



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Thays de Sá Targino Liberal

**O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado em Maceió**

Maceió  
2022

**THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL**

**O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado em Maceió**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Epidemiologia, Fisiopatologia e Terapêutica em Ciências Médicas

Orientador: Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda

Coorientador: Prof. Dr. Jacks Soratto

Maceió  
2022

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

L695i Liberal, Thays de Sá Targino.  
O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado em Maceió / Thays de Sá Targino Liberal. – 2022.  
100 f. : il. color.

Orientador: Claudio Torres de Miranda.

Coorientador: Jacks Soratto.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 65-71.

Apêndices: f. 72-83.

Anexos: f. 84-100.

1. Transtornos mentais. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Tratamento. 5. Cuidadores. I. Título.

CDU: 616.89-053.2

## Folha de Aprovação

Thays de Sá Targino Liberal

### O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado em Maceió

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 03/05/2022.



**Claudio Torres de Miranda**

Universidade Federal de Alagoas/ Programa Pós-Graduação em Ciências Médicas  
Orientador

#### Banca Examinadora:



**Mércia Lamenha Medeiros**

Universidade Federal de Alagoas/ Faculdade de Medicina  
Examinadora interna



**Daniela Martins Lessa Barreto**

Universidade Tiradentes/UNIT  
Examinadora externa



**Alessandra Plácido Lima Leite**

Universidade Federal de Alagoas/ Faculdade de Medicina  
Examinadora externa

À minha avó Hercília e à Professora Iasmin Duarte  
(In memoriam), mulheres admiráveis que tanto me  
inspiraram, e hoje são sinônimo de saudade.

Às minhas amadas filhas Maria Júlia e Giovana, razão  
maior para o ingresso neste projeto.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e proteção diante de todas as lutas; pela força e consolo nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador Professor Claudio Miranda por me presentear com esta tão grandiosa pesquisa, que me proporcionou vivências que ressignificaram minha vida por completo. Meus sinceros agradecimentos pela serenidade em todas as fases desta pesquisa.

Ao meu coorientador Professor Jacks Soratto, pela disponibilidade e compartilhamento do conhecimento necessário para a conclusão deste estudo. Minha eterna admiração por sua competência e prestatividade.

À Weidila, minha maior incentivadora neste desafio. Obrigada por sua preocupação, pelas palavras de apoio e solidariedade

À minha família: meu esposo Anderson, meus irmãos Monique, Bruno, Gabriela e Anízio e minha mãe. Agradeço pelo apoio, incentivo, solidariedade e sobretudo, por acreditarem sempre no meu êxito.

À Plúvia, pelos conselhos, preocupação e suporte profissional. Grata por cuidar com tanto zelo da minha saúde mental.

À minha família FAMED, a quem agradeço pela amizade, companheirismo e incentivo na concretização não só deste, mas de todos os meus sonhos.

Aos amigos que caminharam comigo neste projeto, sempre me cercando de palavras de fé e apoio nos momentos mais difíceis: Polyana Gomes, Graça, Ednelson, Cícera e Sandra.

Aos profissionais do CAPSi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira, por me fazerem compreender o sentido da palavra *Acolhimento*. Obrigada pela receptividade e apoio na condução desta pesquisa. Dedico a vocês minha admiração pela excelência na prestação de tão importante serviço à sociedade.

*Entre a lucidez e a loucura existe uma tênue linha que chamamos de 'normal'. Talvez a racional lucidez seja apenas um breve momento de surto, onde a alma leva-nos a experimentar a obscura sanidade que chamamos simplesmente de 'loucura' ”*

*Ubaldo Santos de Jesus*

## RESUMO

Diversos fatores podem interferir no acesso de crianças e adolescentes com transtornos mentais ao tratamento especializado. Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo analisar os caminhos percorridos pelos cuidadores dos usuários atendidos em um CAPSi do município de Maceió, buscando identificar as motivações para a busca do tratamento, as dificuldades e estratégias utilizadas neste processo e descrever possíveis fatores relacionados à desistência do mesmo. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, cuja amostra foi composta por 29 participantes, sendo 20 em atendimento no CAPSi e 9 desistentes. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, realizada nos meses de maio e junho de 2021. Os dados alcançados foram submetidos à Análise de Conteúdo com o auxílio do software *Atlas Ti* versão 9. De acordo com os resultados, a principal motivação para busca de tratamento foi percepção materna de sintomas externalizantes na criança em idades precoces. O itinerário terapêutico foi descrito como uma etapa desgastante, onde as estratégias para busca do tratamento para o transtorno mental envolveram deslocamentos pelas redes de atenção básica própria, complementar de serviços ao SUS e hospitalar. Considerando a vulnerabilidade social dos participantes e as limitações na articulação de rede de atenção psicossocial do município, as principais barreiras de acesso relatadas foram a insuficiência de instituições e profissionais especializados, a falta de capacitação profissional na atenção básica, a distância do CAPSi, a longa espera por atendimento psiquiátrico, a negação da doença mental, o estigma e a sobrecarga materna. A identificação dos fatores que foram determinantes para abandono do tratamento no CAPSi, além de revelarem indicadores socioeconômicos que comprometeram o engajamento no cuidado, também serviram como norteadores para visualizar as fragilidades das políticas públicas para a saúde mental infantojuvenil, bem como a falta de investimentos no setor.

Palavras-chave: Serviços comunitários de saúde mental; Criança; Adolescente; Transtornos mentais.



## ABSTRACT

Several factors can interfere with the access of children and adolescents with mental disorders to specialized treatment. In this context, this research aimed to analyze the paths taken by the caregivers of users assisted in a CAPSi in the city of Maceió, seeking to identify the motivations for seeking treatment, the difficulties and strategies used in this process and describe possible factors related to dropping out. This is an exploratory study, descriptive and qualitative approach, whose sample was composed of 29 participants, being 20 in care at CAPSi and 9 dropouts. Data collection was performed through semi-structured interviews, conducted in May and June 2021. The data obtained were submitted to Content Analysis with the help of the Atlas Ti version 9 software. According to the results, the main motivation for seeking treatment was maternal perception of externalizing symptoms in the child at an early age. The therapeutic itinerary was described as a stressful stage, where the strategies for seeking treatment for the mental disorder involved displacement by the networks of basic care, complementary services to the SUS and hospital. Considering the social vulnerability of the participants and the limitations in the articulation of the psychosocial care network of the municipality, the main barriers of access reported were the insufficient number of specialized institutions and professionals, the lack of professional training in primary care, the distance to CAPSi, the long wait for psychiatric care, the denial of mental illness, the stigma, and maternal overload. The identification of the factors that were determinants for abandoning treatment in CAPSi, besides revealing socioeconomic indicators that compromised the engagement in care, also served as a guide to visualize the weaknesses of public policies for child and adolescent mental health, as well as the lack of investment in the sector.

**Keywords:** Community mental health services; Child; Adolescent; Mental disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Detalhamento da categoria ‘Dificuldades enfrentadas no itinerário terapêutico’ ...	63
<b>Figura 2</b> - Rede da Codificação "Itinerário Terapêutico" .....	62
<b>Figura 3</b> - Fatores relacionados à desistência do tratamento no CAPSi.....	80

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil demográfico dos responsáveis pelos usuários atendidos no CAPSi de Maceió/AL, 2021 .....	60
<b>Tabela 2</b> - Perfil demográfico e transtornos mentais dos usuários, crianças e adolescentes, atendidos no CAPSi de Maceió, AL - 2021 .....	61
<b>Tabela 3</b> - Transtornos mentais em relação ao sexo dos usuários, crianças e adolescentes do CAPSi. Maceió – AL. ....	62
<b>Tabela 4</b> - Perfil demográfico dos responsáveis e respectivos usuários desistentes do tratamento no CAPSi de Maceió – AL, 2021 .....	78

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
ESF	Estratégia da Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde
LIMCs	Países de média e baixa rendas
DSM -5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
CID -10	Classificação Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial da Saúde
TDAH	Transtorno do deficit de atenção e hiperatividade
IT	Itinerário terapêutico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
ONU	Organização Das Nações Unidas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CECCO	Centro de Convivência e Cultura
AD	Álcool e outras drogas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UA	Unidade de Acolhimento
RT	Residência Terapêutica
UAI	Unidade de Acolhimento Infantil
TEA	Transtorno do Espectro Autista
PTS	Projeto Terapêutico singular
SRY	<i>Sex determing region Y</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PMS	Plano Municipal de Saúde
DS	Distrito Sanitário
APS	Atenção Primária em Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Considerações sobre os transtornos mentais em crianças e adolescentes.....	16
3.2 As estratégias de busca para o tratamento em saúde mental.....	19
3.3 Histórico da assistência psicossocial no Brasil.....	21
3.4 Estrutura da saúde mental em Alagoas.....	24
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de estudo.....	26
4.2 Local da pesquisa.....	27
4.3 Participantes da pesquisa.....	27
4.4 Amostra.....	27
4.4.1 Amostragem.....	28
4.4.2 Critérios de inclusão.....	28
4.4.3 Critérios de exclusão.....	28
4.5 Coleta dos dados.....	28
4.6 Análise de dados.....	29
4.7 Aspectos Éticos.....	31
5 PRODUTOS.....	32
5.1 Artigo 1: Experiências dos cuidadores nos itinerários terapêuticos em saúde mental infantojuvenil.....	33
2	
6 CONCLUSÃO.....	63
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICE.....	72
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados.....	72
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73

APÊNDICE C - Conteúdo Suplementar: Fatores relacionados a desistência do tratamento no CAPSi.....	78
ANEXOS .....	84
ANEXO A - Rede Ambulatorial Própria do SUS (RAPS), Maceió/Al, 2017.....	86
ANEXO B - Dispositivos de Saúde da Rede Própria. Maceió/Al, 2017.....	87
ANEXO C- Parecer do Comitê De Ética E Pesquisa .....	86
ANEXO D- Instruções para autores .....	89

## 1 INTRODUÇÃO

A infância e a adolescência representam um período de suma importância para o desenvolvimento humano, entretanto dentre as mais diversas condições patológicas inerentes a estas fases de vida, o transtorno mental vem se destacando na atualidade, tanto pelo surgimento cada vez mais precoce, quanto pelo impacto econômico, organizacional e psicológico que envolve desde o contexto social até o familiar. Segundo Elia (2019) cerca de 20% das crianças e adolescentes no mundo sofrem de um ou mais transtornos mentais diagnosticáveis.

No Brasil, as estimativas indicam que 13% do público infantojuvenil seja portador de alguma psicopatologia (PAULA et al., 2015), e que apenas 37,5 % destes recebam alguma intervenção terapêutica ao longo de 4 anos (FATORI, EVANS-LACKO e PAULA, 2012). Esta lacuna entre a prevalência e o acesso ao tratamento especializado demonstra que alguns fatores possam interferir na cobertura e na eficácia da atenção em saúde mental destinadas a crianças e adolescentes (WAKIDA, et al., 2018; FATORI, EVANS-LACKO E PAULA, 2012).

Cabe aos pais ou cuidadores o papel da percepção do problema e das providências a serem tomadas. A doença mental abala de forma incontestável toda a estrutura familiar, devido às dificuldades enfrentadas para ajudar a criança ou o adolescente, sejam pessoais (situação financeira, abdicação de compromissos sociais e desgaste físico e emocional exigidos no cuidado) (MONTEIRO et al., 2015) ou relativas às deficiências na rede assistencial tais como: desarticulação nos serviços, a falta de investimentos, de profissionais especializados e a procrastinação no diagnóstico (CUBAS, VOSGERAU e CARVALHO, 2018).

As barreiras de acesso frustram as expectativas de obtenção de um tratamento para estes usuários. Reconhecer o transtorno mental é um fardo doloroso e os obstáculos enfrentados pelos familiares no itinerário terapêutico, tendem a tornar as experiências ainda mais traumáticas. As práticas individuais e socioculturais de saúde orientam os caminhos a serem percorridos, na tentativa destes indivíduos de solucionarem seus problemas e estão envolvidos em uma rede complexa de escolhas possíveis, baseados no contexto em que estão inseridos (GERHARDT et al., 2020).

As “escolhas” se aliam à disponibilidade dos recursos. Sendo assim, como a existência de instituições especializadas, ou seja, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) não contemplam a maioria dos municípios no Brasil, o acesso para as diversas demandas inerentes

à saúde mental infantil, ocorre a princípio na Atenção Básica, através da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (CARVALHO et al., 2016).

Cinco décadas após a instituição da Reforma Psiquiátrica no país, cuja ideologia defendia o lema de uma “*Sociedade sem manicômios*”, ao propor a substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários de atenção à saúde mental, são notórios alguns avanços relacionados à expansão dos mesmos, inclusive para o público infantojuvenil, garantidos por mobilizações sociais e legislações específicas (BRAGA e D’OLIVEIRA, 2019). No entanto, o cenário político e econômico atual vem ameaçando gravemente este progresso, uma vez que o congelamento dos gastos públicos com saúde pelos próximos 20 anos, enfraquecerá ainda mais o Sistema Único de Saúde (SUS) (MASSUDA et al., 2018).

Era totalmente imprevisível que as tribulações políticas e econômicas incipientes no país seriam acirradas pela maior crise sanitária mundial dos últimos tempos: a pandemia pela Covid - 19, iniciada em 2020. Segundo Goldberstein et al. (2020), este advento deixou a população infantojuvenil ainda mais vulnerável ao surgimento ou agravamento de transtornos mentais. A interferência do isolamento na rotina diária, suprimindo a frequência nas escolas, os cuidados com a saúde, as atividades de lazer e o convívio familiar, expôs os mais jovens e suas famílias a um elevado nível de estresse e sobrecarga psíquica. Exatamente nesta conjuntura, foram desenvolvidas integralmente, todas as etapas necessárias para a condução desta pesquisa.

Neste contexto, enfatiza-se a necessidade de discorrer sobre a atuação das políticas públicas locais, na configuração da rede de assistência em saúde mental em Maceió. Para tanto, a pesquisa teve como objetivo analisar a trajetória percorrida pelos familiares ou cuidadores na busca por tratamento especializado para crianças e adolescentes atendidos no CAPSi do município, identificando suas motivações, dificuldades e estratégias vivenciadas no itinerário, bem como descrever os possíveis motivos para abandono do tratamento.

