

A TRAVESSIA DE CRIANÇAS NA REDE DE SAÚDE MENTAL DE QUIXADÁ-CE

The crossing of children in the mental health network of Quixadá-CE

Lucas de Oliveira Saraiva Leão¹
Carla Renata Braga de Souza²
Matheus Tierry Borges Lima Lopes³
Patrícia Régia Oliveira de Araújo⁴
Jordan Prazeres Freitas da Silva⁵

Artigo encaminhado: 20/04/2021
Artigo aceito para publicação: 14/11/2023

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a trajetória das crianças na busca por ajuda diante do sofrimento psíquico, apontando as instituições/equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial e identificar o processo de subjetivação do adoecer para as crianças. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório. O Centro de Atenção Psicossocial – II (CAPS II) do município de Quixadá foi escolhido como cenário da pesquisa devido a representação que tem este equipamento, como espaço relevante na luta antimanicomial em cenário nacional, sendo este o terceiro da categoria no estado cearense. A pesquisa resultou na construção de 3 categorias, sendo: 1) Fluxo dos níveis de atenção: equipamentos/serviços que ofereceram apoio a criança; 2) “Porque meu filho ele tem problema desde pequeno”:noções de saúde e a busca por cuidados; 3) “Se não der o remédio a ele, Deus me livre”:a terapêutica medicamentosa. Os dados foram coletados por intermédio de entrevistas abertas e por desenhos produzidos pelos participantes da pesquisa. Diante do exposto, ao alcançar seus objetivos, a pesquisa demonstrou o percurso vivenciado por crianças e suas cuidadoras na busca por cuidados em saúde mental, resultando na ilustração da Rede de Atenção à Saúde e os encaminhamentos feitos por essas, bem como gerou um novo questionamento acerca dos encaminhamentos feitos pelos serviços, ficando aberta a possibilidade para pesquisas futuras.

¹ Psicólogo. Especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitário Faveni (UNIFAVENI). E-mail: saraiva750@gmail.com

² Psicóloga. Doutora em Psicologia (UNIFOR). Pós-doutoranda pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente no Centro Universitário de Christus (UNICHRISTUS). E-mail: carlarenatabs@gmail.com

³Psicólogo. Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: matheustierrybl@gmail.com

⁴ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pelo Centro Universitária Católica de Quixadá (UNICATÓLICA). E-mail: patriciaregiaoa@gmail.com

⁵ Psicólogo. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente no Centro Universitário Estácio do Ceará e Uninassau Fortaleza. Assessor Educacional da Gerência de Residência Médica da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). E-mail: jordanprazeress@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Mental. Sofrimento Psíquico Infantil. Itinerários Terapêuticos. Rede de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This research aimed to understand the trajectory of children in seeking help in the face of psychological suffering, pointing out the institutions/equipment of the Psychosocial Care Network and identifying the process of subjectivation of adolescents to children. This is a qualitative study of an exploratory nature. The Psychosocial Care Center – II (CAPS II) in the municipality of Quixadá was chosen as the research setting due to the representation that this equipment has, as a relevant space in the anti-asylum fight on a national stage, this being the third in the category in the state of Ceará. The research resulted in the construction of 3 categories, namely: 1) Flow of care levels: equipment/services that offered support to the child; 2) “Because my son has had problems since he was little”: notions of health and the search for care; 3) “If I don’t give him the medicine, God forbid.” Drug therapy. The data were found through open interviews and drawings produced by research participants. In view of the above, to achieve its objectives, the research demonstrated the journey experienced by children and their care in the search for mental health care, resulting in the illustration of the Health Care Network and the referrals made by them, as well as generating a new question about the referrals made by the services, leaving the possibility open for future research.

Keywords: Mental Health. Childhood Psychic Suffering. Therapeutic Itineraries. Psychosocial Care Network.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgado pela lei nº 8.080 de 1990, definido como um conjunto de ações de atenção à saúde, prestadas pelos poderes municipais, estaduais e federativos, mantidos pelo poder público. Sendo oferecido serviços individuais e coletivos, de cunho ambulatorial, hospitalar, nos mais variados níveis de complexidade. Servindo-se de seus princípios adotados na Lei Orgânica da Saúde: 1) Universalidade, 2) Equidade, e 3) Integralidade (Noronha; Lima; Machado, 2008).

