serviço, demonstrados nos inúmeros desenhos que realiza e presenteia a profissional.

As histórias de vida são marcadas por adversidades de toda natureza, além da exclusão e rupturas, que também podem comprometer o desenvolvimento humano e acarretar danos em outras etapas da vida. A violência doméstica nas suas variadas formas de expressão é vivenciada pela participante da pesquisa.

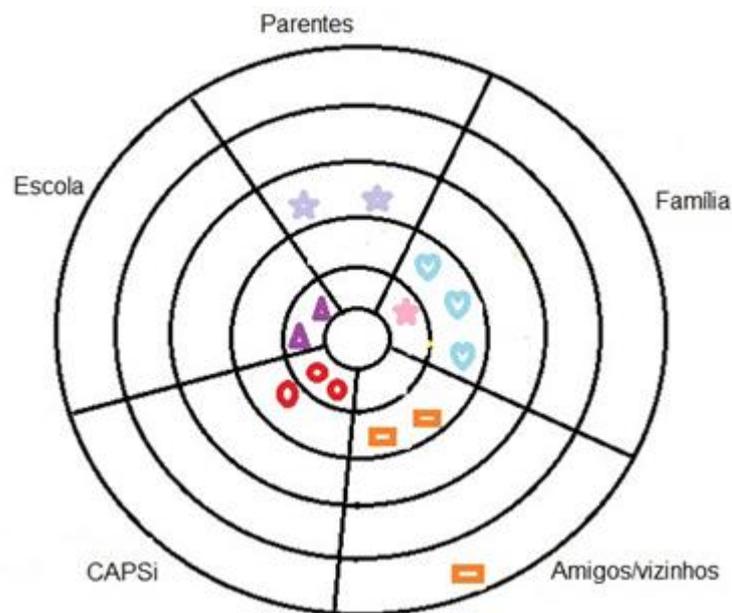
No campo *amigos-vizinhos*, C3 cita somente um amigo, em quem confia e que em sua fala o descreve como “melhor amigo”, porque é também seu confidente, a “ajuda em muitas situações”.

Durante a realização da atividade, C3 permaneceu atenta ao MCC e aos bonecos que escolhia para compor sua rede social e afetiva. Enquanto colocava os bonecos, somente citava as pessoas. Se tentou estimular sua narrativa em relação a cada uma das pessoas citadas, perguntando-lhe se gostaria de contar alguma história sobre essa pessoa, mas ela disse que não, e foi respeitada sua vontade. Assim, C3 apresentou as pessoas de sua rede social e afetiva da maneira como se sentiu melhor para conversar sobre.

Ao término da atividade com o MCC, C3 perguntou se poderíamos brincar em outra sala. Eu disse que sim, e C3 propôs que brincássemos de professora e aluna. Ela fez o papel de professora, passando atividades no quadro negro para que eu (sua aluna) pudesse resolver. Este momento foi importante para ambas, pois C3 teve a oportunidade de brincar de ensinar desenvolvendo sua auto-expressão, sua autoestima e senso de companheirismo. Para a pesquisadora, foi um momento que permitiu aproximar-se de C3, conhecendo seus interesses, desejos e vontades.

7.4 Rede Social e Afetiva de C4

Realizar a atividade com C4, em sua residência, oportunizou conhecer um pouco mais sobre sua realidade social, moradia, família, os limites de acesso aos serviços devido à localização de sua casa, e também pela mãe que está gestante, mesmo sendo uma condição transitória, mas não menos relevante para entender o contexto familiar e da rede social e afetiva.



Legenda MCC C4:

-  mãe
-  irmãos
-  tias
-  professoras
-  profissionais do CAPSi e pesquisadora
-  amigas e amigo

Figura 11 - Mapa dos Cinco Campos C4

Nesse mapa, a característica singular se deve ao número de pessoas citadas nos campos. C4 foi a criança que mais citou pessoas em sua rede social e afetiva,

totalizando 14 pessoas. No campo *família*, citou a mãe e seus três irmãos, inclusive o que estava para nascer na época, demonstrando a importância da família, e quem são as pessoas com as quais ela se sente segura. Em relação à sua mãe diz: (...) “a mãe sempre me ajuda nos temas” (C4).

No campo *parentes*, citou duas tias: uma delas é sua tia materna e a outra é irmã de seu padrasto. C4 relata que sua tia materna ajuda muito sua mãe no cuidado com o irmão mais velho, e sua outra tia cuida de C4 e sua irmã em diferentes momentos, para que sua mãe consiga fazer suas coisas. Em relação à tia materna, complementa:

A tia nunca contou nenhum segredo meu, (...) já ficou comigo várias vezes e me tratou bem. (C4)
Deu um problema lá e ela ficou comigo e com a maninha, mãe foi atrás do advogado, não sei explicar direito. (C4)

No campo *escola*, citou uma professora e um professor. Relata que os dois a ajudaram bastante a aprender e fazer as provas. Ela diz:

O professor me ajudou a fazer os trabalhos, as continhas de dividir, de somar, aí eu aprendi (...).A professora, tenho reforço todos os dias, só quarta que não tem, ajudou a ver as letrinhas e como que era pra mim escrever as palavrinhas (C4)

No campo *amigos-vizinhos*, citou três pessoas, sendo que elas são seus colegas na escola, mas considera também como seus amigos. Contou uma situação da qual uma das amigas e colegas a ajudaram:

A (...) colega de sala de aula, xingaram o colega porque chamou as duas de baixinha, e outro dia chamou de menina catarrenta, (...) não gostei porque vai ver que ele nunca teve isso (C4).
Menina é muito amiga (C4).
O menino não é amigo, diz que vai fazer um plano pra nos agredir, mas nunca faz, só mente, como sempre (C4).

No campo *CAPSi*, situou três pessoas em sua rede, sua técnica de referência, a cozinheira e a pesquisadora. Contou que sua técnica de referência “ajuda nas continhas”, e sobre a outra profissional do CAPSi refere:

Fala para não brigar, pra fazer silêncio na hora que vai comer e não brincar com a comida (C4).

Para Sarmento (2011), as crianças nascem como seres sociais incorporados em uma sociedade definida, e por esta razão constroem o mundo social através de uma interpretação do mundo que as cerca. Contudo, através de sua interação e interpretação desta sociedade, e com emprego da comunicação e linguagem, desenvolvem suas próprias culturas, assim como seus mundos sociais (SARMENTO, 2011).

Para o autor, existem elementos na sociedade que são incorporados pelas crianças ao realizarem uma interpretação destes elementos que os cercam.

Vale ressaltar que as condições estruturais socioeconômicas influenciam o contexto de vida das crianças. C4 foi encaminhada pela escola devido às dificuldades de aprendizagem, e por estasição pontual que a escola encaminhou para o serviço de saúde mental. Entretanto, co-existe uma discussão que deve ser mais bem problematizada, sobre quais são os determinantes sociais que estão influenciando seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social.

A escola possui, em sua organização pedagógica, um espaço destinado para a atenção às crianças que estão apresentando dificuldades de aprendizagem ou outros problemas relacionados.