Espera-se que os resultados sirvam como subsídio para elencar dados que auxiliem na detecção de eventuais fragilidades ou potencialidades, frente aos desafios que regem a Rede de Atenção Psicossocial presente no município; bem como identificar e propor estratégias para o enfrentamento das dificuldades de acesso vivenciadas pelos usuários deste serviço. Diante do exposto, a pergunta central que norteou esta pesquisa foi: Quais os caminhos percorridos pelas famílias de crianças e adolescentes que utilizam ou utilizaram o CAPSi?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar o caminho percorrido por familiares ou cuidadores de crianças e adolescentes para o tratamento de transtornos mentais em Maceió.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as motivações dos responsáveis para busca de tratamento especializado;
- Compreender as dificuldades e estratégias utilizadas pelos cuidadores no processo de busca pelo tratamento dos transtornos mentais;
- Descrever os possíveis fatores relacionados às desistências do tratamento no CAPSi.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Considerações sobre os transtornos mentais em crianças e adolescentes

Define-se o transtorno mental como uma síndrome caracterizada por uma relevante alteração cognitiva, capaz de interferir na regulação emocional ou comportamental de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos processos biológicos, psicológicos ou de desenvolvimento inerentes ao funcionamento mental (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Com uma prevalência mundial estimada em 13,4%, (POLANCZYK et al., 2015) e sendo a juventude a fase que representa um maior risco para o adoecimento psíquico (KESSLER et al., 2005), este tem sido classificado, por estudos sobre a carga global de doenças, como umas das condições mais incapacitantes, desde a década de 90. (WHITEFORD et al., 2013; NAGAVI et al., 2017).

De uma maneira geral, os dados epidemiológicos sobre saúde mental infantojuvenil apresentam discrepâncias relacionadas ao nível de desenvolvimento socioeconômico dos países. Uma maior precisão é observada naqueles de alta renda, correspondendo 7% destes, como por exemplo os Estados Unidos e a Austrália. (ERSKINE et al., 2017). Dentre os estudos sobre prevalência indexados ao Banco de Dados *Web of Science*, nos últimos dez anos, 90% se desenvolveram nestas nações (KIELING e ROHDE, 2012).

Em contrapartida, publicações sobre a prevalência dos transtornos mentais nos *países de média e baixa rendas* (LIMCs) são escassas (ERSKINE et al., 2015) e representam respectivamente 1,19% e 0,33% (KIELING e ROHDE, 2012). Revisões sistemáticas realizadas para determinar a cobertura global de alguns destes distúrbios entre crianças e adolescentes revelaram que na África Subsaariana, Oceania e partes da Ásia e América Latina essa cobertura foi praticamente nula. (ERSKINE et al., 2017). Isto reflete um fator bastante preocupante, uma vez que indivíduos na faixa etária entre 5 e 17 anos compõem quase um quarto da população mundial e cerca de 85% deles residem nas nações menos favorecidas (NAÇÕES UNIDAS, 2011).

Estudos epidemiológicos desenvolvidos no Brasil também são limitados e dependem de circunstâncias como a região analisada, a exposição a fatores de risco e a metodologia de investigação. (KIELING et al., 2011; PETRESCO et al., 2014). Garcia (2015) relata que em diversos estados e municípios brasileiros foram encontradas variações entre 7% e 24,6%, para algum transtorno mental identificado na infância ou na adolescência. Por ser considerado uma

nação em desenvolvimento, o país não é capaz de atender demandas específicas para a promoção da saúde mental dos jovens, que ao estar ainda moldada para a população adulta, desconsidera as especificidades relativas ao desenvolvimento infantil e as formas de intervenção (COUTO et al., 2008).

Sendo assim, a escassez destes dados propõe um questionamento sobre a existência de políticas públicas eficazes, destinadas ao tratamento dos transtornos mentais em crianças e adolescentes, principalmente nos LMICs, sugerindo uma lacuna entre a disponibilidade e o acesso ao tratamento especializado. Há evidências que determinadas condições socioeconômicas estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de um transtorno mental ao longo da vida, como por exemplo, pobreza extrema, aspectos nutricionais, catástrofes naturais, maternidade ou paternidade precoce, doenças, negligência e institucionalização. (ANSELMINI et al., 2008; KIELING et al., 2011).

Outros fatores de risco relatados na literatura compreendem a desestruturação familiar; eventos indutores de estresse; violência psicológica, física e sexual; carga genética e disfunções no sistema nervoso provocadas por infecções, lesões ou abuso de substâncias tóxicas (BORDIN e PAULA, 2007). Elia (2019) cita que o contexto familiar exerce uma importante influência no desenvolvimento da criança e que um ambiente conturbado por violência doméstica e abuso de substâncias, pode desencadear numa criança normal, distúrbios psíquicos únicos ou variados.

Para se diagnosticar um transtorno mental são utilizados rotineiramente na prática clínica, instrumentos padronizados como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV) ou a Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Ambos compreendem critérios que associam os sintomas à incapacidade ou sofrimento relatados pelo indivíduo (MASH & HUNSLEY, 2007). Apresentam também uma seção específica dedicada aos distúrbios que são detectados pela primeira vez na infância e na adolescência, não fazendo, entretanto, distinção entre estes períodos, uma vez que muitos transtornos tendem a se manifestar de maneira mais branda ou residual na fase adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Quando se trata da criança, este diagnóstico é ainda mais complexo, uma vez que seus problemas emocionais são externalizados através de comportamentos não adaptados e divergentes, muitas vezes não sendo correlacionados a um sofrimento interno. (BIRD E DUARTE, 2002). Além disso, alguns sintomas como: intolerância frente às frustrações; dificuldade no controle de impulsos; na comunicação e na atenção, podem ser considerados normais em uma determinada

idade, mas serem sugestivos de distúrbios com o envelhecimento. (PAPOLOS E PAPOLOS, 2007).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as psicopatologias em crianças e adolescentes podem ser classificadas em duas categorias: transtornos do desenvolvimento psicológico e transtornos de comportamento e emocionais. Disfunções da primeira categoria são caracterizadas pelo comprometimento ou atraso do desenvolvimento de funções relacionadas ao processo de maturação biológica do sistema nervoso central, de progressão contínua e sem remissão. Os outros compreendem aqueles de início precoce, geralmente nos primeiros cinco anos de vida, podendo vir acompanhados de déficit cognitivo e retardo na motricidade e na linguagem (OMS, 2001).

Outra classificação usual de diagnósticos corresponde aos chamados transtornos internalizantes e transtornos externalizantes. A sintomatologia dos internalizantes compreende a reclusão social, sintomas somáticos, a anedonia e a disforia, sendo estes dois últimos correlacionados ao transtorno depressivo maior. Nos externalizantes há a manifestação de agressividade, desatenção, hiperatividade e impulsividade. Excluindo a agressividade, os demais sintomas são indicativos do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Esses critérios diagnósticos têm grande importância para o rastreio dos principais transtornos mentais que acometem crianças e adolescentes, sendo frequentemente realizados nas instituições especializadas em tratamento para saúde mental. (CARRAGHER e KRUEGER, 2015; BROWN et al.,2013).

Um estudo descritivo e Ecológico desenvolvido por Ceballos et al. (2019) com dados obtidos através do *DataSUS*, identificou que 85,7% dos prontuários de crianças e adolescentes menores de 19 anos, atendidos em centros de atenção psicossocial infantojuvenis, nas cinco regiões do Brasil, estavam concentrados em tais grupos diagnósticos: 29,7% para transtornos comportamentais/emocionais (F90-F98); 23,6% para transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89); 12,5% para retardo mental (F70-F79); 10,4% para transtornos somatoformes e neuróticos relacionados ao estresse (F40-F48) e 9,5% para transtornos de humor (afetivo) (F30-F39).

Revisões sistemáticas conduzidas por Erskine et al. (2017) visando determinar a prevalência de seis tipos de transtornos mentais típicos em indivíduos com idade de 5 a 17 anos, em 187 países, demonstrou que destes 66% não possuíam nenhum dado disponível para tais

distúrbios. Dos resultados obtidos 26,41% correspondiam aos dados de países de alta renda e 4,52% aos de média e baixa renda. O maior registro foi de 6,7% para transtorno do espectro autista, seguido de 6,2% para depressão; 5,5% para TDAH e 5,0% para transtorno de conduta.

### 3.2 As estratégias de busca para o tratamento em saúde mental

O ponto inicial para a definição das estratégias de busca para o tratamento especializado é a percepção dos pais ou responsáveis acerca dos sintomas, da gravidade e do sofrimento observados, principalmente quando o paciente se trata de uma criança (MONTEIRO, 2015).

Manifestações graves similares a psicose, ou leves como agitação ou retraimento foram consideradas anormais e preocupantes em discussões de grupos focais, com pais de crianças menores de 10 anos em uma comunidade ugandesa, entretanto, houve variações sobre a real consideração destas como preditoras para um transtorno mental. Ainda neste estudo, as principais motivações relatadas para a busca de tratamento foram a mudança comportamental, a preocupação com o bem-estar da criança e o receio do estigma (SKYLSTAD ET al., 2019).

O sofrimento psíquico da criança e o anseio por buscar alternativas viáveis para a sua recuperação, compreendem um processo social que se inicia no deslocamento dos familiares pelas redes que compõem o sistema de saúde mental. Rabelo, Alves e Souza (1999) definem esta trajetória de uma forma mais técnica como *Itinerário terapêutico (IT)*, ou seja, uma ação humana desenvolvida em cadeia contínua, envolvendo um conjunto de planos e estratégias destinados a um objetivo: o cuidado voltado para a psicopatía. Tal ação é descrita através da narrativa do paciente, ou de seu responsável e permite ao pesquisador entender como se deu o processo de adoecimento, quais foram as vias de acesso por cuidado e como tais experiências foram vivenciadas pela pessoa e seus familiares (MOREIRA, BOSI e SOARES, 2016).

Uma definição ainda mais precisa do IT é descrita por Pinheiro e Martins (2011, p.188):

*[...] “trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para saúde, empreendidas por pessoas e famílias seguindo uma lógica própria, tecida nas múltiplas redes para o cuidado em saúde, de sustentação e de apoio, que possam lhes dar certa sustentabilidade na experiência de adoecimento. Comporta, também, como os serviços de saúde produzem e disponibilizam cuidados, segundo sua própria lógica, e atendem, em certo modo e medida, às necessidades de saúde dessas pessoas e famílias. ”*

Os percursos desenvolvidos pelos indivíduos no intuito de solucionar algum problema de saúde são carregados de significados e transpassam pelas experiências, imersos em complexas redes de relações sociais. A constituição de um IT incita crenças populares, religiosas e saberes científicos inerentes ao serviço público de saúde, evidenciando assim, a existência de uma variedade terapêutica, cujo objetivo é se alcançar a saúde ou a cura (PINHO e PEREIRA, 2012; SANTOS e SILVA, 2014; SEGATA e SEGATA, 2011).

De acordo com o Sistema de Cuidado à Saúde proposto por Arthur Kleinman, a partir da experiência com os sintomas, as pessoas podem fazer uso de três subsistemas - popular, profissional e *folk* - podendo ser ou não simultâneos. Os cuidados disponibilizados no subsistema popular são informais, cujo conhecimento é derivado do senso comum, incluindo a compreensão da família acerca do adoecimento e cuidado, bem como a rede social e comunitária do indivíduo. O subsistema profissional compreende a medicina científica e os sistemas médicos tradicionais. Finalmente, o subsistema *folk* é formado por especialistas de cura sem reconhecimento legal, como por exemplo, os curandeiros e rezadeiras (KLEINMAN, 1978).

Além de refletir os fatores culturais, a trajetória dos indivíduos pelos aparelhos sociais na procura por cuidados exhibe a influência do nível socioeconômico no alcance da assistência à saúde, visto que o itinerário terapêutico revela práticas e estratégias na população, principalmente de baixa renda, no enfrentamento de seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006).

Aspectos sistêmico-estruturais relacionados aos serviços de saúde mental podem levantar possíveis barreiras de acesso ao tratamento especializado para a população infantojuvenil, inclusive em países mais ricos. Estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália apontam que o elevado tempo de espera, a dificuldade de obter um referencial, o custo da terapêutica e moradia em área rural foram os obstáculos mais comuns em amostras de usuários (REARDON et al., 2017)

No Brasil, as barreiras de acesso são mais complexas e estão relacionadas a fatores estruturais/organizacionais, econômicos e humanos, tais como: baixa capacitação dos profissionais que contribui para o atraso no diagnóstico, desarticulação na prestação dos serviços, escassos investimentos em saúde mental infantojuvenil (número reduzido de locais especializados no tratamento) e falta de psiquiatras infantis (CUBAS, VOSGERAU e CARVALHO, 2018). No contexto familiar, os pais ainda lidam com o desgaste físico e emocional, a privação de compromissos sociais e com o estigma ligado ao adoecimento psíquico (MONTEIRO, 2015).

Todos estes aspectos são determinantes para que haja uma espécie de lacuna entre a procura e o acesso ao tratamento especializado, o que corrobora com a estimativa de que cerca de 85% dos indivíduos no mundo com algum transtorno mental grave não recebam nenhum tipo de intervenção terapêutica nos LMICs (WAKIDA et al., 2018). Apesar deste agravante, familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico não se abstêm do seu maior desafio: a superação das barreiras de acesso.

Assim, como estratégia de enfrentamento, os pais costumam iniciar a trajetória terapêutica buscando apoio nas redes de atenção básica. De acordo com os arts. 8º e 9 do Decreto 7.508 / 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, dos quais fazem parte os serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011).

Delfini, Bastos e Reis (2017) exemplificam uma trajetória muito comum, iniciada pela procura do médico pediatra da Unidade Básica de Saúde (UBS) adstrita, com posterior encaminhamento para outras especialidades, findando com a chegada na rede de atenção psicossocial. Assim, os familiares descreviam rotineiramente, um sentimento de frustração nos direcionamentos e procuras que seguiram, em decorrência desta peregrinação.