Tendo em vista os diversos serviços de saúde, pensa-se na organização destes por meio de uma rede. A Rede de Atenção à Saúde, é pensada como uma malha de relações entre equipamentos e instâncias, que busca descentralizar o poder hierárquico das instituições/dispositivos, através da interligação dos serviços. No campo das políticas públicas a rede propõe-se garantir a efetividade dos serviços oferecidos e diminuir os custos, por meio da intersetorialidade (Santos, 2011). E a rede de atenção psicossocial (RAPS) busca garantir a integralidade dos serviços da rede à população em sofrimento psíquico, usuários de crack, álcool e outras drogas, assim como a seus familiares (Brasil, 2011).

Dentro da RAPS temos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo o mesmo um equipamento composto por uma equipe multiprofissional que opera sob uma visão interdisciplinar, prestando atendimentos a população de sua localidade (Brasil, 2011). Mediante a complexidade das demandas a atenção psicossocial distribui-se em pontos estratégicos, sendo o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) um serviço especializado para a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes, dispositivo recomendado para regiões com uma população superior a 70.000 habitantes.

O público da política do CAPSi tem seus direitos fundamentais resguardados e assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no que diz respeito ao atendimento integral de saúde por intermédio do Sistema de Único de Saúde (SUS), através da promoção, prevenção e recuperação de sua saúde (ECA, 2012). Com o reconhecimento deste público como sujeito de direitos através do artigo 227 da Constituição Federal e do ECA, respeita-se a opinião destes.

Reconhecidos como sujeitos em desenvolvimento, as crianças não são consideradas iguais aos adultos desenvolvidos. Este pensamento aplica-se ao fato deles serem sujeitos “por vir”, “indicando a exigência de mais direitos para dispor de um terreno fértil para o alcance de sua potencialidade. A necessidade por cuidados não desvaloriza a compreensão de crianças e adolescentes sob sua autonomia” (Brasil, 2014).

Dentro do Centro Universitário Católica de Quixadá, por meio do seu Programa de Iniciação Científica o pesquisador, juntamente a outros dois colegas e a professora-orientadora desenvolveram a pesquisa “A rede de atenção e cuidado a saúde mental de crianças e adolescentes no município de Quixadá”, vinculado ao curso de

psicologia, que investigou a configuração da rede de saúde mental do município por meio do uso dos itinerários terapêuticos. A pesquisa possibilitou uma reunião com o Conselho Municipal de Saúde, em que se faziam presentes: os funcionários da Secretaria de Saúde do Município de Quixadá, docentes da instituição e discentes pesquisadores. Após a reunião, ficou o apontamento sobre a necessidade de um equipamento para o atendimento a crianças e adolescentes, já que a cidade apresenta alta demanda do público, o que por sua vez ocasiona o aumento das filas de espera nos diversos equipamentos da RAPS e na clínica escola do centro universitário.

Diante do exposto, surgiram os questionamentos acerca de quais instituições (oficiais ou não-oficiais) e quais as formas de cuidado às crianças em sofrimento psíquico grave do município de Quixadá buscaram e encontraram em seu percurso. Portanto, a pesquisa buscou compreender a trajetória das crianças na busca por ajuda diante do sofrimento psíquico no município supracitado; quando buscaram apoio, apontando as instituições/equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e identificando o processo de subjetivação do adoecer para as crianças.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é do tipo qualitativo, visto que esta metodologia valoriza o discurso do público, de caráter exploratório, ao fazer o levantamento teórico necessário para a construção dela. A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) do município de Quixadá, sendo esse um dos serviços de cuidado em saúde mental ofertado dentro da rede de saúde do município citado. A escolha do local foi motivada pela representação que este equipamento ocupado na luta antimanicomial em cenário nacional, iniciando as suas atividades nos anos 90, sendo este o terceiro do estado Cearense (Bleicher; Freire; Sampaio, 2014)

O grupo populacional escolhido para a pesquisa trata-se de crianças que buscam o CAPS do município de Quixadá para cuidados em saúde. Foram incluídas no grupo da pesquisa, crianças que se encontravam no CAPS do município de Quixadá no primeiro semestre do ano de 2019. A amostragem contou com um público que apresenta condições de verbalização compreensível e motricidade fina elaborada que possibilite a criação de desenhos. E foram excluídos pacientes desligados, ou na faixa etária superior a dezoito anos e que não estavam presentes no CAPS no período da coleta de dados.