Para Assis, Avanci e Oliveira (2009), há uma íntima relação com os problemas de aprendizagem apresentados pelas crianças com os determinantes sociais. Destacam que viver em condições precárias, a baixa escolaridade dos pais, viver em famílias monoparentais, com a presença de madrasta e/ou padrasto, ou mesmo a presença de outras pessoas, caracterizam-se por esses condicionantes.

Viver em famílias com ampla desvantagem social expressos pelos condicionantes sociais, de educação, demográficos e econômicos tendem a influenciar o contexto de vida e culminar em problemas de desenvolvimento das crianças.

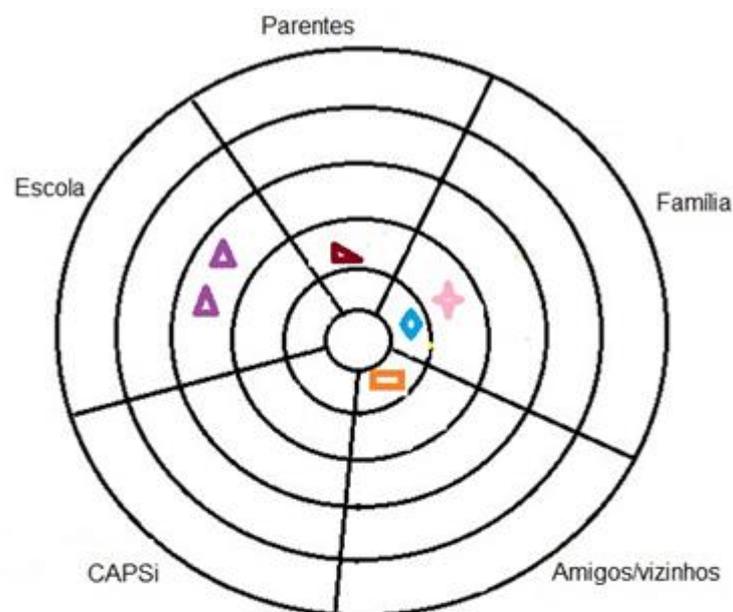
De acordo com Sarmiento (2011), a percepção da criança permite revelar fenômenos sociais muitas vezes imperceptíveis ao olhar do adulto. A infância, como categoria social, permite o alcance às estruturas dinâmicas e sociais que são reveladas por meio da fala das crianças, além de possibilitar o acesso à infância no sentido mais amplo.

Neste sentido, a fala das crianças revela sutilmente algumas estruturas que servem para normatizar comportamentos. Por meio da narrativa de C4, escutamos em diferentes momentos uma imposição dos adultos em relação ao momento da alimentação. A criança aprende, através da brincadeira, como se calar para comer ou que não brinque durante a refeição.

7.5 Rede Social e Afetiva de C5:

Realizamos a atividade do MCC em uma das salas disponibilizadas pelo serviço. C5 demonstrou interesse pela atividade e escutou atentamente às orientações sobre como seria. C5 conseguiu realizar a atividade em um tempo menor que os outros participantes, dizendo que provavelmente isto está relacionado à sua capacidade cognitiva:

Deve ser porque há inteligência, eu aprendi a ler com quatro anos e entrei no jardim com cinco anos (C5).



Legenda MCC C5:

-  pai
-  mãe
-  primo
-  professora
-  amiga

Figura 12 - Mapa dos Cinco Campos C5

No desenvolvimento do Mapa dos Cinco Campos, C5 situa em sua rede seis pessoas no total. Surpreendeu no campo *CAPSi*, porque não cita nenhuma pessoa. No campo *família*, refere que seu pai é a pessoa que sente mais próxima colocando-

o no primeiro círculo, em seguida acrescenta sua mãe, colocando-a no círculo seguinte ao do pai. Lembrou que:

O pai ajudou quando eu caí da árvore, tinha um galho podre, eu caí, pai que me ajudou, me socorreu, quando preciso de ajuda o pai está lá sempre. (C5)

Em relação à mãe, explica que:

Ajudou quando ficou doente, estava doente, deu remédio, cuidou, deu mais remédio. Eu estava com sarampo e estava em casa. Então sempre que estou doente a mãe me ajuda (C5).

Enquanto vai acrescentando os bonecos, ressalta que possui uma preocupação com a mãe, pois verbaliza que:

Minha mãe não pode ter mais filhos, pois toma remédio muito forte para cabeça, (...) ela tem pressão alta e problemas dos nervos (C5).

No campo *parentes*, situa uma amiga e diz a idade dela, que possui nove anos, e relata:

Brincamos e jogamos jogos, na maioria das vezes ela sempre ganha e na minoria sou eu, (...) moramos próximo, sempre brinca comigo quando tem horários livres (C5).

Em relação à representação do segundo boneco, acrescenta:

Meu primo é amigo além de ser primo, quando a mãe dele que é minha prima vem aqui, (...) porque ele é de segundo grau, quando tropecei e caí ele ajuda, por isso é meu primo favorito, mesmo sendo de 2º grau. Ele estuda na minha mesma escola (C5).

Na entrevista, C5 citou no campo *escola* duas professoras, e localizou as bonecas no terceiro círculo, contando que elas são muito boas como professoras, e relata:

São boas, elas ajudam quando estou com dificuldades, mesmo quando elas ficam brabas não deixo de gostar delas (C5).

Pergunto a C5 por qual motivo as professoras ficavam brabas, e ele rapidamente responde:

Eu aprontava, brigando, rabiscando os livros e só, mas agora faço isso poucas vezes (...) Gostaria até de repetir de ano (C5).

No campo CAPSi, para surpresa da pesquisadora, nenhum profissional é citado. Sua resposta é bastante significativa, pois C5 faz acompanhamento há algum tempo, há aproximadamente seis anos, já deveria ter um bom vínculo com os profissionais do serviço.

O conhecimento da rede social e afetiva implica em:

Os resultados apresentados de cada uma das participantes da pesquisa possibilitou conhecer suas redes sociais e afetivas, bem como aspectos positivos e

negativos das relações vivenciadas em diferentes cenários. Verificou-se a presença da família como a escolha inicial para a construção do mapa, mas também parentes foram citados como família nuclear, mesmo não residindo na mesma casa e município.

A escolha de pessoas para compor a rede social e afetiva realizada pelas crianças indica a necessidade de potencializarmos a utilização de ferramentas que possibilitem a expressão oral das necessidades, desejos e expectativas das crianças, uma vez que nem sempre os espaços institucionais privilegiam a fala delas.

Identifico como fator negativo a baixa presença paterna nos mapas, pois somente duas crianças citaram seus pais como figuras presentes e atuantes em seu cuidado. Também observo como fator de risco a presença de poucas pessoas na rede social e afetiva de duas crianças (C3 e C5), contando com oito e seis pessoas, respectivamente. Para C1, nove pessoas fizeram parte da construção de seu mapa e C2 apresentou 10 pessoas ao total em seu mapa, sendo C4 a criança que citou mais pessoas em sua rede num total de 14 pessoas.