Ainda frágil e fragmentada, as políticas públicas destinadas ao cuidado em saúde mental infantojuvenil foram aos poucos sofrendo reformulações em seu modelo de atendimento prestado, mudanças essas que começaram a ganhar impulso a partir dos anos 70, em um movimento que viria a desencadear a Reforma Psiquiátrica Brasileira (NUNES et al.,2019).

### **3.3 Histórico da assistência psicossocial no Brasil**

O movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado no final da década de 1970 no Brasil, representou um processo de libertação do confinamento e opressão ligados ao adoecimento psíquico, estimulando uma nova conscientização sobre o conceito de ‘loucura’ (NUNES et al., 2019). As críticas e a necessidade de se propor mudanças incisivas no padrão de assistência psiquiátrica no país, desencadearam em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que trouxe como consequência a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, cujo

propósito era instituir no SUS um modelo de atenção psicossocial aberto, com foco na reintegração social e de base territorial (BRASIL, 2005).

Este modelo idealizado marcaria o prenúncio da luta antimanicomial, que incentivou profundas transformações nos âmbitos político, cultural e social para o portador de doença mental. Assim, paulatinamente o modelo hospitalocêntrico seria desestruturado, ressignificando o tratamento das psicopatias através de uma intervenção com ênfase no paciente como sujeito, promovendo a inclusão social, inserindo a família como apoio e, também, alvo das intervenções (MELLO, 2005; TELLES, 2010).

Até a década de 80 ainda não havia no Brasil políticas de saúde mental que regulamentassem uma rede de atenção direcionada para a população infantojuvenil em adoecimento psíquico. Cabia aos setores de educação e assistência social, através de instituições filantrópicas, educandários, reformatórios e outras equivalentes, a função de formular e orientar esta rede, porém utilizando-se de medidas reclusivas e institucionalizadoras, privando os jovens de seus direitos e liberdade (TAÑO e MATSUKURA, 2015).

Entre 1980 e 1990 mudanças sociais nas ações do Estado perante a infância, coincidiram com reformulações no âmbito jurídico, como a Constituição de 1988, a Convenção Internacional sobre Direitos da Criança realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1989, o Movimento da Redemocratização e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (COUTO&DELGADO, 2015). Sucedendo essas reformulações, no início do século XXI, a Política de Saúde Mental no Brasil é enfim reestruturada, através da publicação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dispõe sobre os direitos e atenção a toda e qualquer pessoa em adoecimento psíquico (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216/2001 desencadeou uma inversão na curva de investimentos na atenção à saúde mental, restringindo o estabelecimento de novos leitos em hospitais psiquiátricos, atendendo às reivindicações da luta antimanicomial, cujo objetivo era uma “sociedade sem manicômios”. Desta forma, passaram a ser priorizados os serviços extra-hospitalares de caráter comunitário (BRASIL, 2001). Tais serviços viriam a ser descritos como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados através da portaria 336/2002 do Ministério da saúde (BRASIL, 2002).

Visando integrar estes serviços de base comunitária, em 2011, foi publicada a Portaria nº 3088 também do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ligada ao SUS (BRASIL, 2011) e, no caso da infância, composta pelos seguintes pontos de atenção: a



Estratégia Saúde da Família (ESF), a Unidade Básica de Saúde (UBS), as equipes de Consultório na rua, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Convivência e Cultura (CECCO), o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e os serviços de urgência e emergência hospitalares (BRASIL, 2014).

O CAPSi é um local de referência para a identificação e tratamento de transtornos mentais graves e persistentes em crianças e adolescentes ou que apresentem problemas pelo uso abusivo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2011). Neste contexto, Santos (2008) reitera sobre a importância da atenção ao adoecimento psíquico na juventude, uma vez que intervenções precoces podem intervir no agravamento dos sintomas e reduzir demasiados custos ao sistema de saúde.

Com a proposta de uma abordagem mais acolhedora, O CAPSi integra a família, o portador de doença mental e uma equipe multiprofissional na perspectiva da atenção psicossocial. Foi estruturado num modelo de atenção diária, intensiva, de base territorial e comunitária com atendimentos individuais ou grupais. Além de estender assistência aos familiares, promove atividades socioculturais, esportivas, de reinserção social e oficinas terapêuticas (BRASIL, 2011).

As evidências dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil se consolidaram com o crescimento do número dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), chegando a 891 unidades em 2008, paralelamente ao declínio dos leitos em hospitais psiquiátricos (ALMEIDA e HORVITZ-LENOS, 2010). O processo de expansão foi contínuo, obtendo-se um quantitativo de 2549 CAPS no país, no ano de 2015 (BRASIL, 2015). Como forma de fomentar estes avanços nas redes de atenção à saúde mental, a Organização Mundial da Saúde (2013) estipulou metas a serem cumpridas para os países até o ano de 2020:

- Atualização ou desenvolvimento de políticas e leis próprias para saúde mental, considerando instrumentos de direitos humanos regionais e internacionais;
- Aumento de 20% da abrangência do serviço para distúrbios mentais graves;
- 80% dos países mantendo em funcionamento ao menos dois programas nacionais multissetoriais de promoção e prevenção em saúde mental;
- Redução em 10% da taxa global de suicídio;
- Coleta e registro em 80% dos países de indicadores básicos de saúde mental, em intervalos de dois anos, através de sistemas locais de informação.

Ultrapassados quase 20 anos da promulgação da Lei 10.216/2001, o modelo de assistência psicossocial, apesar dos avanços em seu quantitativo, vem enfrentando uma série de desafios como

entraves financeiros, de recursos humanos e de gestão governamental (ALMEIDA, 2019; ONOCKO – CAMPOS, 2019; TRAPÉ e ONOCKO-CAMPOS, 2017). Com a aprovação da Emenda Constitucional 95 em 2016, os gastos primários do governo federal com saúde foram limitados para os próximos 20 anos. O impacto no financiamento do SUS e no orçamento da RAPS advindos desta medida, dificultarão a prestação dos serviços e a contratação de profissionais da saúde (BRASIL, 2017; SAMPAIO e BISPO JÚNIOR, 2021).

Outro ponto bastante polêmico envolve a Nota Técnica nº 11/2019, publicada pela Coordenadoria Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, que representou o declínio do modelo de atenção psicossocial comunitário, uma vez que reintroduziu leitos hospitalares e propôs a conversão dos serviços “AD” (Álcool e outras drogas) para serviços de internação de adolescentes em dependência química (BRASIL, 2019).

### **3.4 Estrutura da saúde mental em Alagoas**

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Alagoas possui uma população estimada em 3.351.543 habitantes, sendo 1.025.360 residindo na capital, Maceió (BRASIL, 2020). Cronologicamente, o processo de implantação dos serviços comunitários para atendimento de indivíduos em sofrimento psíquico seguiu o padrão de expansão proposto pela Portaria nº 3088/2011, no que diz respeito à instituição da RAPS. Sendo assim, o número de CAPS no território estadual avançou de 7 para 50 em 2012 (RIBEIRO, 2015), chegando às 55 unidades habilitadas atualmente (ALAGOAS, 2021).

Cada serviço que compõe a RAPS apresenta parâmetros distintos para sua implantação, dentre estes, destacam-se a população do município e a existência de outros serviços similares em saúde mental. Em relação aos CAPS, os parâmetros utilizados são: CAPS I (atendimento aos usuários em municípios com mais de 20.000 habitantes); CAPSII (municípios com até 70.000 habitantes); CAPS III (municípios com mais de 200.000 habitantes); CAPS IV (municípios a partir de 500.000 habitantes); CAPS-AD (entre 70.000 a 300.00 habitantes) e CAPSi (municípios com 200.000 habitantes) (BRASIL, 2017).

Alagoas possui um modelo assistencial em saúde mental que busca promover o cuidado humanizado para indivíduos com transtornos mentais e para usuários de álcool e outras drogas. A rede de serviços é composta pelos CAPS, com todas as suas modalidades, pelas Unidades de

Acolhimento (UA) adulto e infantojuvenil e as Residências Terapêuticas (RT). As UA's correspondem aos locais com funcionamento 24 horas, de acompanhamento contínuo para pessoas de ambos os sexos, com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. São destinadas para pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar acentuada, cujo tempo de permanência é de até 6 meses (ALAGOAS, 2021).

As RT's são ambientes restritos à moradia de pacientes que passaram por longos períodos de internamento em hospitais psiquiátricos. Visam dar continuidade às ações de desinstitucionalização, oferecendo a oportunidade de autonomia do usuário, reinserção na sociedade, além de um tratamento assistencial comunitário através da integração com os CAPS (SILVA, 2021).

No contexto da prestação de serviços assistenciais específicos para crianças e adolescentes, o município de Maceió conta com uma Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), voltada para o atendimento humanizado no tratamento de dependência química, e um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (SILVA, 2021).

O CAPSi “Dr. Luiz da Rocha Cerqueira”, localizado no bairro da Serraria, é a única referência no atendimento especializado de crianças e adolescentes, na faixa etária de 5 aos 18 anos no Estado, portadores de algum transtorno mental grave, tais como: Autismo / TEA (Transtorno do Espectro Autista), automutilação, depressão, esquizofrenia, transtorno de conduta, transtorno de personalidade, TDAH com comorbidade e sofrimento psíquico grave. (ALMEIDA, 2019)

Compreende um serviço do tipo “porta aberta”, não exigindo encaminhamento médico para garantir o cuidado ao usuário, atendendo inclusive a demanda espontânea. Neste contexto, o CAPSi se adequa também às estratégias estipuladas pela Portaria 3.088/11, que propõe ampliar o acesso à atenção psicossocial, articulando e integrando vários pontos da rede de saúde na comunidade. Assim, na instituição, as ações de matriciamento são de fundamental importância, uma vez que se propõem a ampliar a atuação de indivíduos, sejam profissionais ou não, através de capacitações concentradas no reconhecimento do transtorno mental e na condução ao tratamento especializado (BRASIL, 2011).

Chiaverini (2011, p. 13) define o apoio matricial como um método de produção de saúde onde duas ou mais equipes compartilham ou criam uma proposta de intervenção terapêutica, a exemplo da integração da atenção primária à saúde mental, desenvolvida no Brasil. De acordo com Almeida (2019, p.44) o NASF atua como uma ferramenta valiosa junto ao matriciamento na

intermediação de conflitos relacionados às demandas em saúde mental, e complementa que capacitações e treinamentos constituem alternativas para o beneficiamento tanto dos pacientes, quanto dos profissionais, que passam a adquirir a qualificação necessária para abordá-los.

Ao primeiro contato com o CAPSi, tanto o paciente quanto seu responsável são acolhidos por uma equipe multiprofissional, antecedendo a avaliação psiquiátrica. O tratamento instituído é focado no acompanhamento ambulatorial com prescrição de medicações, como também na promoção de oficinas terapêuticas em grupos para determinados usuários. As principais finalidades das oficinas são estimular o desenvolvimento cognitivo e a autonomia do usuário, seguindo o protocolo do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que determina o tratamento individualizado conforme as suas necessidades.

Segundo uma avaliação realizada pelo corpo técnico e administrativo, em outubro de 2019, o local prestava assistência a cerca de 550 usuários, residentes exclusivamente em Maceió, dentre os quais 150 estavam inseridos nas oficinas terapêuticas. A equipe de profissionais no serviço é composta por 5 psiquiatras, 1 pediatra, 6 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 4 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 2 fonoaudiólogos, 2 profissionais de Educação Física, 1 pedagoga, 6 técnicos de enfermagem, 6 assistentes administrativos, 4 oficinheiros, 6 agentes sociais, 1 agente de gestão e 1 gerente de unidade.

Tomando como referencial o contingente da população maceioense de pouco mais de 1 milhão de habitantes e a portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, é possível deduzir que deveriam existir ao menos cinco Centros de Atenção para o público infantojuvenil em Maceió. Este fato expõe a fragilidade das políticas públicas e investimentos direcionados para a saúde mental infantil, gerando uma sobrecarga advinda da demanda crescente de usuários no CAPSi e da falta de outras instituições similares.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, alicerçado nos preceitos teóricos e metodológicos dos itinerários terapêuticos.

## **4.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Dr. Luiz da Rocha Cerqueira, localizado no bairro da Serraria, único do município de Maceió, e também, no estado de Alagoas.

## **4.3 Participantes da pesquisa**

A amostra foi composta por 29 participantes, divididos de acordo com a seguinte organização: 20 responsáveis por crianças ou adolescentes com transtornos mentais em atendimento no CAPSi e 9 responsáveis que abandonaram o tratamento no período compreendido entre os anos de 2019 a 2020. Os cuidadores cujas crianças estavam em tratamento foram classificados em duas categorias: 10 com usuários em atendimento tipo Ambulatorial Exclusivo e 10 com atendimento tipo Ambulatorial 'Perfil CAPS'.

Todos os usuários atendidos pelo CAPSi são, a priori, incluídos na modalidade Ambulatorial, que correspondem àqueles que são acompanhados pelo tratamento médico realizado pelos psiquiatras da instituição. Os pacientes considerados 'Perfil CAPS' são aqueles que além do tratamento psiquiátrico, são submetidos às intervenções de uma equipe multiprofissional, através de oficinas terapêuticas, composta por: oficinheiros, agentes sociais, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, profissionais de educação física, fonoaudiólogos, enfermeiros e pedagoga, através de oficinas terapêuticas. O critério de seleção para ingresso nas oficinas é definido de acordo com a necessidade de atividades em grupo, visando estratégias de socialização, autocuidado e estímulo cognitivo.

O número exato dos participantes da pesquisa foi delimitado pelos preceitos da saturação dos dados, usado em estudos qualitativos, sendo a interrupção da coleta definida quando nenhum elemento novo foi encontrado e o acréscimo de mais informações, não alterou a compreensão do fenômeno estudado. (THIRY-CHERQUES, 2009). Quando na avaliação do pesquisador, redundâncias ou repetições se apresentaram na análise (DENZIN e LINCOLN, 1994).

## **4.4 Amostra**

#### **4.4.1 Amostragem**

A amostragem foi realizada por conveniência, levando em consideração o agendamento das consultas para os psiquiatras realizadas no CAPSi durante os meses de maio e junho de 2021. No caso dos desistentes, foi realizada uma pesquisa no arquivo de prontuários inativos, de onde foram selecionados os 20 primeiros que se enquadraram no período descrito, sendo possível contato através do número telefônico informado com 11 participantes, dos quais 9 aceitaram participar da entrevista.