Visto que um dos objetivos do trabalho foi ilustrar o percurso de crianças em busca de cuidado, o recurso utilizado para compreender a rede dessas crianças peregrinas foi o uso de representações gráficas, a exemplo, desenhos/ilustrações, para representar o itinerário das crianças e de suas cuidadoras. Apenas uma das crianças não soube desenhar o seu percurso, mas ela trouxe em seu discurso a peregrinação vivenciada por ela e sua cuidadora.

A coleta foi realizada no período de 22 a 26 de abril de 2019. Participaram da pesquisa 5 crianças do sexo masculino com idades de 4, 8, 9, 12 e 14 anos, e 5 cuidadoras, todas do sexo feminino, sendo quatro mães e uma avó. Foi solicitado aos participantes para que reproduzissem o caminho que percorreram desde quando notaram algo de diferente, até chegarem ao CAPS, serviço de referência. Durante a construção do itinerário, realizou-se uma entrevista aberta para colher informações a respeito da peregrinação, e para guarda dos dados colhidos, optou-se por fazer o uso de gravação e posteriormente todas as entrevistas foram transcritas.

Os dados coletados passaram por uma análise seguindo o método de análise de conteúdo de Bardin (2016), uma vez que este método beneficia e “resulta dos processos convergentes da linguística” (p. 133). Como salienta Turato (2003), a modalidade de análise de conteúdo consistiu na construção dos significados a partir da expressão de conteúdo. No caso, a presente pesquisa interpretou os desenhos confeccionados pelos participantes, como também o discurso que eles construíram ao narrar a trajetória que percorreram na busca por cuidados.

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante ou pré-análise do material que possibilitou o estabelecimento de prioridades sobre o conteúdo (Turato, 2003). Na sequência foi estabelecido a etapa de categorização “classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, e, seguidamente por reagrupamento segundo o gênero” (Bardin, 1995, p. 117). Por fim, ocorreu a etapa de validação eterna, sendo o momento de argumentação dos pares de grupos obtidos, para no atual momento apresentar os resultados de forma descritiva ou com ilustrações de falas.

A referida pesquisa está em conformidade com as resoluções do CNS/CONEP 466-2012 e 510-201, que sinalizam a obrigatoriedade ao respeito, à dignidade e a proteção dos participantes em pesquisa com humanos. Esta pesquisa apresenta-se, como já foi dito, a um desdobramento de um Projeto de Iniciação Científica do Centro