Neste sentido, apontamos como necessidade dos serviços articularem-se para elaborar estratégias que possibilitem a movimentação desta rede de apoio, a fim de garantir que as crianças efetivamente se beneficiem das relações que são estabelecidas nesta trajetória terapêutica, uma vez que as pessoas que apareceram no mapa não são pessoas que estão sendo citadas ao acaso, mas porque as crianças de fato citam as pessoas com as quais sentem-se seguras e que podem contar em diferentes momentos de suas vidas.

De acordo com Winnicott (2014), um dos papéis fundamentais desenvolvidos pelos pais em relação aos seus filhos é a capacidade de ensiná-los a aquisição de estratégias naturais para lidar com o estresse, com os eventos adversos cotidianos e a percepção da sua capacidade para lidar com o que está à sua volta de maneira competente.

8 IDENTIFICANDO AS POTENCIALIDADES E/OU FRAGILIDADES DA REDE SOCIAL E AFETIVA, E AS TRAJETÓRIAS COMUNS

Neste capítulo, abordarei as trajetórias comuns das crianças e seus familiares na busca pelos espaços de cuidados, identificando as potencialidades e/ou dificuldades de localizar e utilizar os recursos que estão disponíveis em seus territórios. Para esta construção, me apoiarei nos materiais que serviram de suporte para a composição das trajetórias. A consulta ao prontuário e a construção singular do mapa de cada criança foram importantes para descrever suas histórias. Além desses suportes, utilizarei as entrevistas narrativas realizadas pelos seus familiares como fonte principal para contar as trajetórias comuns.

(...) porque teve muitas situações na escola assim, e aí tu chega para professora e pergunta e eles não sabem te dizer nada, eles só vem no ato, mas se tinha alguma coisa antes, se estavam provocando, se chutaram antes daquele momento, aí elas não sabem te dizer, eu acho que se fizesse alguma coisa teria que ver o todo, não só um, e aí que nem nós dizíamos pra elas, várias vezes nos dissemos pra elas, que não adianta punir um aluno e não ajudar os outros a entender o porquê aquele aluno é diferente, aí elas simplesmente ficam sem ter o que falar, aí é muito mais fácil descartar um do que tentar ajudar dez, tem esses pequenos lados, e aí pra te dar um conselho tem vinte, mas para te ajudar não tem nenhum (F1).

A entrevista de F1 indica que a escola não consegue trabalhar com as causas, com o histórico dos estudantes; parte do imediato, daquilo que está dado e não investiga o que leva às atitudes que são consideradas inaceitáveis nas relações escolares.

Partimos do entendimento de que as crianças necessitam ser olhadas e cuidadas pensando para além de rótulos impostos por um diagnóstico, para além de suas crises e surtos descritos em seus prontuários.

Para compreendê-las, é necessário muito mais que um trabalho setorializado e ações solitárias circunscritas às paredes dos serviços (DALMOLIN, 2006). As redes articuladas e ativadas pelas pessoas que fazem parte dela são

imprescindíveis porque cumprem um papel no cuidado em saúde mental nos diferentes espaços como as UBS's, as escolas, a família, os amigos, os vizinhos e os parentes, rompendo com uma prática que pensa a atenção psicossocial somente realizada dentro do CAPSi.

Para Siqueira e Dell'Aglio (2010), ao proporcionarmos espaços onde as crianças expressam suas subjetividades, percebemos quais as relações estabelecidas em seu território que, conforme Santos (2008, p.96), "é o chão mais a população", percebendo as questões de suas relações com a aquilo que é próprio de sua vida. Assim, as trajetórias das crianças estão sendo atravessadas por um saber centralizador que não existe somente nas instituições de saúde mental, mas que origina-se dela e encontra vazão em outras esferas sociais, adquirindo contornos sutis e obscuros de dominação e exclusão (DALMOLIN, 2006).

Cabe ressaltar ainda que o Movimento de Reforma Psiquiátrica possibilita ampliar discussões sobre o processo de sofrimento psíquico e as práticas de cuidado (COSTA-ROSA, 2012). As diferentes formas de exclusão ganham força nos discursos hegemônicos sobre a patologização, que tratam logo de justificar o comportamento indesejado da criança somente pela questão biológica, sem questionar a situação social a qual estão submetidas (ZAVASCHI, 2009).

Esta lógica existente nos discursos é perversa e alienante, pois retoma da forma sutil conceitos sobre a infância que encara sua condição não como um ser em desenvolvimento que é permeado pelas vivências sociais, mas como objeto que poderá ou não ser concertado mediante saberes técnico-científicos, que não relacionam a história de vida com o processo de sofrimento psíquico (ZAVASCHI, 2009).

Historicamente, os discursos sobre a infância acompanham as características políticas e econômicas de seu tempo (CORAZZA, 2002) que, segundo Santos (2008), relaciona-se com as definições e formas de pobreza dos países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento geradas a partir do capital. A naturalização da exclusão possui suas raízes na naturalização da pobreza que é resultante de causas que convergem em diversos níveis oriundos do sistema político neoliberal sustentados pela conivência de uma classe de intelectuais que servem "para legitimar essa naturalização" (SANTOS, 2008, p. 72).

Esse modelo de sociedade brasileira, que naturaliza os problemas sociais, possui raízes na dominação, na exploração e na violência que concebe a estrutura

familiar e social como território patriarcal, colocando mulheres e crianças sob o poder inquestionável do homem, construindo lares com leis próprias, onde se permite agredir, violentar e, em situações não raras, matar (CORAZZA, 2002; WOODMAN et al., 2011; COSTA, COUTINHO, ARAÚJO, 2011).

O contexto de vida em que se encontram as crianças desta pesquisa também são frutos da banalização disseminada nesta sociedade sobre a violência e a pobreza, que lhes garante os desdobramentos inequívocos da condição de classe de suas famílias (CORAZZA, 2002; SANTOS, 2008).

O advento da modernidade garantiu alguns direitos por meio do ECA a partir da década de 90 (BRASIL, 1990), entretanto, a infância observada nesta pesquisa está intrinsecamente associada à classe socioeconômica de cada uma delas, e por isso estão sujeitas a situações e condições de violência física, sexual, psicológica e negligência.

Cabe ressaltar que os familiares das crianças que hoje fazem parte deste estudo também vivenciaram em suas infâncias e encontraram tantas outras dificuldades em suas trajetórias. Por esse motivo e tantos outros, entende-se que as condições de violência e negligência atravessam as gerações familiares.

Não se afirma aqui que a violência apresenta-se somente em uma classe social, pelo contrário, entende-se que ela está pulverizada na sociedade e atinge contextos globais, evidenciando-se em diversos espaços sociais, aparecendo de diferentes maneiras, das mais mascaradas formas às mais visíveis (COSTA, COUTINHO, ARAÚJO, 2011).

Contudo, é compreensível que a discussão sobre os aspectos sociais são fundamentais para a apreensão das trajetórias que estão encadeadas em diversas situações que essas crianças vivenciaram e vivenciam em seus lares, em suas escolas, com seus amigos, com seus parentes, nos territórios de vida.