#### **4.4.2 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os familiares ou responsáveis que acompanharam desde o início, o percurso para busca de tratamento em saúde mental da criança e cujo ingresso no CAPSi tenha ocorrido há pelo menos 1 ano. Entre os desistentes, foi considerado o período do abandono até 2 anos da data do último atendimento registrado no prontuário.

#### **4.4.3 Critérios de exclusão**

Foram excluídos os responsáveis que durante a abordagem foi observado visível déficit cognitivo que impossibilitou a participação na entrevista e aqueles cuja criança tinha menos de 1 ano de acompanhamento no CAPSi.

Entre os desistentes foram excluídos os usuários cujo tempo de abandono foi superior a 2 anos, considerando-se a data do último atendimento registrado em prontuário e aqueles em que não foi possível manter contato telefônico.

#### **4.5 Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada durante os meses de maio e junho de 2021, através de entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas elaboradas pelos pesquisadores. (Apêndice A). As entrevistas tiveram em média 18 minutos de duração e totalizaram 6 horas e 23 minutos. O roteiro de perguntas foi estruturado em duas partes. A primeira com a caracterização

dos dados demográficos do responsável e da criança/adolescente com transtorno mental, obtidas a partir dos respectivos prontuários. A segunda parte apresentou a questão norteadora do objeto de estudo: “*Em algum momento você percebeu que sua criança ou adolescente tinha algum problema e que necessitava de ajuda? Você poderia nos contar como foi o caminho percorrido ou que você fez desde a suspeita do problema mental até a conseguir tratamento no CAPSi?*”

A partir desse questionamento mais amplo, no decorrer dos relatos, outras questões mais específicas foram contempladas, no intuito de obter do entrevistado o relato das suas experiências no itinerário terapêutico.

Entre os usuários em atendimento, as entrevistas aconteceram no próprio CAPSi, em salas abertas e arejadas. Devido às medidas restritivas de distanciamento impostas pela pandemia do Coronavírus ainda vigentes, foram adotadas algumas medidas de proteção como: manutenção de pelo menos 1,5 metro de distância entre a pesquisadora e o entrevistado; exigência do uso de máscara e disponibilização de álcool a 70% para assepsia das mãos.

Entre os desistentes, as entrevistas foram realizadas através de contato telefônico. O Termo de Consentimento foi enviado através de aplicativo de mensagens e a condução das entrevistas apenas após o aceite e a confirmação da leitura do TCLE. Todos os relatos foram gravados e posteriormente transcritos com auxílio de programa de edição de texto.

#### **4.6 Análise de dados**

Os dados produzidos pelas entrevistas foram trabalhados na tipologia qualitativa, optando-se pela abordagem teórico-metodológica da Análise de Conteúdo.

A lógica da Análise de Conteúdo é a mensagem, seja ela oral ou escrita, gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Tal análise debruça-se em comparações textuais, assumindo que um dado sobre determinado conteúdo de uma mensagem deve, necessariamente, estar relacionado a outro dado (FRANCO, 2008).

Pode ser definida como uma reunião de técnicas que permitem a análise de uma comunicação. É provida de métodos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos que visam a localização de indicadores, permitindo a interpretação dos conhecimentos relacionados à produção/recepção de mensagens (BARDIN, 2010). Para fortalecer as análises optou-se por utilizar o software *Atlas.ti* versão 9.

De acordo com MURH (1991), o software é capaz de auxiliar na análise qualitativa, sem automatizá-la, facilitando e apoiando a interpretação humana. Nesta circunstância, as entrevistas foram transcritas na íntegra e registradas em documentos do *Microsoft Word*. Na interface do *Atlas.ti* cada entrevista foi agrupada em *documentos*, nomeados de acordo com a identificação estabelecida para os participantes. Paralelamente, o processamento dos dados qualitativos seguiu as três fases para Análise de Conteúdo propostas por Bardin (2010):

- 1- Pré-Análise – Compreende a organização do material a ser trabalhado, de forma a sistematizar as ideias iniciais. Nesta organização quatro etapas são seguidas: 1- a leitura ‘flutuante, na qual é estabelecido o primeiro contato com os documentos coletados, buscando a sua compreensão; 2 – Escolha dos documentos que serão analisados; 3 - formulação das hipóteses e dos objetivos; 4- criação de indicadores que irão orientar a interpretação e delimitação formal do material.
- 2- Exploração do material: Compreende a fase em que os *documentos* são examinados, investigados e analisados no intuito de selecionar as informações relevantes para a pesquisa. Envolve o processo de codificação e da definição das unidades de codificação: as *unidades de registro* (unidade de significação definida pelo pesquisador que corresponde ao segmento de conteúdo a ser considerado como unidade base, visando sua categorização e frequência); as *unidades de contexto* (unidades de compreensão utilizadas para codificar as unidades de registros correspondentes ao segmento da mensagem, no intuito de compreender a exata significação unidade de registro). A exploração do material representa uma valiosa etapa que pode viabilizar ou não a riqueza das interpretações. Representa a fase da descrição analítica, na qual o corpus (todo e qualquer material textual coletado) é submetido à uma rigorosa análise orientada pelas hipóteses e referenciais teóricos. Ao final deste processo, para facilitar a compreensão, os dados obtidos foram organizados em categorias, de acordo com a temática estabelecida nos objetivos da pesquisa.
- 3- Tratamento dos resultados e interpretação: corresponde ao tratamento dos resultados, onde são enfatizadas as informações necessárias para análise que resultarão nas interpretações inferenciais. É o momento de intuição, inferência e da análise reflexiva e crítica (BARDIN,2010).



#### 4.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa está em consonância com os preceitos éticos firmados nas Resoluções nº 466/2016 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob parecer nº 4.696.969 e CAAE: 43327220.2.0000.5013.

Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias e o anonimato foi garantido pela inclusão de um código alfa numérico expresso pelas letras A, APC e D, seguido de um número cardinal sequencial.

## **5 PRODUTOS**

### **1. EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES NOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL**, submetido segundo as normas da **REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**.

#### **5.1 PRODUTO**

Experiências dos cuidadores nos itinerários terapêuticos em saúde mental infantojuvenil.

Thays de Sá Targino Liberal – Liberal, T.de S.T. – thays.sa@famed.ufal.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3183-0328>

Coautores:

Claudio Torres de Miranda – Miranda, C.T de.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9602-6736>

Jacks Soratto – Soratto, J.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1339-7268>

Alessandra Plácido Lima Leite – Leite, A.P.L

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4956-8823>

TÍTULO RESUMIDO: Itinerários terapêuticos em saúde mental infantojuvenil.

## RESUMO

Objetivo: analisar os caminhos percorridos pelos cuidadores de usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) de Maceió, procurando identificar as motivações, dificuldades e estratégias na busca do tratamento em saúde mental infantojuvenil. Estudo exploratório, descritivo e qualitativo, cuja amostra foi composta por 20 participantes, selecionados de acordo com o tipo de acompanhamento. A coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo com o auxílio do software *Atlas Ti* versão 9. Observou-se que a principal motivação foi percepção materna de sintomas externalizantes na criança em idades precoces. O itinerário terapêutico envolveu deslocamentos pelas redes de atenção básica própria, complementar de serviços ao SUS e hospitalar. Entre as barreiras de acesso relatadas destacaram-se a insuficiência de instituições e profissionais especializados, a falta de capacitação profissional na atenção básica, a localização do CAPSi e a longa espera por psiquiatras. Conclusão: os resultados obtidos mostraram que indicadores socioeconômicos comprometeram o engajamento no cuidado e expuseram as fragilidades das políticas públicas e a escassez de investimentos na saúde mental infantojuvenil.

Palavras-chave: Serviços comunitários de saúde mental; Criança; Adolescente; Transtornos mentais.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to analyze the paths taken by the caregivers of users assisted in a Child Psychosocial Care Center (CAPSi) of Maceió, seeking to identify the motivations, difficulties and strategies in the search for treatment in child and adolescent mental health. Exploratory, descriptive and qualitative study, whose sample was composed of 20 participants, selected according to the type of follow-up. The data collection was made through semi-structured interviews and submitted to content analysis with the help of the Atlas Ti version 9 software. It was observed that the main motivation was maternal perception of externalizing symptoms in the child at early ages. The therapeutic itinerary involved displacements through the networks of basic care, complementary services to SUS and hospital. Among the barriers to access reported were the insufficient number of institutions and specialized professionals, the lack of professional training in primary care, the location of CAPSi and the long wait for psychiatrists. **Conclusion:** the results obtained showed that socioeconomic indicators compromised the engagement in care and exposed the weaknesses of public policies and the scarcity of investments in child and adolescent mental health.

**Keywords:** Community mental health services; Child; Adolescent; Mental disorders.

## INTRODUÇÃO

Cerca de 20% das crianças e adolescentes no mundo sofrem de um ou mais transtorno mental diagnosticável<sup>1</sup>. No Brasil, as estimativas indicam uma prevalência de 13%<sup>2</sup>, e que destes, apenas 37,5 % recebam alguma intervenção terapêutica ao longo de 4 anos<sup>3</sup>. Esta lacuna entre a prevalência e o acesso ao tratamento especializado sugere que alguns fatores possam interferir na cobertura e na eficácia da atenção em saúde mental destinadas a este público.

Aspectos sistêmico-estruturais relacionados aos serviços de saúde mental podem levantar possíveis obstáculos ao tratamento especializado para a população infantojuvenil, inclusive em países mais ricos<sup>4</sup>. Para a população brasileira, as barreiras de acesso são ainda mais complexas e estão relacionadas tanto a fatores estruturais/organizacionais, quanto a econômicos e humanos, tais como: baixa capacitação dos profissionais, desarticulação na rede de prestação dos serviços, escassos investimentos em saúde mental e falta de psiquiatras infantis<sup>5</sup>.

Reconhecer o transtorno mental é um fardo doloroso e as dificuldades enfrentadas pelos familiares no itinerário terapêutico, ou seja, no deslocamento pelas redes que compõem o sistema de saúde destinada ao tratamento<sup>6</sup>, tendem a tornar as experiências ainda mais traumáticas<sup>7</sup>.

De acordo com os artigos 8º e 9º do Decreto 7.508 / 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS, dos quais fazem parte os serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto<sup>8</sup>.

Com o advento da Lei 10.216/2001, o modelo de atenção à saúde mental foi reformulado, priorizando o tratamento dos portadores de transtornos mentais em serviços extra-hospitalares de caráter comunitário, restringindo assim os internamentos em instituições com características

asilares<sup>9</sup>. Tais serviços viriam a ser denominados, no caso da criança e do adolescente, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), regulamentados através da portaria 336/2002 do Ministério da Saúde.<sup>10</sup>

O CAPSi é um local de referência para a identificação e tratamento de transtornos mentais graves e persistentes em crianças e adolescentes ou que apresentem problemas pelo uso abusivo de álcool, crack e outras drogas<sup>11</sup>. Entretanto a maioria dos municípios do Brasil não são contemplados com estas instituições, justificando o fato de que o acesso das demandas à saúde mental infantil ocorre, a princípio, na Atenção Básica<sup>12</sup>.

Neste contexto, destacou-se a necessidade de discorrer sobre a atuação das políticas públicas locais, na configuração da rede de assistência em saúde mental em Maceió. Para tanto, a pesquisa teve como objetivo analisar a trajetória percorrida pelos familiares ou cuidadores na busca por tratamento especializado para crianças e adolescentes atendidos no CAPSi do município, identificando suas motivações, dificuldades e estratégias vivenciadas no itinerário.

## MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no único CAPSi do município de Maceió, e também do estado de Alagoas. A amostra foi composta por 20 participantes cujas crianças estavam em tratamento na instituição, classificados em duas categorias: 10 usuários em atendimento tipo Ambulatorial Exclusivo e 10 em atendimento tipo Ambulatorial 'Perfil CAPS'.

Todos os usuários atendidos pelo CAPSi são, a priori, incluídos na modalidade Ambulatorial, que correspondem a aqueles que são acompanhados pelo tratamento médico realizado pelos psiquiatras. Os pacientes considerados ‘Perfil CAPS’ são aqueles que além do tratamento psiquiátrico, são submetidos às intervenções de uma equipe multiprofissional, através de oficinas terapêuticas. O critério de seleção para ingresso nas oficinas é definido de acordo com a necessidade de atividades em grupo, visando estratégias de socialização, autocuidado e estímulo cognitivo.

O número exato dos participantes foi delimitado pelos preceitos da saturação dos dados usado em estudos qualitativos, sendo a interrupção da coleta definida quando nenhum elemento novo foi encontrado e o acréscimo de mais informações, não alterava a compreensão do fenômeno estudado<sup>13</sup>.

A amostragem foi realizada por conveniência, levando em consideração o agendamento das consultas para os psiquiatras realizadas no CAPSi durante os meses de maio e junho de 2021. Foram entrevistados os familiares ou responsáveis que acompanharam desde o início o percurso para busca de tratamento em saúde mental da criança e cujo ingresso no CAPSi tenha ocorrido há pelo menos 1 ano. Foram excluídos aqueles em que se observou visível déficit cognitivo que impossibilitou a participação na entrevista, e aqueles cuja criança tinha menos de 1 ano de acompanhamento no CAPSi.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, composta por perguntas abertas elaboradas pelos pesquisadores, cujo roteiro foi estruturado em duas partes. A primeira com a caracterização dos dados demográficos do responsável e da criança/adolescente com transtorno mental, obtidas a partir dos respectivos prontuários.

A segunda parte apresentou a questão norteadora do objeto de estudo: “Em *algum momento*

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

A partir desse questionamento mais amplo, no decorrer dos relatos, outras questões mais específicas foram contempladas, no intuito de obter do responsável o relato das suas experiências no itinerário terapêutico. As entrevistas aconteceram no próprio CAPSi e em virtude do período de pandemia de Covid-19 foram tomadas as medidas de proteção exigidas pelos órgãos competentes.