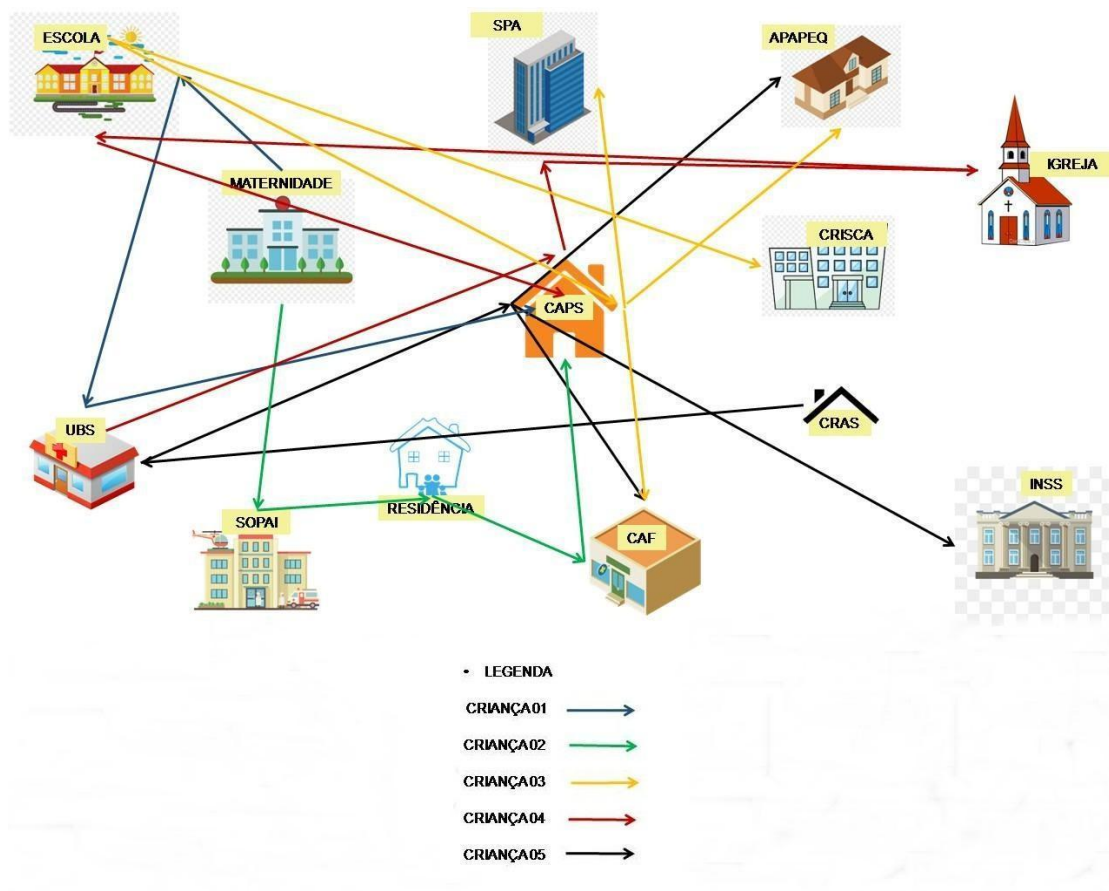
Universitário Católica de Quixadá, apresentando parecer aprovado no Comitê de Ética a Pesquisa sob número 2.632.435.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do trabalho gerou a produção de 10 desenhos, sendo esses: 5 produzidos pelas crianças e os outros 5 pelas suas respectivas cuidadoras. Em processo de análise dos desenhos e dos discursos, foram elaboradas 3 categorias que elencam: 1) Fluxo dos níveis de atenção: equipamentos/serviços que ofereceram apoio a criança; 2) “Porque meu filho ele tem problema desde pequeno”: noções de saúde e a busca por cuidados; e por fim, a categoria 3) “Se não der o remédio a ele, Deus me livre”: a terapêutica medicamentosa.

Abaixo, ilustramos a rede de cuidados do município de Quixadá, a partir da produção da amostragem, apontando os equipamentos e o percurso que as crianças e suas cuidadoras vivenciaram.

FIGURA 1 – Rede de Cuidados em Quixadá, Ceará.



Fonte: Elaboração própria.

3.1 Fluxo dos níveis de atenção: equipamentos/serviços que ofereceram apoio a criança.

A categoria surge a fim de ilustrar os equipamentos que constituem a rede de atenção e cuidado a crianças no município de Quixadá. Esse levantamento tornou-se possível a partir do desenho e do discurso das crianças e de suas cuidadoras no que diz respeito aos itinerários terapêuticos percorridos por elas.

A leitura da rede nos possibilita compreender que o CAPS ocupa o lugar do serviço mais procurado (5), no entanto isso não é um dado surpresa uma vez que a coleta de dados foi realizada neste dispositivo. Na sequência temos a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) como segundo dispositivo

procurado (3), seguidos tem-se o Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), as Escolas, o Hospital Maternidade Jesus Maria José e a Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá (2). Em quarto lugar ocupam a Igreja, o Centro de Referência a Assistência Social (CRAS), o CRISCA, a Residência, SOPAI – Hospital Infantil (Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza).