(...) para ela (C4) (...) vai ser sempre uma pessoa estranha (F4).

A C2 gostava muito do pai dela, quando foi embora chorava muito, queria ele, e ele não dava atenção (F2.)

As crianças eram carta fora do baralho, não procurava as crianças (F3).

Dalmolin (2006) revela que as trajetórias terapêuticas podem ser construídas a partir de escolhas e conquistas que acontecem no cotidiano dos espaços, essa dinâmica estabelecida no contexto das relações nos desafia a compreender os diferentes aspectos e singularidades das crianças, uma vez que elas vão

aprendendo e desenvolvendo certa autonomia para desempenhar seus papéis sociais junto à sua família, amigos e conhecidos. Contudo, no contexto das crianças, compreende-se que suas escolhas e conquistas ainda são processos controversos quando situações de violência física, psíquica, sexual e a negligência fazem parte do cotidiano (COSTA, COUTINHO, ARAÚJO, 2011).

Nos contextos das crianças que participaram deste estudo, a violência esteve presente de várias formas, em diferentes momentos e em diferentes graus causando sofrimento.

Percebemos que as crianças participantes desta pesquisa, pela complexidade de suas demandas e vulnerabilidades que enfrentam, apresentam dificuldades no ambiente escolar, o que se torna evidente na medida em que a maioria (C1, C3, C4 e C5) foi encaminhada pela escola para atendimento no CAPSi. Somente uma das participantes foi encaminhada pelo serviço de atenção psicossocial de outro município.

Esses dados são relevantes para pensarmos em algumas questões sobre a relação que se estabelece entre a educação e a saúde. Segundo Leonhardt (2014), não existe cultura nem saúde se as duas caminham sozinhas. A saúde está ligada ao contexto da cultura, assim como também se relaciona intimamente com o contexto da saúde. Ambas são essenciais no que se refere a preservar e promover o desenvolvimento saudável das crianças (LEONHARDT, 2014).

Ao afirmarmos a existência da simbiose entre duas grandes áreas de conhecimento, lidamos com uma questão fundamental que emerge de seus contextos de vida. Neste contexto, existe uma contribuição importante do ponto de vista da situação social e nível de escolarização de seus familiares, a qual influenciará no desenvolvimento da personalidade de cada criança participante deste estudo (LEONHARDT, 2014).

Ele não tinha o controle na escola, (...) ele ficava em pânico, porque não tinha o controle e ficava brabo muito fácil, e a gente notava que tinha alguma coisa errada, (...) ele não consegue admitir a derrota (F1).

A fala de F1 indica que C1 apresentava dificuldades de adaptação na escola, em virtude não conseguir manter o autocontrole, desenvolvendo um sentimento de derrota. Este episódio, assim como outros apresentados nos relatos de F1 e de C1, necessitam de encaminhamentos que incluam e acolham C1 e sua família

permitindo um enfrentamento da situação de maneira pedagógica, levando em consideração os relatos de C1 sobre os episódios, adotando uma postura empática e que promova a comunicação da criança com os professores e colegas.

As razões para estimular a participação e o protagonismo das crianças nos espaços que ela transita favorecem a resiliência que significa a capacidade de superação das adversidades e da capacidade de lidar positivamente com momentos difíceis como os apresentados por C1.

Ao reconhecemos que as crianças são sujeitos singulares, com suas características próprias, e que nem a questão cronológica consegue colocá-las em um mesmo patamar de desenvolvimento, esta postura vai ao encontro do reconhecimento das peculiaridades que elas possuem.

Como fragilidades da rede social e afetiva destaca-se o encaminhamento precoce via escola; longa permanência no serviço; medicalização-patologização; ausência da figura paterna. Por outro lado, como potencialidades da rede social e afetiva destaca-se os vínculos construídos ao longo das trajetórias terapêuticas demonstrados no MCC; e o papel da família, identificando as pessoas com as quais eles podem contar.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, busquei, por meio das narrativas das crianças e seus familiares, a reconstrução das trajetórias terapêuticas das crianças vinculadas a um serviço de atenção psicossocial, e a construção de suas redes sociais e afetivas no município de São Lourenço do Sul.

O objetivo central deste trabalho foi analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o CAPSi, de maneira a contar suas histórias de vida a partir das suas narrativas, promovendo a participação como protagonistas desta pesquisa.

Conforme os resultados obtidos, percebe-se que as trajetórias terapêuticas das crianças são atravessadas por inúmeras situações e aspectos que merecem uma atenção especial das pessoas que compõem suas redes.

Cabe ressaltar que a maioria das crianças recebeu encaminhamento via escola, então, ao refletir sobre a trajetória terapêutica de C3, C4 e C5, percebo que os problemas escolares que os levaram ao atendimento no CAPSi são passíveis de resolução em um outro tipo de serviço que possa responder às dificuldades vivenciadas pelas crianças no espaço escolar. Da mesma forma, o encaminhamento precoce feito pelo espaço escolar evidencia a necessidade de articulação entre os diferentes setores e serviços educacionais e de saúde.

Analisando as trajetórias terapêuticas de C1, C2, C3 e C5, percebe-se a presença da medicalização como dispositivo de controle no comportamento das crianças, indicando fortemente a presença de uma lógica de patologização deles, sem a devida discussão sobre os aspectos sociais que envolvem as trajetórias.

Considerando a tarefa das redes sociais e afetivas de promover o desenvolvimento integral das crianças participantes deste estudo, em complementação à ação das famílias, observa-se a necessidade de estratégias de

intervenção educativas que possibilitem a essas crianças experiências promotoras das capacidades e habilidades pouco desenvolvidas no ambiente familiar.

Os resultados apresentam a rede social e afetiva das crianças que frequentam um serviço de atenção à saúde mental. A metodologia empregada possibilitou o conhecimento das trajetórias terapêuticas realizadas pela criança e seu familiar, assim como a rede social suas potencialidades e/ou fragilidades como fator protetivo ao desenvolvimento de cada criança. Torna-se evidente a necessidade de construção de processos solidários em suas trajetórias que respeitem sua condição de vida, de cultura, que estabeleça vínculos com suas famílias.

A partir dos referenciais utilizados, percebe-se que avanços significativos ocorreram em relação ao cuidado em saúde mental com as crianças no território com a criação de serviços abertos e comunitários. Entretanto, ainda existem lacunas na maneira como traçamos e praticamos o cuidado das crianças, principalmente no que diz respeito a escutá-las em suas singularidades.

A coleta de dados ocorreu por meio das anotações no diário de campo, análise do prontuário, entrevista narrativa e o mapa dos cinco campos como instrumento lúdico para favorecer a fala das crianças. Os familiares também participaram da pesquisa para que pudessem complementar aspectos importantes que não aparecessem na narrativa delas. Participaram deste estudo cinco crianças e seus respectivos familiares.

Os objetivos específicos foram: descrever as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil; identificar as facilidades e/ou dificuldades encontradas na busca pelo cuidado das crianças em sofrimento psíquico; conhecer as redes sociais das crianças que frequentam o Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil, os quais foram todos alcançados.