Os dados obtidos foram trabalhados na tipologia qualitativa, optando-se pela abordagem teórico-metodológica da Análise de Conteúdo. Para fortalecer as análises utilizou-se o software *Atlas.ti* versão 9. As falas foram transcritas na íntegra e registradas em documentos do *Microsoft Word*. Na interface do *Atlas.ti* cada entrevista foi agrupada em *documentos*, nomeados de acordo com a identificação estabelecida para os participantes. Paralelamente, o processamento analítico dos dados qualitativos seguiu as três fases da Análise de Conteúdo propostas por Bardin<sup>14</sup>: Pré-Análise; Exploração do material e Interpretação, conforme descrição de Soratto, Pires e Friese.<sup>15</sup>

Esta pesquisa faz parte de um estudo multicêntrico realizado em conjunto com o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense, em Criciúma/SC, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob parecer nº 4.696.969. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias e o anonimato foi garantido pela inclusão de um código alfa numérico expresso pelas letras A e APC, seguido de um número cardinal sequencial.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No sentido de quantificar o perfil demográfico dos participantes, os dados foram apresentados em tabelas, considerando-se as frequências absoluta e relativa.

Quanto aos responsáveis foi observada a figura materna, na faixa etária de 41 a 50 anos como principal responsável pela criança ou adolescente no tratamento no CAPSi. Houve predominância de renda familiar de até um salário mínimo (R\$1.100,00), de ensino fundamental incompleto e de atividade domiciliar não remunerada, fatores característicos de uma população em vulnerabilidade social (tabela 1).

Na amostra das crianças e adolescentes atendidos, houve predominância do sexo masculino. Maior quantitativo esteve presente nas faixas etárias de 11 a 13 anos e de 14 a 16 anos, com tempo de permanência no serviço de 1 a 3 anos. Os transtornos prevalentes foram F90-F98 (Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou adolescência); F70-79 (Retardo mental) e F80-F89 (Transtornos do desenvolvimento psicológico) (tabela2). Estes também foram predominantes no sexo masculino, entretanto, os episódios depressivos (F32.2) foram exclusivos no sexo feminino, como detalhado na tabela 3.

Os resultados deste estudo foram convergentes com pesquisas nacionais e internacionais. Uma análise do perfil de crianças e adolescentes que utilizaram serviços de CAPSi no Brasil, no período de 2008 a 2012, observou uma maior predominância do sexo masculino (68,8%). Dos 85,7% registros dos transtornos encontrados, 29,7% estavam presentes no grupo (F90-F98); 23,6% em (F80-F89); 12,5% em (F70-F9), 10,4% em (F40-F48) e 9,5% em (F30-39). Transtornos hipercinéticos, transtornos de conduta (F90-98) e TEA (F80-89) também são bastante citados na literatura pela sua incidência precoce<sup>16</sup>.

Os dados obtidos demonstraram uma diferença contundente na propensão de gênero, indicando a predominância masculina<sup>17</sup>, e encontraram respaldo na literatura, como observado na tabela 2 deste estudo. Tal fato é justificado pela associação de fatores genéticos (mutações dos genes presentes no cromossomo Y) e da maior vulnerabilidade a lesões no cérebro<sup>18</sup>.

Um crescimento alarmante da combinação de ansiedade, depressão e automutilação tem sido observado entre meninas e mulheres jovens<sup>19</sup>. Um estudo realizado por Morgan et al<sup>20</sup> sobre autolesão no Reino Unido identificou um aumento de 68% na incidência destes problemas em jovens de 13 a 16 anos entre 2011-2014. Apesar de não haver uma explicação única para este advento, supõe-se que uma confluência de fatores sociais, econômicos e comportamentais possam contribuir nestes aspectos na atual geração<sup>19</sup>.

Os dados provenientes das entrevistas, analisados com o auxílio do software *Atlas Ti* versão 9, geraram um total de 20 documentos. Destes foram extraídas 322 *citações* (Unidades de contexto), organizadas em 62 *códigos* (Unidades de registro), posteriormente subdivididas em 3 *grupos de códigos* de acordo com as temáticas definidas nos objetivos da pesquisa: *Motivações para busca de ajuda; Dificuldades enfrentadas no itinerário terapêutico e Estratégias na busca de tratamento*, que serão apresentados com subtítulos retirados das falas dos participantes.

### **Motivações para busca de ajuda: “Eu achava ele muito estranho!” (APC8)**

Os achados mostraram que a principal motivação para que os cuidadores procurassem tratamento para a criança ou adolescente foi a percepção de algum comportamento anormal, notado predominantemente pela figura materna. As alterações relatadas faziam inferências a sintomas externalizantes, mais reprovados socialmente e de fácil identificação, com maior frequência no sexo masculino em idades precoces, ou seja, entre 2 a 4 anos, tais como: heteroagressividade;

autoagressividade; hiperatividade e atraso no desenvolvimento psicomotor, conforme os relatos a seguir:

*“Amizade com coleguinha, ele não tinha. Ele chegava só para machucar... atacava, agredia, mordida demais!” (A1)*

*“Eu já notava uma inquietação e um afastamento dos amigos da creche. Depois eu comecei a reparar as autoagressões...” (A6)*

*“Ele também não falava e retrocedeu! Ele engatinhava, andava e depois voltou a engatinhar. Ele gritava muito, não dormia, era muito inquieto...” (A2)*

Algumas hipóteses de que o reconhecimento de transtornos mentais é mais facilmente percebido em meninos foram confirmadas, uma vez que sintomas como a agressividade e irritabilidade tendem a ser mais valorizados pela família e pela escola. Isso sugere que seus responsáveis procuram atendimento precoce com mais frequência, em serviços de saúde mental específicos<sup>21</sup>.

As adolescentes do sexo feminino, na faixa etária entre 13 e 17 anos, constituíram 40% da amostra dos usuários, sendo predominante neste grupo, a presença de transtorno depressivo, associado a sintomas internalizantes como introspecção, tristeza e baixa autoestima. Foi comum nos depoimentos dos responsáveis a dificuldade em reconhecer, que tais manifestações eram sugestivas de transtorno mental, postergando a procura pelo tratamento especializado e culminando com o agravamento dos mesmos:

*“Ela se reservava, não queria fazer amizade. Aí a sua ficha vai caindo[...], poxa aquilo que acontecia com a minha filha, era uma depressão!” (APC6)*

*“Eu não tinha prestado atenção nos sintomas que ela tinha. Eu cheguei, creio que um pouquinho tarde e ela já estava uma pessoa muito mais debilitada, em questão da depressão.”. (APC3)*

A procura tardia pelo tratamento especializado para meninas pode ser explicada pelo fato de que os problemas internalizantes, devido às suas peculiaridades, tendem a ser identificados com maior dificuldade por outras pessoas do convívio. Indivíduos com este padrão não costumam causar muito incômodo ou desconforto no meio familiar ou social sendo, portanto, menos encaminhados para avaliação e, conseqüentemente, tratamento<sup>22</sup>. Nos trechos acima foi possível identificar esta correlação com a literatura.

**Dificuldades enfrentadas no itinerário terapêutico: “Eles não consultam o paciente, consultam a doença!” (A7)**

Neste contexto e com base nos relatos dos entrevistados, as dificuldades mais enfrentadas no acesso ao tratamento especializado foram: a escassez de vagas na rede complementar; a insatisfação com a rede de atenção primária; os problemas financeiros; a sobrecarga do cuidador; a negação da doença mental e o estigma (figura 1).

A falta de vagas nos serviços relacionados à atenção em saúde mental infantojuvenil esteve relacionada à insuficiência de serviços e profissionais especializados (sobretudo o psiquiatra). Nos últimos quatro anos recursos federais foram investidos na estruturação de toda a rede física de gestão do SUS em Maceió, contudo os serviços pertinentes à saúde mental não obtiveram a devida prioridade, mesmo com o crescimento dos transtornos mentais identificado no perfil epidemiológico da população. Assim, a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enfrentou diversos limites para a efetivação dos seus objetivos. O principal deles é a existência de apenas um CAPSi<sup>23</sup>.

Os excessivos deslocamentos pela rede eram responsáveis pela angústia, desgaste físico e

psíquico e longo tempo de espera relatados pelos familiares. Estes fatores os impulsionaram a buscar como alternativa as instituições integrantes da rede de atenção complementar de serviços ao SUS ou redes de serviços mais complexas (rede hospitalar).

*“Foi um ano de correria. Entre esse total de profissionais nesse período, entre pediatras, psicólogos, neuro, assistentes sociais, foram onze profissionais em um ano de trajetória” (A2)*

*“Acho que passei em torno de 7 meses até chegar aqui. Procurei a Clínica Z. Procurei a Clínica H, mas também não tinha vaga, devido à demanda.” (A6)*

*“Fui no que tinha de posto para ver psiquiatra. Consegui só no Hospital P. Eu já tinha ido lá 3 vezes. E lá, me disseram: ” Mãe, nós não temos vaga, porque tem que ser um psiquiatra que seja infantil” (A1)*

Nas narrativas foi possível observar a precária atenção à população infantojuvenil em adoecimento psíquico. O próprio plano Municipal de Saúde reconhece estas falhas, e no intuito de amenizar este problema, dispõe de uma parceria com as chamadas instituições da rede complementar de serviços ao SUS. Especificamente em Maceió, estas instituições são na realidade integrantes da rede complementar de deficiência<sup>23</sup>.

Na trajetória por esta rede muitos pais relataram um desfecho bastante comum, assim que seus filhos chegavam à adolescência: o desligamento por alta. Em números absolutos, as instituições integrantes da rede complementar conseguem contemplar quase todos os distritos sanitários do município, ao contrário da rede especializada. Ao serem desligados desse sistema, as opções de tratamento em saúde mental para os adolescentes se tornavam cada vez mais escassas, culminando com a sobrecarga do CAPSi. Embora este estudo não tenha abrangido peculiaridades acerca do funcionamento da rede complementar, tais relatos sugeriram que a grande demanda limitava a permanência no tratamento.

*“Disseram que ele estava melhorando e tiraram ele, que com o tempo se precisasse, eu procurasse lá ou outro lugar, para arrumar outra vaga. Eu creio que é porque é muita gente que precisa!”. (A3)*

*“Chegou um momento, disseram que não dava para ele ficar lá. E eu perguntei: “Como é que vai ser? Meu filho vai ficar sem tratamento? E me disseram: “não mãe, você procura um posto.” (A1)*

Na abordagem da temática insatisfação com a rede de atenção primária em saúde (APS), alguns depoimentos descreveram uma frustração no contato profissional da APS, especialmente o pediatra, gerando uma descrença dos familiares nas terapêuticas propostas. A falta de capacitação dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atender a demanda em saúde mental foi compreendida pelos cuidadores como um descaso frente ao seu sofrimento. Ao não receberem informações, encaminhamentos ou diagnósticos adequados, muitos deles acabaram abandonando suas buscas, agravando posteriormente a condição clínica da criança:

*“Falei para a pediatra que ele estava desencadeando umas coisas que não eram normais. Ai ela disse: ‘Infelizmente eu não vou encaminhar a senhora para ‘neuro’ nenhum, porque isso daí é malcriação!’ Não gostei da experiência com ela, foi péssima. ” (APC2)*

*“Eu comecei a procurar pediatras. Mudei de pediatras várias vezes, e eles diziam que era normal e cada criança tem o seu tempo. Porque ele não falava. [...]. Se você é profissional e me diz que não tem nada, por que eu vou continuar?” (A2)*

Convém esclarecer que na APS, porta inicial de procura por tratamento clínico e encaminhamento para serviços especializados, nem todas as equipes estão aptas a prestarem assistência em saúde mental<sup>24</sup>. Como a integração de psiquiatras e psicólogos ao NASF é opcional, a não acessibilidade a estes profissionais na APS, faz com que crianças e adolescentes sejam atendidos rotineiramente por pediatras ou médicos da família, e a falta de capacitação destes podem retardar a identificação e o tratamento adequado<sup>25</sup>.

Em se tratando de uma população vulnerável, fatores pessoais também podem impactar diretamente no cuidado destinado ao portador de transtornos mentais. Considerando a ordem de relevância, a questão financeira, em algumas situações, foi determinante para a limitação do acesso e/ou permanência da criança no tratamento.

*Eu passei uns meses sem vir, quase perdi a vaga dele. Só que fui compreendida pelos profissionais, por causa da questão do transporte e a questão financeira. E a distância, de lá para cá eu pego 02 ônibus. Devido isso também, a gente acaba nem vindo, porque é falta de passagem. (A6)*

O relato acima evidencia uma correlação entre o fator financeiro e o geográfico. Para a maioria dos entrevistados, residentes nas áreas mais populosas, a localização do CAPSi representa uma barreira de acesso, uma vez que a malha rodoviária do município que interliga os bairros é escassa e fragmentada.

Uma criança com transtorno mental ao invés de se tornar independente com o tempo, vai requerer de seu responsável cuidados periódicos, impedindo-o de ter um vínculo empregatício duradouro, restando – lhe ainda a exclusividade nos afazeres domésticos. Além de não conseguir ingressar em uma ocupação formal, a baixa escolaridade acaba por limitar a possibilidade de uma melhor formação profissional, prejudicando ainda mais a renda familiar<sup>26</sup>. Isto parece justificar o esforço destas mães em obter o benefício social destinado a portadores de doenças mentais, que vem a se tornar a única fonte de sustento.

*“Hoje é a principal renda porque eu não posso trabalhar e ninguém quer ficar. Se a gente que é mãe, não tem condições de trabalhar, vai correr atrás do benefício da criança.” (APC9)*

Nesta investigação o predomínio da figura materna como único ou principal cuidador e a sobrecarga advinda desta atribuição esteve de acordo com diversos estudos sobre o tema. A

presença constante das mães em serviços de saúde, inclusive mental, é reflexo de uma tradição histórica que mesmo após modificações ao longo do tempo, ainda lhes atribui o dever de cuidar<sup>27</sup>. Ao negar à mulher o direito de abdicar dos filhos para cuidar de si mesma, danos à sua saúde podem se manifestar, não devendo ser negligenciados pelos profissionais que acompanham a criança<sup>28</sup>.