A respeito dos equipamentos oficiais da Rede de Atenção à Saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde, notamos que a hierarquização dos níveis de atenção segue o esperado. A atenção primária mostra-se em sua maioria (3) como porta de entrada ou retorno ao SUS (UBS, CRAS), para que na sequência as crianças sejam encaminhadas para um equipamento de atenção secundária, o CAPS. Também nos estudos de Ronchi e Avellar (2010) a unidade básica de saúde mostrou-se como principal ferramenta responsável pelos encaminhamentos de pacientes ao CAPS.

É importante também salientar o caso da criança 03, que acompanhada de sua cuidadora vão de encontro com uma terapêutica espiritualista, buscando cuidados que são opostos aos sentidos psicodinâmicos. A religiosidade/espiritualidade pode fazer parte da rede de cuidados por acolher e valorizar o discurso do sujeito, e concentrar em seu grupo pessoas com interesse em comum, a cura (Murakami, Campos 2012).

3.2 “Porque meu filho ele tem problema desde pequeno”: noções de saúde e busca por cuidados.

Ao analisar a rede de cuidados produzida pela amostragem, explanada na categoria anterior, é possível pensar a respeito da construção feita sob o processo saúde-doença dessas crianças. E as falas aqui expostas permitem o acesso a essa construção do que necessita ou não de cuidados.

A cuidadora coloca:

Porque meu filho ele tem problema desde pequeno. Que ele é epiléptico. [...] Na escola que ele estudava, porque ele era uma criança parada. Ele não fazia amizade né. Ele é daquele que onde chegasse e sentasse ele, entendeu? Ele não tinha, assim, não tentava fazer amizade. Aí o professor da escola dele, que ele tem um professor na escola, e a professora. Me chamaram e me mandaram eu procurar né (Cuidadora 01).

O quadro epiléptico é um quadro de disfunções neuronais que requer um tratamento farmacológico. Esse foi o motivo que levou a criança 1 a iniciar seus cuidados,

com 15 dias de nascida. Após ter passado 8 anos em tratamento, agora em período escolar, criança e cuidadora são convocadas a partirem em busca de novos cuidados, em virtude do modo de socialização da criança. A partir disso percebemos “que alguns comportamentos das crianças são considerados anormais, não por questões das crianças, mas por deficiência da sociedade em aceitar tais comportamentos” (Mello, Santos, 2018). E essa deficiência, colocada pelas autoras, diz sobre um assujeitamento em virtude de uma cultura moralista, que segue à razão, à legislação e ao Estado.

Notamos que o assujeitamento afeta diretamente o modo como essas crianças estão posicionadas a respeito do seu estado de saúde. A criança 03: *“Eu vim pela creche”*; criança 05: *“Porque eu vim buscar os remédios”*. São falas construídas sobre um discurso de outrem que narra sobre elas ao ir em busca desse cuidado. Como quando perguntado sobre o percurso da criança e as suas impressões na situação, a cuidadora 01 adverte: *“Desenha a escola”*.

Observa-se a compreensão de doença sob uma visão de desordem biológica, em que as crianças 01, 02 e 05 falam, ou são colocadas a falar a respeito de uma alteração orgânica e da necessidade de medicamentos para o contorno da situação. E as queixas expostas nos discursos corroboram com outras pesquisas que traduzem o perfil de crianças no equipamento CAPS, traçando um perfil com queixas de alteração do sono, agitação e agressividade. (Ronchi, Avelar, 2010; Arrué et. al, 2013).

Outro apontamento que pode ser feito diz sobre a figura de cuidado, socialmente conferida e naturalizada dentro da figura feminina (Guedes, Daros, 2009), onde tivemos 5 responsáveis do sexo feminino que ocupam lugares de mãe e avó.

3.3 “Se não der o remédio a ele, Deus me livre”: a terapêutica medicamentosa.

A soma de 4, das 5 cinco crianças fazem o uso de medicamento. E isso pode ser percebido no mapa, ao apontar o Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) como sendo o equipamento que ocupa o segundo lugar dos equipamentos mais procurados.