Realizou-se a descrição detalhada das trajetórias terapêuticas das crianças e de aspectos e acontecimentos que consideraram importantes em suas vidas. A análise das informações dos prontuários e as entrevistas permitiram reconstruir as trajetórias singulares de cada uma delas, mas também conhecer e analisar as trajetórias comuns, como o encaminhamento para o serviço, a medicalização, a situação socioeconômica e a ausência de pessoas importantes como a figura paterna em suas redes sociais.

O mapa dos cinco campos revelou-se como uma importante ferramenta para conhecer a rede social e afetiva de cada criança, possibilitando uma narrativa própria sobre as vivências, acontecimentos e fatos históricos sobre casa uma das pessoas citadas em sua rede. Bem como conhecer os vínculos afetivos e rupturas ocorridas em suas trajetórias. Assim sendo, o trabalho deve ser pautado pelo reconhecimento dos fatores de risco em consonância com os fatores de proteção, fortalecendo vínculos e a identidade familiar como forma de prevenção a violência doméstica.

O pressuposto desta pesquisa fundamentou-se na necessidade de que o cuidado em saúde mental precisa ser realizado nos diferentes espaços onde a criança transita, o qual foi confirmado através da análise das trajetórias e das redes sociais nos diferentes cenários em que a vida das crianças acontece. Portanto, somente a articulação dos diferentes serviços, locais e instituições poderão realizar um cuidado centrado nas demandas e necessidades que as mesmas expressam.

Essas considerações indicam a necessidade de novos estudos que utilizem metodologias inovadoras que auxiliem na compreensão dos aspectos que influenciam nas relações entre a criança e seus familiares, de maneira a (re)significar o desenvolvimento da singularidade de cada uma delas.

Retomar os principais resultados sucintamente

A principal potencialidade deste trabalho está na oportunidade de escutar as crianças e compreendê-las a partir do conhecimento que elas possuem sobre sua vida. Foi possível também que elas expressassem suas críticas em relação ao mundo que elas vivem e convivem. Escutá-las permitiu ir além da observação, ir além de registros pontuais sobre determinados comportamentos, oportunizou um momento para que elas expressassem suas vontades e necessidades. Neste sentido um dos limites do estudo relaciona-se com a realização da atividade do MCC e da entrevista com as crianças no serviço, evidenciamos que aquelas que realizaram a atividade em sua residência demonstraram mais tranquilidade no desenvolvimento da atividade. Outra questão relaciona-se com a possibilidade de conhecer o local onde moram, como moram e com quem moram, quais são as dificuldades de acesso a rede, quem são as pessoas que de fato estão mais próximas e que podem contribuir com o cuidado das mesmas.

A existência de poucos estudos que promovam a participação da criança como protagonista de suas histórias é um dos limites encontrados na construção

científica, bibliográfica e metodológica, uma vez que a participação das crianças em estudos científicos ainda é tímida em relação à quantidade de estudos existentes com outros públicos.

Entender o processo de participação e protagonismo da criança na contribuição e construção da cultura social é fundamental para o fortalecimento de uma cultura de respeito às singularidades e as escolhas, de tolerância entre as pessoas e de desenvolvimento da cidadania. Assim é necessário romper com a ideia de incapacidade e incompletude para que a participação da criança seja uma realidade social em todos os espaços onde ela transita.

Algumas questões desafiam a necessidade de aprofundamento e debate sobre as trajetórias terapêuticas e o papel das redes sociais e afetivas encontradas neste estudo, mas que apontam para uma realidade comum entre as crianças. O encaminhamento precoce via escola, a longa permanência no serviço; a medicalização, os conflitos familiares (ausência da figura paterna) e a vulnerabilidade.

Como contribuições para o meio científico, serviços de saúde e para a rede; a possibilidade de construção de fundamentos teórico-metodológicos que possibilitem dar vez e voz a infância, em especial as crianças em atendimento psicossocial, bem como o retorno para os profissionais que fazem parte das trajetórias qualificando suas intervenções, por meio de planejamento e a organização de atividades no serviço.

Revisão e formulação de novas políticas públicas que contemplem a singularidade da criança;

Os resultados de pesquisa apontam para a possibilidade de que os serviços de atenção psicossocial substitutivos não reproduzam a lógica manicomial, o estigma, o preconceito, a exclusão e a segregação; por meio da utilização de metodologias inovadoras como o MCC que possibilita uma aproximação com o mundo da criança e de sua rede social e afetiva.

Assim a compreensão das trajetórias terapêuticas e das redes sociais e afetivas tem por finalidade auxiliar e apoiar ações a serem desenvolvidas pelos profissionais que realizam o cuidado das crianças que participaram deste estudo, na medida em que as trajetórias terapêuticas e as participantes trouxeram informações importantes para possibilitar o planejamento de ações futuras.

Espera-se que este estudo contribua para a qualificação das práticas de atenção a saúde mental no que diz respeito ao cotidiano dos serviços, resgatando direitos fundamentais das crianças e suas famílias, bem como a efetivação dos mesmos.

Da mesma forma aponta-se a necessidade de estreitar laços com a escola, partindo de uma sensibilização desta instituição para que reúna as condições necessárias à avaliação das crianças que frequentam este espaço, diferenciando os problemas apresentados por este público.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO, BID, 2002.192 p.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, A.P.M. de. **Sujeitos e(m) movimentos**: uma análise crítica da Reforma Psiquiátrica Brasileira na perspectiva dos experientes. 2012. 279p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ANJOS, C. S. N. **Redes e ação intersetorial**: a experiência de um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil do município do Rio de Janeiro. --2014.121f.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC, 2014. 196 p.

BENCZIK, E.B.P. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v.28, n.85, p.67-75, 2011.

BOMTEMPO, E.; CONCEICAO, M.R. Infância e contextos de vulnerabilidade social - A atividade lúdica como recurso de intervenção nos cuidados em saúde. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**,v.34, n.87, p.490-509, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde/Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fórum Nacional de Saúde Mental infanto-juvenil**. Recomendações de 2005 a 2012. Brasília, 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas, 2ed, série B, textos básicos em saúde, Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 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, 2001.

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 17.943-a de 12 de outubro de 1927.** Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Brasília, 1927.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Entrevista Narrativa. In: **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis: vozes, 2014. p.90 – 113.

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Procedimentos de enfermagem:** Guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CECCARELLI, P. R. Novas configurações familiares: mitos e verdades. **Jornal de Psicanálise**, v.40, n.72, p. 89-102, 2007.

COIMBRA, C. M. B.; AYRES, L. S. M.; NASCIMENTO, M. L. **Pivetes:** encontros entre a psicologia e o judiciário. Curitiba: Juruá, 2009. 202p.

COCCO, M.; SILVA, E. B.; JAHN, A. C. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Revista eletrônica de enfermagem**, v 12 n.3, 2010.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007**. Dispões sobre o código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007

CORDEIRO, A. P.; PENITENTE L. A. A. Questões teóricas e metodológicas das pesquisas com crianças: algumas reflexões. **Revista Diálogo Educacional**, v.14, n.41, 2014.