*“Era tudo para mim... Às vezes, eu esquecia até de ir às consultas, porque tudo sou eu, tudo sou eu...” (A5)*

*“Ele tinha crise uma atrás da outra. Eu chorava e dizia: ‘Meu Deus, me ajuda!’ Eu sentia vontade de me matar. Ele era esquizofrênico, mudava de personalidade. Tinha hora que eu sentia um medo tão grande! Nem de garfo e faca eu deixo ele comer”. (APC1)*

Foi comum o desabafo sobre experiências negativas vividas pela doença mental de seus filhos. Nesta perspectiva, as mães relataram a frustração e o constrangimento diante da confirmação do diagnóstico, seguida por um sentimento de negação em aceitá-lo. Sob esta recusa pairava uma inquietação provocada pelo preconceito ao qual estas crianças estavam sujeitas, e que em alguns casos era responsável pelo receio em buscar o tratamento e pelo isolamento social.

*“A minha mãe percebeu primeiro que ele nasceu com problema, só que eu não queria aceitar. Eu tenho cinco filhos fora ele e todos nasceram perfeitos”. (APC1)*

*“Nunca procurei um médico porque eu não aceitava que a minha filha tivesse esse problema. Eu não aceitava depressão. Eu dizia que era malcriação porque eu tinha vergonha!” (APC6)*

*“Eu passo vergonha até mesmo entre família. Fazem festa, não me avisam, não dizem nada, por causa desse problema do menino. Às vezes até rejeitam!” (APC10)*

Pesquisas consideram que a recusa em aceitar a doença mental é decorrente do estigma que é imposto ao doente e às pessoas que lhes são próximas. O medo de rejeição e de como a comunidade encara a condição da criança, impõem ao cuidador inúmeras restrições e sobrecargas física e emocional<sup>29</sup>, como podemos verificar nos relatos acima.



**Estratégias na busca de tratamento: “Procure um médico que eu acho que esse teu filho é especial!” (A3)**

A partir dos trechos selecionados nas entrevistas referentes à rede de codificação ‘Itinerários Terapêuticos’, foram catalogadas 60 citações, distribuídas em 6 códigos. Tais códigos foram utilizados para especificar todas as opções terapêuticas acessadas no itinerário que antecederam o ingresso no CAPSi, ou seja: rede complementar de serviços ao SUS (21 citações); rede ambulatorial própria do SUS (15 citações); rede hospitalar (12 citações); profissional privado (9 citações); Juizado especial/Conselho Tutelar (2 citações) e dirigente religioso (1 citação), conforme demonstrado na figura 2.

Os discursos sobre os itinerários permitiram inferir que nas fases iniciais de busca por ajuda, por iniciativa própria ou aconselhamento de terceiros, os familiares tenderam a procurar pelas UBS da rede própria do SUS:

*“Fui no posto de saúde do conjunto Carminha. A médica que atende todas as especialidades lá, encaminhou ele para o CAPS.” (A3)*

*“Eu conversei com a dirigente da igreja, que tem conhecimento com a médica do posto do Jacintinho, aí ela conseguiu uma vaga para mim lá. (A4)*

A preferência pelas UBS pode ser explicada pelo fato de que a alta prevalência, a baixa adesão ao tratamento e a trajetória crônica relativas ao adoecimento psíquico, tornam a atenção primária em saúde do SUS, o âmbito ideal para prevenção, avaliação e tratamento deste agravo na infância e adolescência<sup>30</sup>. Destaca-se também a proximidade com a população e o caráter menos estigmatizante que propõe atendimento mais célere em casos mais graves<sup>31</sup>.

Após a triagem na rede ambulatorial própria, os cuidadores se dirigiam para a rede

complementar de serviços ao SUS, devido a insuficiência da RAPS do município e em alguns casos devido à idade mínima para ingresso no CAPSi (5 anos).

Composta por segmentos regulamentados pela Lei 13.146 de 06 de julho de 2015, a rede complementar tem como objetivo garantir e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais para a pessoa com deficiência, propondo sua inclusão social e cidadania<sup>32</sup>. Através do atendimento aos portadores de deficiência intelectual, a exemplo do Transtorno do Espectro Autista (TEA), estas instituições passaram a atuar como parceiras da RAPS<sup>33</sup>.

Diferentemente do atendimento nas UBS, a trajetória pelas unidades complementares não era única, sendo frequente a migração entre uma ou duas instituições, à medida que os usuários recebiam alta ou necessitavam de novas avaliações médicas. Isto explica seu maior número de citações nos itinerários.

*“Na clínica X a neuro disse que eu procurasse um psiquiatra porque o caso de A1 não era com ela, e sim psiquiátrico. E ele ficou sendo atendido no Hospital H e na clínica X.” (A1)*

*“Fiz a entrevista aqui no CAPSi e falaram que no momento ele não podia ficar porque era muito pequeno e que eu procurasse um lugar que aceitasse. Fui procurar a clínica X”. (A3)*

Também foram registrados alguns relatos de responsáveis cujos adolescentes ao apresentarem agravamento do transtorno mental, adotaram atitudes e comportamentos extremos como automutilação e ideação suicida. Nestes casos, a procura por ajuda se deu através da rede hospitalar.

*Quando ela tinha 14 anos eu vi que realmente as coisas estavam se agravando. Comecei a observar uns cortes nas pernas dela com lâmina. Um deles foi profundo e fomos para o hospital geral. Chegando lá, eles encaminharam para o CAPS. (APC6)*

*“Eu fui no hospital psiquiátrico porque ela estava muito agoniada, inquieta. Ela queria se cortar, se matar. E eu não estava aguentando mais. ” (A4)*

A procura pela rede hospitalar retrata um ponto ainda muito polêmico relacionado ao padrão de assistência em saúde mental preconizado pela Lei 10.216/2001, que incitava a luta antimanicomial e priorizava os serviços comunitários em detrimento do modelo hospitalocêntrico<sup>9</sup>. Como o papel do CAPSi é prestar assistência para transtornos mentais graves e persistentes, pode-se inferir que a falta de informação, a sobrecarga na RAPS e a resistência na manutenção dos hospitais psiquiátricos possa levar os indivíduos a errôneos direcionamentos.

Desta forma, é evidente que a carência de serviços especializados configura um obstáculo para a expansão e regionalização da RAPS no Brasil, como forma substitutiva às necessidades de internação em hospitais psiquiátricos e também no enfrentamento dos casos de transtornos psiquiátricos menores, comportamento suicida e apoio ao público infantil<sup>34</sup>.

Na sequência da temática dos itinerários, alguns familiares relataram a necessidade de recorrer a profissionais particulares, especificamente psiquiatras infantis e psicólogos, alegando carência dos mesmos pela rede de atenção do SUS. Devido ao orçamento familiar insuficiente, esta estratégia era comumente abandonada.

*“Como na clínica A não tinha psiquiatra para as crianças na época, as mães tinham que se virar. Aí marquei uma consulta com o Dr G. Só que eu não tinha condições de pagar toda vez, na época duzentos reais a consulta. ” (A1)*

*“O pai levou ela para uma psicóloga particular, pois ela tinha depressão. Ficou alguns meses só, porque a gente não podia tá pagando. ” (A10)*

Foram registradas duas entrevistas em que o transtorno mental das usuárias esteve relacionado ao abuso sexual. Nestes casos um itinerário terapêutico menos convencional envolveu a participação de órgãos de assistência jurídica (Juizado de Violência Doméstica contra a Mulher),

e social (Conselho Tutelar) além de dirigentes religiosos. Os agressores eram pessoas ligadas ao convívio familiar das vítimas: pai e padrasto. As constantes situações envolvendo ameaças, perseguições e violência física acarretaram na cronicidade e ocultação dos abusos, bem como o acesso tardio ao tratamento.

*“Eu vivia com um rapaz que aliciou minha filha dos 5 aos 11 anos. Ele abusava dela, só que eu não sabia, nunca nem notei. Quando ela completou 11 anos, ela falou para a pastora da igreja que chamou o conselho tutelar e foi aquela confusão toda.” (A7)*

*“Ela foi abusada pelo pai dos 9 aos 12 anos. Como eu criei o processo de violência doméstica, e o Juizado de Violência contra a mulher tinha uma psicóloga, ela me orientou. Estava em fase de pandemia e ela disse: ‘Vou dar essa ajuda psicológica até a gente arrumar um local para ela se tratar.’ ” (APC3)*

O abuso sexual no contexto familiar representa uma experiência traumática que afeta principalmente, o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, com consequências danosas que podem se estender até a vida adulta<sup>35</sup>. Devido ao chamado “pacto de silêncio” que consiste no comportamento de omissão por parte da vítima e seus responsáveis, menos de 10% dos casos chegam ao conhecimento do sistema de saúde e de segurança<sup>36</sup>.

Considerou-se o marco final do itinerário terapêutico neste estudo a chegada dos responsáveis com suas crianças ou adolescentes ao CAPSi. Através da análise de alguns diálogos, foi observado o esforço da gestão e da equipe multiprofissional em proporcionar um tratamento integral e humanizado, apesar das dificuldades para manter a excelência do serviço, uma vez que a unicidade da instituição em todo o estado de Alagoas expôs a sobrecarga na atenção em saúde mental infantojuvenil.

Um dos tratamentos propostos pelo CAPSi são as oficinas terapêuticas, consideradas fundamentais para o desenvolvimento cognitivo e emocional. Devido às limitações estruturais e humanas (quantitativo de profissionais), elas são ofertadas a apenas 1/3 das crianças. Com o

advento da pandemia por COVID – 19, houve um crescimento de cerca de 30% na procura por atendimento. Entretanto, devido às normativas sanitárias impostas, as oficinas foram suspensas, acarretando grande prejuízo à saúde mental dos usuários:

*“A pandemia influenciou muito! Porque se não fosse isso, eles estariam fazendo oficina durante a semana e encontrariam outras crianças. Iriam brincar, conversar...eu acho que está fazendo muita falta” (APC6)*

*“Ele voltou a ficar agressivo, a comer compulsivamente e engordou depois da pandemia” (APC2)*

Inúmeras vulnerabilidades sociais e de gestão governamental foram reveladas com o impacto da pandemia. Aliada à irreparável perda de milhares de vidas, as medidas restritivas impostas para conter a disseminação do vírus, mudaram bruscamente as relações sociais, principalmente para as crianças e adolescentes.

Assim, será um grande desafio para o CAPSi gerir o aumento da futura demanda, à medida que o avanço da estruturação e os investimentos na RAPS permanecem estagnados em Maceió. Diante disso, fica a reflexão do quanto as fragilidades das políticas públicas para saúde mental infantojuvenil e as barreiras pessoais poderão influenciar ou desencorajar a procura por tratamento.

## **Fontes de financiamento**

A pesquisa não recebeu financiamento específico para a sua realização.

**Conflito de interesses**

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

**Colaboradores**

T.S.T Liberal foi responsável pelo planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão bibliográfica, discussão dos resultados e redação do manuscrito. J. Soratto contribuiu na concepção do estudo, análise dos dados e revisão do conteúdo intelectual para aprovação da versão a ser publicada. A.P.L. Leite contribuiu na revisão do conteúdo intelectual para aprovação da versão a ser publicada. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito. C.T. Miranda contribuiu na concepção e revisão crítica do conteúdo intelectual para a aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Elia J. Visão geral dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Manual MSD [periódico na Internet]. 2019 [acessado 2021 Jul 5]. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/transtornos-mentais-em-crianças-e-adolescentes/visão-geral-dos-transtornos-mentais-em-crianças-e-adolescentes>
2. Paula CS, Coutinho ES, MARI JJ, Rohde LA, Miguel EC, Bordin IA. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Braz J Psychiatry* 2015; 37(2): 178–179.
3. Fatori D, Evans - Lacko, S, De Paula C. Child mental health care in Brazil: barriers and achievements. *Lancet* 2012; 379(9812): e16–e17.
4. Reardon T, Harvey K, Baranowska M, O'Brien D, Smith L, Creswell C. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26(6):623–347.
5. Cubas JM., Vosgerau DS, Carvalho DR. Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde mental por crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Promoção da Saúde* 2018; 31(supl):1–12.
6. Rabelo MC, Alves PC, Souza IM. *Experiência de doenças e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

7. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos, cuidado e cultura. Lumina educação para todos [curso online]. 2020 [acessado 2021 Ago 10]; 1ªed. Disponível em <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=120#section-2>.
8. Brasil. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011; 28 jun.
9. Brasil. Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001; 06 abr.
10. Brasil. Portaria 226 de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 2002; 19 fev.
11. Brasil. Portaria nº 3088 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). Ministério da Saúde, 2011; 23 dez.
12. Carvalho MN, Costa EMOD, Sakai MH, Gil CRR, Leite SN. Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008-2013. Saúde Debate 2016; 40(109); 154 – 162.



13. Thiry-Cherques RH. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Rev. PMKT 2009 [acessado 2021 Jul 17] Disponível em: [http://www.revistapmkt.com.br/portals/9/edicoes/revista\\_pmkt\\_003\\_02.pdf](http://www.revistapmkt.com.br/portals/9/edicoes/revista_pmkt_003_02.pdf).
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2010.
15. Soratto J, de Pires EVP, Friese S. Análise de conteúdo temática utilizando o software ATLAS.ti: potencialidades para a pesquisa em saúde. Rev Bras Enferm 2020; 73(3): 1-5.
16. Ceballos GY, Paula CS, Ribeiro EL, Santos DN. Perfil de utilização do serviço do Centro de Atenção Psicossocial da Criança e do Adolescente no Brasil: 2008 a 2012. J Bras Psiquiatr 2019; 41(2): 138–147.
17. Alves INC. Dificuldades e transtornos de aprendizagem: masculinidades e relações raciais. In: *VI Congresso Nacional de Educação*; 2019; Fortaleza.
18. American Psychiatric Association. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.
19. Lakasing E, Mirza, Z. Ansiedade e depressão em jovens adultos e adolescentes. Br J Gen Pract 2020; 70(691): 56-57.
20. Morgan C, Webb RT, Carr MJ, Kontopantelis E, Green J, Chew-Graham CA. Incidência, manejo clínico e risco de mortalidade após lesões autoprovoçadas em crianças e adolescentes: estudo de coorte na atenção primária. BMJ 2017; 359:43-51.