Ao ouvir as falas que dizem, cuidadoras 01: *“Até hoje. Quer dizer, ele teve novinho, antes de 1 mês né. Aí até hoje. Ele já tem 9 anos e ele toma remédio”*; da cuidadora 02: *“Ele só vivia estressado mesmo, daquele jeito mesmo. Se não der o remédio a ele, Deus me livre”* e da cuidadora 03: *“Ele não dorme. Ele só dorme através do remédio. Se ele não tiver ele vira a noite”*, deparamo-nos com famílias medicalizadas e medicalizantes, termos

de Foucault, utilizados por Silveira (2015) para falar sobre essa família moldada em parâmetros sanitaristas que possui a responsabilidade de cuidar dessa infância, e a figura médica na posição de saber capaz de corrigir as alterações que fogem aos princípios de uma sociedade moralista.

Contudo, as condutas medicalizantes provocam reflexões acerca do que se constrói sobre o que é essa terapêutica. Nos olhares de Birman (2012), Caponi (2012) citados por Azevedo (2018) os fármacos são resultados do mal-estar que impera na sociedade moderna, com isso, a medicalização atua como aniquilador (aniquila a dor) da singularidade que se inscreve no sujeito.

Os pensamentos de controle dos corpos por vias medicamentosas, que trabalham na constituição do sujeito por uma via unicamente biológica, estão equivocados a partir do momento em que, o uso dos fármacos propicia interações que ultrapassam o orgânico, indo de encontro com as relações sociais e afetivas, tendo em vista esse sujeito que se constrói por caminhos psíquicos e sociais. Portanto, se faz mais do que necessário a construção de intervenções terapêuticas que descentralizam o biomédico, propiciando um compartilhamento de responsabilidades entre equipes, onde o usuário passa a ser o maior beneficiado (Dimenstein et al, 2009).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista dos argumentos apresentados tornou-se possível vislumbrar o percurso vivenciado por crianças e suas cuidadoras na busca por cuidados em saúde mental, resultando na ilustração da Rede de Atenção à Saúde e os encaminhamentos feitos por essas. Com o percurso das crianças peregrinas, também foi possível fazer um levantamento dos equipamentos que constituem essa rede de cuidados à criança, alcançando assim os objetivos traçados.

Apesar disso, a pesquisa deparou-se com algumas dificuldades, sendo elas: na semana de coleta de dados o serviço contou com uma pequena quantidade de crianças que se encaixavam no perfil da pesquisa, sendo apenas 5 o número da amostragem, outro fator diz sobre o gênero da coleta que se reduziu ao masculino, gerando pouca diversidade.

Por mais que a rede de cuidados da cidade Quixadaense, construída pelas crianças e suas cuidadoras, mostrem as pontes de ligações entre os serviços, a pesquisa

não possibilitou compreender a funcionalidade da prática de referência e contra-referência, que diz sobre uma responsabilização sobre os usuários da rede SUS, ficando o questionamento para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ARRUÉ, A. M.; NEVES, E. T.; TERRA, M. G.; MAGNAGO, T. S. B. S.; JANTSCH, L. B.; PIESZAK, G. M.; SILVEIRA, A.; BUBOLTZ, F. L. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. **Rev. Enferm. UFSM**. p. 227-237. jan – abril. 2013.

AZEVEDO, L. J. C. Medicalização das infâncias: entre os cuidados e os medicamentos. **Psicol. USP**, v. 29 n.3. São Paulo set – dez. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Ed: 70, 2016.

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: Ministério da Saúde, 2014.

DIMENSTEIN, M.; SEVERO, A. K.; BRITO, M.; PIMENTA, A. L.; MEDEIROS, V.; BEZERRA, E. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n.1, p. 122-134, jul – dez. 2009.

MELLO, M. M.; SANTOS, J. D. Infância, loucura e alteridade: a criança em devir. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 314-321, set.-dez. 2018.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. bras. enferm.** [online]., v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. “O sistema único de saúde – SUS”, In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2010, 12(1):71-84.

SANTOS, L. “O que são redes?” In: SILVA, S. F (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2.ed. – Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SILVEIRA, T. C. **Da infância inventada à infância medicalizada**: considerações psicanalíticas. 2015. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativo**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanos. Egberto Ribeiro Turato. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.