CORAZZA, S. M. **Infância e educação: era uma vez... quer que conte outra vez**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 204p.

COUTO, M.C.V.; DELGADO, P.G.G. **Intersectorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial**. Lauridsen-Ribeiro, EL & Tanaka, OY. *Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Ed.Hucitec, 2010.p.271-9.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 243p.

EIZIRIK, M.; BERGMANN, D. S. Ausência paterna e sua repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: um relato de caso. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.26, n.3, p.330-6, 2004.

FARAH, M. Crianças e adolescentes em situação de rua e as políticas públicas de atendimento a esta demanda. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v.1, n.1, 2009.

FREITAS, M. C. (Org.). **História social da infância no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 334 p.

GALE, D. D.; MITCHELL, A. M.; GARAND, L.; WESNER, S. Client narratives: a theoretical perspective. **Issues in Mental Health Nursing**, Pennsylvania, v. 24 n. 1, p: 81–89. 2003.

GUEDES, A. C. **Trajetórias terapêuticas: os usuários de saúde mental como protagonistas da própria história**. 2010. 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

INOJOSA, R. M. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.5, p. 115-41, 1999.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.22, p.102-10,

JORGE, M. S. B.; DINIZ, A. M.; LIMA, L. L.; PENHA, J. C. Apoio Matricial, Projeto terapêutico Singular e Produção do cuidado em Saúde Mental. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.24, n.1,p.112-20, 2015.

LAGE, M. T.; ROSA, M. A. C. Evolução da Infância no Brasil: do anonimato ao consumismo. **Revista Eletrônica de Educação**, n.8,2011.

LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. D. Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios do Unicef. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João Del Rey, v.9, n.2, p.201-12, jul-dez. 2014.

LUENGO, F. C. **A vigilância punitiva**: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 142p.

MACHINESKI, G. G.; SCHNEIDER, J. F. O cuidado em saúde mental na infância: uma revisão de literatura. **Revista Thêma et Scientia**, v. 1, p. 120-8, 2011.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p.S7-S18, 1994.

MONTEIRO, A. R. M.; TEIXEIRA, L. A.; SILVA, R. S. M.; RABELO, K. P. S.; TAVARES, S. F. V.; TÁVORA, R. C. O. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 523-9, 2012.

NORONHA, M.; CARDOSO, P. S.; MORAES, T. N.; CENTA, M. D. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 497-506, 2009.

OLIVEIRA, N. A.; RIBEIRO, M. H. L.; COIMBRA, V. C. C. Saúde Mental infanto-juvenil em Pelotas: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**, n.2, p.291-300. 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 6 ed. Rio de Janeiro:Voices, 2014.

PAULA, C. S.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; WISSOW, L.; BORDIN, I. A.; EVANS-LACKO, S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: actions needed in the public sector. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.34, n.3, p. 334-51,2012.

PEREIRA, M. O.; SA, M. C.; MIRANDA, L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.10, p. 2145-54, 2014.

PETRESCO, S. **Prevalência de Transtornos mentais e fatores associados em crianças de 6-7 anos pertencentes à Coorte de Nascimento de Pelotas de 2004**. Tese de doutorado – Universidade Federal de Pelotas. Programa Pós-Graduação em Epidemiologia, 2015.

PRATA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.2, p. 247-56, 2007

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na atenção psicossocial infantojuvenil: um estudo no CAPSi. **Saúde e soc.**, São Paulo, v.22, n.4, p. 1045-1058, 2013.

SARMENTO, M. J., A reinvenção do ofício de criança e de aluno. **Atos de Pesquisa em Educação**, v.6,n.3, p.581-602, 2011.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. Crianças e Adolescentes Institucionalizados: Desempenho Escolar, Satisfação de Vida e Rede de Apoio Social. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.26, n.3, p. 407-15, 2010.

SIQUEIRA, A. C.; TUBINO, C. L.; SCHWARZ, C.; DELL'AGLIO, D. D. Percepção das figuras parenterais na rede de apoio de crianças e adolescentes institucionalizados. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.61, n.1, p.176-90, 2009.

TELLES, T. S.; SUGUIHIRO, V. L. T.; BARROS, M. N. F. Os direitos de crianças e adolescentes na perspectiva orçamentária. **Serviço social e sociedade**, São Paulo, n.105, p.50-66, 2011.

TSZESNIOSKI, C. L.; NÓBREGA, K. B.; LIMA, M. L.; DUTRA, F. V. L. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 363-70, 2015.

ZANIANI, E. J. M.; LUZIO, C. A. A intersectorialidade nas publicações acerca do Centro de Apoio Psicossocial infanto-juvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.20, n.1, p. 56-77, 2014.

WALTER, U. M.; PETR, C. G. Bestpractices in wraparound: a multidimensional reviewoftheevidence. **Social work and society**, v.56, n.1, p.73-80, 2011.

WOODMAN, J.; BRANDON, M.; BAILEY, S.; BELDERSON, P., SIDEBOTHAM, P.; GILBERT, R. Healthcare use by children fatally or seriously harmed by child maltreatment: analysis of a national case series 2005-2007. **Archives of Disease in Childhood**, v.96, n.3, p.270-5, 2011.

Apêndices

Apêndice A- Termo de consentimento livre e esclarecido

(Resolução 466/12 CNS – CONEP)

Estamos convidando(a) você através do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar como voluntário(a) da pesquisa, intitulada “Trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Apoio Psicossocial Infanto-juvenil”. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: Analisar as trajetórias terapêuticas percorridas pelas crianças que frequentam o CAPSi.

A justificativa para escolha da temática deve-se a necessidade de conhecermos a trajetória terapêutica das crianças e sua rede de apoio social, tentando resgatar suas histórias, suas realidades, suas expectativas e suas necessidades de saúde, qualificando assim a prestação do cuidado ofertado pelo serviço.

Serão utilizados como recursos para a coleta de dados entrevistas individuais com os familiares a respeito dos caminhos percorridos para alcançar o cuidado em saúde mental, serão selecionados a partir de um informante chave escolhido por um profissional do serviço, um usuário que percorra diferentes trajetórias que possam servir de informações para esta pesquisa. As entrevistas serão negociadas e agendadas.

Informamos quanto aos benefícios da pesquisa permitirá a troca de informações entre a pesquisadora e os participantes possibilitando o conhecimento de aspectos positivos da vida dos mesmos que poderão ser articulados com os diferentes pontos da rede de apoio. Também possibilitará aos participantes conhecer as potencialidades e/ou fragilidades no acesso aos serviços. Quanto aos riscos informamos que as perguntas poderão gerar algum desconforto, caso ocorra será assegurado o direito de não responder as questões realizadas pela pesquisadora.

Garantimos o sigilo absoluto quanto à identidade dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como, a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine o consentimento abaixo:

Eu _____ pelo presente consentimento, declaro que fui informado(a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação ao procedimentos do estudo; do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

Após a leitura deste documento recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido rubricado e assinado por mim e pelos pesquisadores, ficando outra cópia com os pesquisadores.

Declaro que estou ciente e autorizo o uso de gravador nos momentos em que se fizer necessário. Diante do exposto expresso minha concordância de livre e espontânea vontade em participar deste estudo.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

RG DO PARTICIPANTE: _____

Clarissa de Souza Cardoso.

Email:cissascardoso@gmail.com

(53) 84443465

Valéria C. C. Coimbra

Email:valeriacoimbra@hotmail.com

(53)91195287

Apêndice B- Termo de assentimento livre e esclarecido

(Resolução 466/12 CNS – CONEP)

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Pelotas, ____ de _____ de 2016

Prezado(a)

Estamos te convidando para participar de uma pesquisa, queremos saber quais são os lugares que você frequenta e/ou já frequentou, como por exemplo, a escola, o posto de saúde, a casa de amigos e parentes, entre outros lugares que você queira conversar. As crianças que participarão desta pesquisa tem entre oito e dez anos de idade.

Se você não quiser, não precisa participar da pesquisa, é um direito seu não terá nenhum problema de não participar. A pesquisa será realizada aqui no CAPSi, para isso iremos utilizar um jogo, ele possui um pano de feltro e nele contém alguns círculos, nestes círculos iremos colocar os bonecos de acordo com a sua vontade.

Poderão acontecer coisas boas como contarmos histórias que você goste e também brincarmos com o jogo. Caso não gostes do jogo poderás desistir. Ninguém saberá que você estará participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem identificar as crianças que participarão da pesquisa. Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar ou perguntar para a pesquisadora Valéria, eu escrevi os telefones na parte de baixo deste texto.

Eu _____, aceito participar da pesquisa. Entendi as coisas boas e ruins que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que a qualquer momento posso dizer “não” e desistir que não terá problema. A pesquisadora tirou as minhas dúvidas e conversaram com

os meus familiares. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Participante

Valéria C.C. Coimbra
Email: valeriacoimbra@hotmail.com
(53) 91195287

Clarissa de S. Cardoso
Email: cissascardoso@gmail.com
(53) 84443465

Apêndice C - Carta de autorização ao coordenador da saúde mental do município para realização da pesquisa

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Prezado(a) Coordenador(a)

Na condição de mestrandia do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, venho por meio desta solicitar a V.S.^a, a autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada Trajetórias Terapêuticas percorridas pelas crianças que frequentam o CAPSi. Que somente será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa tem como objetivo analisar quais as trajetórias terapêuticas são percorridas pelas crianças que frequentam o CAPSi.

Os participantes serão usuários e seus familiares do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil que aceitem participar da pesquisa e a divulgação dos dados, sendo necessária a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido pelos familiares e do Termo de Assentimento pelas crianças, o qual será entregue em duas vias ficando uma cópia em poder do entrevistado. O pesquisado poderá desistir há qualquer momento. Será realizada a leitura dos prontuários e seu registro em diário de campo e também entrevistas com o uso de gravador digital. A pesquisa obedecerá a Resolução 466/12 que orienta pesquisas com seres humanos.

Desde já agradeço sua colaboração, permaneço a disposição para maiores esclarecimentos.

Coordenador(a) da Saúde Mental

Valéria C. ChristelloCoimbra
Email: valériacoimbra@hotmail.com
(53) 91195287

Clarissa de Souza Cardoso
Email:cissascardoso@gmail.com
(53) 84443465

**Apêndice D- Carta de autorização ao coordenador do CAPSi saci para
realização da pesquisa**

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Prezado(a) Coordenador(a) do CAPSi

Na condição de mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, venho por meio desta solicitar a V.S.^a, a autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada Trajetórias Terapêuticas das crianças que frequentam o CAPSi, que somente será iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A pesquisa tem como objetivo analisar quais as trajetórias terapêuticas são percorridas pelas crianças que frequentam o CAPSi.

Os participantes serão usuários e seus familiares do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil que aceitem participar da pesquisa e a divulgação dos dados, sendo necessária a assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido pelos familiares e do Termo de Assentimento pelas crianças, o qual será entregue em duas vias ficando uma cópia em poder do entrevistado. O pesquisado poderá desistir há qualquer momento. Será realizada a leitura dos prontuários e seu registro em diário de campo e também entrevistas com o uso de gravador digital. A pesquisa obedecerá a Resolução 466/12 que orienta pesquisas com seres humanos.

Desde já agradeço sua colaboração, permaneço a disposição para maiores esclarecimentos.

Coordenador(a) CAPSi

Valéria C.C Coimbra
Email: valeriacoimbra@hotmail.com
(53) 91195287

Clarissa de S. Cardoso
Email: cissascardoso@gmail.com
(53) 84443465

Apêndice E- Carta ao comitê de ética em pesquisa

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Ilustríssimos Membros do Comitê de Ética

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos por meio desta, solicitar a apreciação desse órgão para desenvolver a pesquisa Trajetórias Terapêuticas das crianças que frequentam o CAPSi. A pesquisa tem por objetivo Analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil.

Assumimos, desde já, o compromisso ético de resguardar todos os participantes envolvidos no estudo, em consonância a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde a qual trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, especialmente o capítulo III, artigos 89, 90 e 91 bem como os artigos 94 e 98.

Na certeza de seu apoio, desde já, agradecemos, bem como colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente

Prof.ªDr.ªEnf.ªValériaC.C.Coimbra
Email: valeriacoimbra@hotmail.com
Fone: (53) 91195287

Enf.ªClarissa S. Cardoso
Email: cissascardoso@gmail.com
Fone: (53) 84443465

Apêndice F - Roteiro de entrevistas para os familiares

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade;

Parentalidade

Fale-me como foi a busca pelo tratamento, em quais lugares o(a) senhor(a) buscou atendimento para sua criança.

Descreva como foi que o(a) senhor(a) chegou até o CAPSi.

Apêndice G - Roteiro para entrevista com as crianças

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Conta quem são as pessoas que tu te sentes mais segura;

Conta quais são as situações que mais te preocupam;

Conta como é o modo que tu buscas ajuda, quando necessário;

Apêndice H- Roteiro para realização do mapa dos cinco campos

- ❖ Observar vínculo

 - Família

 - Amigos

 - Parentes

 - Escola

 - CAPSi

- ❖ Observar atitudes da criança

- ❖ Observar comportamentos e expressões verbais e não verbais

Apêndice J- Roteiro para realização da leitura dos prontuários dos usuários

- ❖ Idade que chegou ao serviço;
- ❖ Data da primeira consulta no serviço;
- ❖ Motivo da consulta;
- ❖ Local de encaminhamento;
- ❖ Profissional que realizou atendimento;
- ❖ Quais atividades que participa;
- ❖ Qual ou quais medicações faz uso;
- ❖ Quais serviços utiliza além do CAPS i;
- ❖ Familiar que acompanha o tratamento;
- ❖ Quais são os encaminhamentos do CAPS i;
- ❖ Houveram encaminhamentos do CAPS i para outros serviços;
- ❖ Tempo que frequenta o CAPS i desde a primeira consulta até o presente momento.

Apêndice L - Carta de autorização

Ministério da Educação
Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Pelotas, ____ de _____ de 2016.

Eu.....

CI nº.....de acordo com a lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, autorizo meu filho, de anos, a participar do estudo que possui como objetivo Analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o CAPSi SACI. O estudo subsidiará a construção da dissertação da pesquisadora Clarissa de Souza Cardoso para obtenção do título de Mestre.

Prof.^aDr.^aEnf.^a Valéria C.C.Coimbra
E-mail:valeriacoimbra@hotmail.com
Fone: (53) 91195287

Enf.^a Clarissa S. Cardoso
E-mail: cissascardoso@gmail.com
Fone: (53) 84443465

Anexos

Anexo A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Pesquisador: Valéria Cristina Christello Coimbra

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51685915.4.0000.5316

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.485.727

Apresentação do Projeto:

O Objetivo deste estudo é analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. A metodologia do estudo é qualitativa, analítica, descritiva, documental e exploratória. Como método para coleta de dados utilizaremos a análise documental e a entrevista narrativa que possibilita aos participantes narrar suas próprias histórias, expressando suas necessidades, anseios e demandas. Os participantes deste estudo serão cinco crianças e seus familiares. Para a coleta com as crianças utilizaremos o mapa dos cinco campos como instrumento auxiliar para facilitar a expressão oral das crianças. Estudo qualitativo, analítico, descritivo, documental e exploratório. Conforme Minayo (2010) a pesquisa qualitativa pretende desvelar o mundo dos significados sob a ótica dos atores sociais. O estudo analítico permite ao pesquisador por meio da análise sistemática conhecer o processo como um todo, desmembrando o fenômeno em todas as suas partes e/ou elementos para observar as suas causas, as suas naturezas e os seus efeitos (OLIVEIRA, 2014). Conforme Oliveira (2014, p. 65) o estudo exploratório tem como objetivo explicar de maneira geral um fato por meio do

"levantamento bibliográfico, leitura e análise de documentos". A abordagem descritiva se destina a narrar acontecimentos, descobrindo e observando fenômenos, para posteriormente descrevê-los,

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.485.727

classificá-los e interpretá-los (OLIVEIRA, 2014). A pesquisa documental permite ao pesquisador a análise de documentos elaborados pelos trabalhadores do serviço a partir dos usuários (CARMAGNANI, 2009). O Estudo será desenvolvido no CAPSi Saci, localizado no município de São Lourenço do Sul/RS. Serão selecionadas 5 crianças e seus respectivos familiares indicadas pela equipe do CAPSi devido a proximidade e experiência no trabalho desenvolvido. A indicação será de usuário do serviço que seja "emblemático" trazendo informações que contribuam para este estudo. A indicação pelos profissionais terá como orientação um evento sentinela que elenca crianças que transitem por diversos serviços. Ao possuímos a indicação da criança, o respectivo familiar também será convidado a participar da pesquisa. Serão respeitados os princípios éticos de acordo com o

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, através do capítulo III, artigos 89, 90, 91, 92 e 93 os quais expõem aspectos sobre responsabilidades e deveres, e artigos 94, 96, 97 e 98 que tratam sobre as proibições; e também de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Este estudo será cadastrado e submetido à Plataforma Brasil. A pesquisa somente terá início após a aprovação do CEP. Aos participantes, familiares e crianças, será assegurado o direito de se manterem anônimos, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TLCE) e o Termo de Assentimento (TA), respectivamente, além de saírem da pesquisa a qualquer momento e de terem os resultados obtidos apresentados no término da pesquisa. Aos participantes do estudo será assegurado o conhecimento dos objetivos do estudo, o anonimato, o direito à desistência da participação durante o processo de investigação em qualquer momento, sem prejuízo as mesmas e o acesso aos resultados da pesquisa ao término da mesma. A realização das entrevistas seguirá um roteiro com questões disparadoras, as mesmas

serão negociadas e agendadas com os participantes de acordo com as suas disponibilidades e acontecerão no CAPS i em uma sala disponibilizada pelo serviço para que neste momento somente a atividade de pesquisa esteja sendo realizada. O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos, no entanto, poderá desencadear

desconfortos emocionais durante a entrevista os quais serão minimizados, uma vez que as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade. Os dados coletados ficarão guardados por um período de 5 anos sob responsabilidade da pesquisadora, os documentos impressos permanecerão em um armário e os dados em meio digital em uma pasta específica de seu computador e em CD, ambos na FEn. As gravações de áudio também serão excluídas de qualquer meio. Após este período os arquivos serão excluídos e os documentos impressos serão

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.485.727

incinerados. Para garantir o anonimato dos participantes, crianças e familiares, serão utilizadas a letra "C" seguido pela ordem numérica de realização da entrevista para as crianças. Exemplo: C1,C2(...). E para os familiares serão utilizados a letra "F" seguido pela ordem numérica de realização da entrevista. Exemplo: F1,F2(...)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Objetivo Secundário:

Descrever as trajetórias terapêuticas das crianças que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Identificar as facilidades e/ou dificuldades encontradas na busca pelo cuidado das crianças em sofrimento psíquico.

Conhecer as redes sociais das crianças que frequentam o Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Como riscos aos participantes, esta pesquisa poderá gerar desconforto frente aos questionamentos, caso ocorra será assegurado o direito de não responder as questões realizadas pela pesquisadora.

Benefícios:

Como benefícios aos participantes permitirá a troca de informações entre a pesquisadora e os participantes possibilitando o conhecimento de aspectos positivos da vida dos mesmos que poderão ser articulados com os diferentes pontos da rede de apoio. Também possibilitará aos participantes conhecer as potencialidades e/ou fragilidades no acesso aos serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para conhecer as trajetórias terapêuticas percorridas pelas crianças que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil melhorando a assistência de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.485.727

enfermagem prestada à esses usuários. Após adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Anuência: adequada

Folha de Rosto: adequada

Cronograma: adequado

Orçamento: adequado

TCLE e Termo de assentimento: adequados

Recomendações:

Devolução dos resultados para os serviços de saúde e comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

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_640818.pdf | 06/04/2016 12:30:13 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | assentimento.pdf | 06/04/2016 12:27:42 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | consentimento.pdf | 06/04/2016 12:27:24 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | dissertacao.pdf | 06/04/2016 12:26:56 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 06/04/2016 12:17:06 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 06/04/2016 12:15:57 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Outros | coordenador.jpg | 14/03/2016 18:21:59 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Outros | cartacomite.jpg | 14/03/2016 17:39:45 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS Município: PELOTAS

Telefone: (53)3221-1522

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br

FACULDADE DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.485.727

| | | | | |
|----------------|-----------|------------------------|--|--------|
| Outros | capsi.jpg | 14/03/2016 16:45:53 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 07/12/2015 16:24:29 | Valéria Cristina Christello Coimbra | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 10 de Abril de 2016

Assinado por:
Marilu Correa Soares
(Coordenador)

Endereço: Gomes Carneiro nº 01

Bairro: Centro

UF: RS

Telefone: (53)3221-1522

Município: PELOTAS

CEP: 96.010-610

E-mail: cepfeo@ufpel.edu.br