21. Reis AOA, Delfini, PSS, Dombi-Barbosa C, Oliveira, MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. In: Ribeiro EL, Tanaka OY (Ed.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2010. p.186–210.
22. Sousa MRC, Moraes C. Sintomas de internalização e externalização em crianças e adolescentes com excesso de peso, *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(1): 40-45.
23. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. *Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021*. SMS/DGPS/CGP. Maceió; 2017.
24. Sampaio M.L, Bispo Júnior, JP. Rumo à integralidade da saúde mental: experiências e desafios da atenção psicossocial no Brasil. *BMC Public Health* 2021; 21(1): 1352.
25. Fatori D, Brentani A, Grisi SJFE, Miguel EC, Graef-Martins, AS. Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Cien Saude Colet*. 2018; 23(9):3013–3020.
26. Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. A Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38(2): 197–205.
27. Souza Filho MD, Sousa AO, Parente ACBV, Carvalho e Martins MC. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicol Estud* 2010; 15(3): 639-647.
28. Carvalho CMSM de, Santos, LFM dos Shubert CO, Rafael, RMR, Nunes AS, Fortes FSA. Perfil sociodemográfico dos cuidadores e das crianças e adolescentes assistidas no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil Dom Adriano Hipólito - Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Atual* 2018; 11(1): 2-13.

29. Oruche UM, Gerkenmeyer J, Stephan L, Wheeler CA, Hanna KM. The described experience of primary caregivers of children with mental health needs. *Arch Psychiatr Nurs* 2012; 26(5):382–91.
30. Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O. *Atenção em Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2017. p. 147–156
31. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A, Malkotra S. Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes em países de baixa e média renda. *J Child Psychol Psychiatr* 2008; 49(3): 313–334.
32. Brasil. Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 2015; 06 jul.
33. Serviço de reabilitação intelectual. Adefal.org, 2017. Disponível em: <http://adefal.org/servico-de-reabilitacao-intelectual>. [Acessado 2021 Set 08]
34. Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, Silva TM, Abreu MM. A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud Soc** 2018; 9(1): 70–85.
35. Lira MO de SC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes MP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26(3): 1-8.
36. Chehab MAD, Paiva LS, Figueiredo FWS, Daboin BEG, Reato LFN, Adami F. Sexual abuse characteristics in Santo André, São Paulo, Brazil: from victims: to aggressors, from diagnosis to treatment. *J. Hum. Growth Dev* 2017; 27(2): 228-234.

## TABELAS

**Tabela 1 - Perfil demográfico dos responsáveis pelos usuários atendidos no CAPSi de Maceió, AL - 2021.**

<b>Responsável</b>	<b>Frequência Absoluta(FA)</b>	<b>Frequência Relativa(FR)</b>
Mãe	<b>15</b>	<b>75</b>
Pai	03	15
Avó	02	10
<b>Faixa etária</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
20-30	1	5
31-40	6	30
41-50	<b>11</b>	<b>55</b>
51-60	1	5
Acima 61	1	5
<b>Grau de instrução</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Nenhum	2	10
Ensino fundamental incompleto	<b>11</b>	<b>55</b>
Ensino médio completo	4	20
Ensino médio incompleto	2	10
Ensino Superior incompleto	1	5
<b>Renda Familiar (salário mínimo vigente R\$ 1.100,00)</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Sem renda	2	10
Menos de 1 salário mínimo	2	10
1 salário mínimo	<b>11</b>	<b>55</b>
1 a 2 salários mínimos	4	20
Mais de 2 salários mínimos	1	5
<b>Profissão</b>	<b>FR</b>	<b>FR</b>
Do lar (atividade domiciliar não remunerada)	<b>16</b>	<b>80</b>
Vendedora	1	5
Desempregado	1	5
Porteiro	1	5
Designer	1	5

Fonte: Autoria própria

**Tabela 2 - Perfil demográfico e transtornos mentais dos usuários, crianças e adolescentes, atendidos no CAPSi de Maceió, AL - 2021.**

<b>Sexo</b>	<b>Frequência Absoluta(FA)</b>	<b>Frequência Relativa (FR)</b>
Masculino	<b>12</b>	<b>60</b>
Feminino	8	40
<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
5-7	1	5
8-10	2	10
11-13	<b>6</b>	<b>30</b>
14-16	<b>6</b>	<b>30</b>
17-18	5	25
<b>Tempo no CAPSi (anos)</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
1-3	<b>8</b>	<b>40</b>
4-6	6	30
7-9	4	20
Acima de 10	2	10
<b>Transtornos mentais</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
F(90-98)	<b>10</b>	<b>29,4</b>
F70-79	<b>8</b>	<b>23,5</b>
F(80-89)	<b>7</b>	<b>20,6</b>
F(40-49)	4	11,8
F32.2	4	11,8
F(60-69)	1	2,9

Fonte: Autoria própria

**Tabela 3 - Transtornos mentais em relação ao sexo dos usuários, crianças e adolescentes do CAPSi. Maceió, AL - 2021.**

<b>Transtornos mentais</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
<b>F(90-98)</b>	<b>1</b>	<b>2,94</b>	<b>9</b>	<b>26,5</b>
<b>F(80-89)</b>	<b>2</b>	<b>5,88</b>	<b>6</b>	<b>17,6</b>
<b>F(70-79)</b>	<b>2</b>	<b>5,88</b>	<b>5</b>	<b>14,7</b>
F(60-69)	1	2,94	0	0
F(40-49)	2	5,88	2	5,88
<b>F32.2</b>	<b>4</b>	<b>11,8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

*Fonte:* Autoria própria

## FIGURAS

**Figura 1 - Detalhamento da categoria ‘Dificuldades enfrentadas no itinerário terapêutico’**

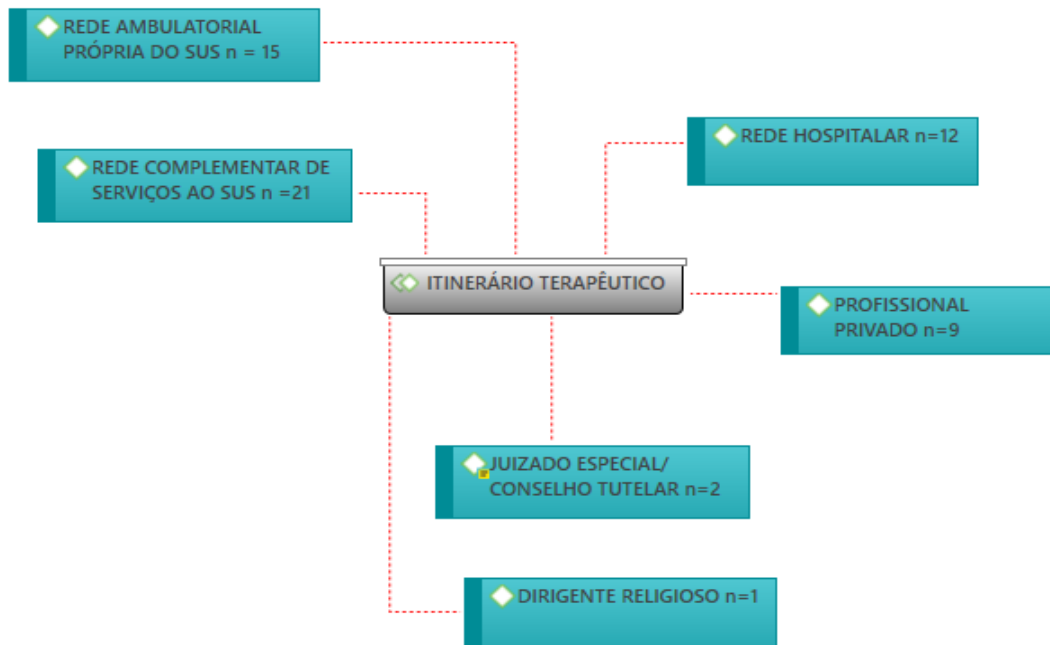
The screenshot shows the 'Gerenciador de Códigos' window. At the top, there is a search bar labeled 'Pesquisar Componentes'. Below it, two filter options are visible: 'Mostrar códigos no grupo Dificuldades enfrentadas no itinerário terapêutico' and 'Mostrar códigos com uma determinada cor.'. The main table has three columns: 'me', 'Magnitude', and 'Densidade'. The data is as follows:

me	Magnitude	Densidade
Dificuldades na trajetória - escassez de vagas na rede complemen...~	28	
Dificuldades na trajetória - insatisfação com a rede de atenção pri...~	17	
Dificuldades na trajetória - problemas financeiros~	15	
Dificuldades na trajetória - negação da doença mental~	12	
Dificuldades na trajetória - sobrecarga do cuidador~	12	
Dificuldades na trajetória - estigma	10	
Dificuldades na trajetória - falta de informação	7	
Dificuldades na trajetória - recusa do tratamento	6	
Dificuldades na trajetória - agravamento do quadro	6	
Dificuldades na trajetória - distância da residência	4	
Dificuldades na trajetória - excesso de encaminhamentos	4	

At the bottom of the window, there is a 'Comentário:' section with icons for adding and removing comments.

Fonte: *Printscreen* da análise de conteúdo realizada pela autora com auxílio do software Atlas.ti versão 9.

**Figura 2 - Rede da Codificação “Itinerário Terapêutico”**



*Fonte:* Rede de codificação realizada pela autora no software Atlas.ti versão 9.



## 6 CONCLUSÃO

O acesso ao tratamento especializado em saúde mental infantojuvenil é uma problemática mundial, sendo este ainda mais crítico em países menos favorecidos economicamente. Considerando-se o perfil da população estudada, pode-se inferir que a percepção materna do comportamento anormal na criança foi determinante para a decisão de procura por tratamento.

Essa análise permitiu a compreensão da sequência lógica dos deslocamentos, iniciados nas UBS (porta de entrada do SUS) e continuados nas redes Complementar e Hospitalar. As narrativas desta temática revelaram as fragilidades de um sistema que ainda não priorizou a saúde mental infantojuvenil, nem tampouco consagrou a implementação e efetividade da RAPS.

A insuficiência de CAPSi's e profissionais especializados no município foram decisivos para que estas famílias enfrentassem barreiras de acesso ao serviço, como a escassez de vagas e falta de capacitação dos profissionais na atenção básica, que implicaram em longas esperas, excessivos deslocamentos, abandono da busca por tratamento e agravamento da condição clínica da criança. Entre as barreiras pessoais predominaram a escassez de recursos financeiros, a negação da doença, a sobrecarga do cuidador e o estigma direcionado ao doente mental.

Os desdobramentos desta pesquisa apontaram para a urgente necessidade do investimento e fortalecimento da RAPS, programa de educação continuada sobre saúde mental na infância e adolescência para profissionais atuantes na estratégia de saúde da família, com objetivo de favorecer o diagnóstico precoce e melhorar o acompanhamento, considerando os prováveis desafios futuros, decorrentes principalmente do aumento da vulnerabilidade da população ao surgimento e ao possível agravamento dos transtornos mentais.

## **7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS**

Dada as características peculiares da população analisada, o contexto socioeconômico em que está inserida, e ao fato da pesquisa ter se desenvolvido durante a pandemia, entende-se que os resultados e conclusões deste estudo não devem ser generalizados. Os discursos referentes aos itinerários terapêuticos percorridos pelos serviços em saúde do município de Maceió foram alusivos às experiências vividas no passado dos participantes, e necessariamente podem não representar problemáticas persistentes na atualidade. Nesta perspectiva e devido à escassez de estudos correlacionados, sugere-se que novas pesquisas sejam instituídas, no intuito de se obterem dados sobre a atual conjuntura de integração entre as redes de atenção básica e psicossocial, de modo a facilitar o acesso e o engajamento no cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes.

## REFERÊNCIAS

- ALAGOAS. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Secretaria de Estado da Saúde, Maceió. 2021. Disponível em: <cidadão.saude.al.gov.br/unidades/caps/. Acesso em 04 ago.2021
- ALMEIDA, D.L de. Saúde mental na atenção primária: atuação das equipes de estratégia de saúde da família do município de Maceió, Alagoas. 2019. 110f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Políticas Públicas) – Centro Universitário Tiradentes, Maceió, 2019.
- ALMEIDA, E.A de. Crescer com Cidadania, 2019. 21 slides. Disponível em: acervo documental do CAPSi. Acesso em 09 jul.2021.
- ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, v. 35, n. 11, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre, Artmed, 2002, p.88
- ANDRADE, L.H.S.G de; VIANA, M.C; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiquiatr Clín, v. 32, n.2, p. 43-54, 2006.
- ANSEMI, L.; BARROS, F.C.; MINTEN, G.C; GIGANTE, D.P.; HORTA, B.L. & VICTORA, C. G. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982. Rev. de Saúde Pública, v. 42, n. 2, p. 26–33, 2008.
- ACHENBACH, T. M., & RESCORLA, L. A. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont, 2001.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BIRD, H.R. e DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em Psiquiatria infantil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, p. 162–163, 2002.
- BORBA, L.O; PAES, M.R.; GUIMARÃES, A.N.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM, M.A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev Esc Enferm USP. v. 5, n.2, p. 442-9, 2011.
- BRADSHAW CP; PAS ET, BLOOM J, BARRET S, HERSFELDT, P; ALEXANDER A, et al. A state-wide partnership to promote safe and supportive schools: The PHIS Maryland Initiative. Acdm. Policy Ment Health, v. 39 (4) p. 225-237, 2012.
- BRAGA, C.P. e D’OLIVEIRA, A.F.P. Políticas Públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. Ciênc. E Saúde Coletiva. v. 24, n.

BRANDÃO, A.T.; LIMA, C.C.; MESQUITA, G.S.; COSTA, W.D da. Impactos da pandemia de coronavírus em um CAPS infantojuvenil do Distrito Federal. *Journal Health Resid.* v.1, n.1, p.1-9, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: MS; 2005.

BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_psicossocial\\_crianças\\_adolescentes\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf). Acesso em 04 ago.2021

BRASIL. Ministério da Saúde mental em dados, 2015. Disponível em: [www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicaodo-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicaodo-Saude-Mental-em-Dados.pdf). Acesso em 02 ago. 2021

BRASIL. Portaria 381/2017. Dispõe sobre as transferências, fundo afundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. *Diário oficial da União*, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1091 de 27 de abril de 2017. Institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/maceio/panorama>. Acesso em 04 ago. 2021.

BROOKS, S.K.; WEBSTER, R.K.; SMITH, L.E.; WOODLAND, L.; WESSELY,S.; REENBERG, N. et. al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, v. 395, n. 10227, p.912-20, 2020.

BROWN, P.J.; LIU, X.; PIMONTEL, M.A.; DEVANAND, D.P; ROOSE, S. Speed of processing and depression affect function in older adults with mild cognitive impairment. *Am. J. Geriatric Psychiatry*, v. 21, n. 7, p. 675–84, 2013.

CAMPELO, L.L.C.R.; COSTA, S.M.E e COLVERO, L.A. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. Extraído da dissertação “O Cuidado das Famílias em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil: ações de educação para a saúde na visão dos familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP.* v. 48, p. 192-198, 2014.

CARRAGHER, N.; KRUEGER, R.F.; EATON, N.R.; SLADE, T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Soc. Psychiatry Epidemiology*, v. 50, n. 3, p. 339–350, 2015.

CHIAVERINI, D.H. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em 15.01.21

COUTO, M.C.V; DUARTE, C.S. & DELGADO, P. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008.

DELFINI, P.S.DE S.; BASTOS, I.T. e REIS, A. O. A. Peregrinação familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. *Cad. de Saúde Pública*, v. 33, n. 12, p. e00145816, 2017.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

ERSKINE, H.E.; BAXTER, A.J.;PATTON, G. . ETA AL. A cobertura global de dados de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Epidemiology Psychiatry Sci.*, v. 26, n. 4, p. 395–402, 2017.

ERSKINE, H.E.; MOFFIT, T.E.; COSTELLO, W.E.; FERRARI, A. J. ET AL. Um fardo pesado para as mentes dos jovens: o fardo global dos transtornos mentais e por uso de substâncias em crianças e jovens. *Medicina Psicológica*, v. 45, p. 1551–1563, 2015.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal, Rev Psicol.*, v. 27, n. 2, 2015.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de Conteúdo*. 3. ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

GARCIA, G. Y. C. *Panorama de assistência em saúde mental infantojuvenil em Centros de Atenção Psicossocial no Brasil*. [s.l.] Universidade federal da Bahia, 2015.

GASTAUD, M.B.T; NUNES, M. L. T. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 1, p. 13–23, 2009.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 11, p. 2449–2463, 2006.

GOLDBERSTEIN, E. ET AL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. *Jama Pediatrics*, v. 174, n. 9, p. 819–820, 2020.

KESSLER, R.C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E. E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, v. 62, p. 593–602, 2005.

KIELING, C.; BAKER HENNINGHAM, H.; BELFER, M.; CONTI, G.; ERTEM, I.; OMIGBODUN, O.; ROHDE, L. A.; SRINATH, S.; ULKUER, N.; & RAHMAN, A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, v. 378, p. 1515–25, 2011.

KIELING, C; ROHDE, L.A. Child and adolescent mental health across the globe. *J.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 51, n. 9 p. 945-947, 2012.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Soc. Sci. Med.*, v. 12, n. 2B, p. 85–93, 1978.

LOWENTHAL, R. Capacitação em saúde mental na infância e adolescência para profissionais da atenção primária. [s.l.] Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2012. Disponível em: <http://up.mackenzie.br/stricto-sensu/disturbios-do-desenvolvimento/teses-e-dissertacoes-detalhada/artigo/capacitacao-em-saude-mental-na-infancia-e-adolescencia-para-profissionais-da-atencao-primaria>. Acesso em 02 ago. 2021

MACDONALD, K.; FAINMAN-ADELMAN, N.; ANDERSON, K.K.; IYER, S. N. Caminhos para serviços de saúde mental para jovens: uma revisão sistemática. *Psiquiatria Social e Epidemiologia Psiquiátrica*, v. 53, p. 1005–38, 2018. MASH, E.J. & HUNSLEY, J. Assessment of child and family disturbance: a developmental-systems approach. In: MASH, E.J & BARKLEY, R. (Ed.). New York: Guilford, 2007. p. 3–52

MASSOLA, G. M., & SILVARES, E. F. S. A percepção do distúrbio de comportamento infantil por agentes sociais versus encaminhamento para atendimento terapêutico. *Revista Interamericana de Psicologia*, v. 39, n. 1, p. 139–50, 2005.

MASSUDA, A., HONE, T., LELES, F., CASTRO, M., ATUN, R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob. Health*, v. 3, n.4, 2018.

MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Rev. Enfermagem UERJ*, v. 13, p. 390–395, 2005.

MENDES, E.V. A construção Social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2014.

MONTEIRO, N. Addressing mental illness in Africa: global health challenges and local opportunities. *Commun Psychol Glob Perspect*, v. 1, p. 78–95, 2015.

MOREIRA, D.J.; BOSI, M.L.G.; SOARES, C.A. Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In: CEPESC (Ed.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1a ed. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 223–225, 2016.

MUHR, T. ATLAS/ti: a prototype for the support of text interpretation. *Qualitative Sociology*, v.14, n.4, p. 349-371, 1991.

NAGAVI, M.; ABAJOBIR, A.A; ABBAFATI, C. ET AL. Colaboradores das causas de morte do GBD 2016. Mortalidade específica por idade e sexo global, regional e nacional para 264 causas de morte, 1980-2016: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, v. 390, n. 10100, p. 1151–1210, 2017.

NAVARINI, V. e HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enferm.* v.17, n. 4, p. 680- 688, 2008.

NOBRE, S.E.F.R. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Conselho Municipal de Saúde/ SMS

Maceió, 2021. 18 slides. Disponível em: acervo documental do CAPSi. Acesso em 09 jul.2021.

NUNES, M.O; LIMA JÚNIR, M.L.; PORTUGAL, C.M.; TORRENTI, M. Reforma e Contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Perspectivas da população mundial - a revisão de 2010, 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020. Geneva 2013. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/). Acesso em 04 ago.2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011

PAPOLOS, D; PAPOLOS, J. The definitive and reassuring guide to childhood's most misunderstood disorder. New York: Three Rivers Press, 2007.

PATEL, V.; KIELING, C.; MAULIK, P.K.; DIVAM, G. Improving access to care for children with mental disorders: a global perspective. *Arch. Dis. Child.*, v. 98, p. 5, 2013.

PAZ, R.M.T.M. O abandono do tratamento no contexto dos cuidados de saúde mental para crianças e adolescentes. [s.l.] Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2015. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18871>. Acesso em 03 set. 2021

PEREZ, R. G.; EZPELETA, L.; DOMENECH, J. M. Features associated with the nonparticipation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 42, n.3, p. 251-258, 2007.

PETRESCO, S., ANSEMI, L., SANTOS, I. S., BARROS, A. J. D., FLEITLICH BILYK, B., BARROS, F. C., & MATIJASEVICH, A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6 year old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2014.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface*, v. 16, n. 41, p. 435–450, 2012.

POLANCZYK.G. V; SALUM, G.A.; SUGAYA.L.S.; CAYE, A, ROHDE, L. A. Revisão Anual de pesquisa: uma meta-análise da prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Child Psychol Psychiatry*, v. 56, p. 345–365, 2015.

RIBEIRO, M.C. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface Comunic. Saúde Educ.*, 2015

SAMEROFF, A.J. Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*. v. 102, n.5, p. 1287-92, 1988.

SANTOS, R.C.; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc.*, v. 23, n. 3, p. 1049–1063, 2014.

SANTOS, P. L. dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicol. em estudo.*, v. 11, n.2, p. 315-321, 2006.

SCHAAFSMA S; PFAFF D. Etiologies underlying sex differences in Autism Spectrum Disorders. *Front Neuroendocrinol.*, v. 35, n. 3, p. 255-271, 2014.

SILVA, A. Saúde Mental: Residências Terapêuticas buscam dar autonomia a pacientes.2021.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; GUILLOUX, A.G.A.; BIANCARELLI, A. MIOTTO, B.A e MAINARDI, G.M. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SKYLSTAD, V.; AKOL, A.; NDEEZI, G.; NALUGYA, J. ET AL. Psiquiatria da criança e do adolescente. *Saúde mental*, v. 13, n. 3, 2019.

SILVA, T. O.; IGUTI, A. M.. Medicamentos psicotrópicos dispensados em unidade básica de saúde em grande município do estado de São Paulo. *Rev Eletrônica Gestão e Saúde*, p. 2004-2015, 2013.

TAÑO, B.L. & MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: Reflexões a partir do percurso histórico. *Cad. de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015.

TELLES, H. P. R. S. A criança nos discursos da saúde mental: um percurso histórico a partir de recomendações para práticas públicas. In: HUCITEC (Ed.). *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: [s.n.]. p. 131–43, 2010.

TRAPÉ, T.L.; ONOCKO-CAMPOS, R. O modelo de atenção à saúde mental no Brasil: análises sobre financiamento, VICENTE, J. B et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev Gaúcha Enferm.* v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a07.pdf>. Acesso em 21.08.21

TSZESNIOSKI, L. DE C.; NÓBREGA, K. B. . DA. .; DE LIMA, M. L. L. T. .; FACUNDES, V. L. D. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 363–370, 2015.

VASTERS, G. P. Trajetória dos adolescentes usuários de drogas de um serviço especializado: do primeiro uso ao tratamento. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009.



VICENTE, J.B., MARIANO, P.P., BURIOLA, A., PAINO, M., WAIDMAN, M.A.P., MARCON, S.S. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva de familiares. *Rev Gaúcha Enferm.* v 32, n 2, p. 54-61, 2013.

VIEIRA, M.A.; GADELHA, A.A; MORIYAMA, T.S.; BRESSAN, R.A.; BORDIN, I. A. Evaluating the effectiveness of a training program that builds teachers' capability to identify and appropriately refer middle and high school students with mental health problems in Brazil: an exploratory study. *BMC Public Health*, v. 14, p. 210, 2014.

WAKIDA,E.K., TALIB, Z.M., AKENA, D., OKELLO, E.S., et al. Barreiras e facilitadores para a integração dos serviços de saúde mental na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. *Syst Rev.* v 7 n. 1, 2018

WHITEFORD, H.A; DEGENHART, L; REHM, J. ET AL. Carga global de doenças atribuíveis à transtornos mentais e por uso de substâncias: descobertas do Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 2010.

ZWAANSWIJK, M.; VERHAAK, P.F.; BENSING, J.M.; VAN DER ENDE, J.; VERHULST, F. C. Busca de ajuda para problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: uma revisão da literatura recente. *Eur Child Adolesc Psych*,v. 12, p.153–161, 2003.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

Temas ou subquestões a serem contemplados

- a. Quem notou ou suspeitou pela primeira vez de algum comportamento estranho ou diferente na criança/adolescente? Quando?
- b. Quais foram os problemas ou dificuldades que você percebeu na criança/adolescente?
- c. O que você fez inicialmente para auxiliar a criança/adolescente?
- d. Você poderia nos contar como foi o contato inicial com o serviço de saúde/profissional de saúde procurado?
- e. E o que o profissional de saúde disse que a criança/adolescente tinha? Quais os tratamentos e encaminhamentos sugeridos por ele?
- f. Quais as dificuldades enfrentadas por você para a realização do tratamento no CAPSi?
- g. Como a criança/adolescente ficou depois de iniciar o tratamento no CAPSi? Você recomendaria o serviço para outras pessoas?
- h. A pandemia influenciou de alguma forma no tratamento da criança? Como isso afetou sua criança?
- i. A criança/adolescente fazia acompanhamento com outros profissionais ou locais, além do CAPSi?

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

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

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa *O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado no estado de Alagoas*, dos pesquisadores *Claudio Torres de Miranda, Jacks Soratto e Thays de Sá Targino Liberal*. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

O estudo se destina a analisar o caminho percorrido pelos familiares ou cuidadores para tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira. Sua importância está fundamentada em proporcionar meios que permitam melhor acesso a informações e ao tratamento especializado em saúde mental em Alagoas.

Com esta pesquisa espera-se identificar quais os caminhos percorridos e as barreiras enfrentadas pelos pais ou cuidadores de crianças e adolescentes com transtorno mental até a chegada ao CAPSI, analisando suas motivações para a busca ou abandono do tratamento especializado.

A coleta de dados começará em maio de 2021 e terminará em junho de 2021.

O estudo será norteado pelos preceitos da história oral de vida e terá como instrumento de coleta de dados principal a entrevista semiestruturada. Esta será realizada com perguntas abertas com duração aproximada de 30 minutos e contemplará a percepção da doença mental, os caminhos que levaram até a chegada ao serviço e as dificuldades enfrentadas. Toda a narrativa será gravada para posterior transcrição e análise.

Sua participação será voluntária, mediante assinatura deste termo de consentimento e consistirá em responder às questões formuladas.

Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou na pesquisa são: desconforto pelo tempo exigido, constrangimento pelo teor dos questionamentos ou pela recordação de fatos que evoquem sofrimento emocional.

O benefício esperado com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente será proporcionar meios que permitam melhor acesso a informações e ao tratamento especializado em saúde mental em Alagoas.

Você poderá contar com assistência psicológica, em caso de algum constrangimento ou desconforto no decorrer desta pesquisa, sendo disponibilizada no próprio CAPSi.

Você será informado (a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também,

que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFAL, pelo telefone: (82) 3214- 1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

Você não terá custo nem receberá por participar desta pesquisa.

Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu ....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Campus A.C.Simões – BR 104 Norte, Km 96,7 – Tabuleiro do Martins

Complemento:

Cidade/CEP: Maceió / 57072-970

Telefone:

Ponto de referência:

**Contato de urgência: Sr (a).**

Endereço:

Complemento:

Cidade/CEP:

Telefone:

Ponto de referência:

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões,  
Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)
--	--

APÊNDICE C - **CONTEÚDO SUPLEMENTAR:** Fatores relacionados a desistência do tratamento no CAPSi: “ Eu fiquei sem trabalho e também para continuar levando tinha que pagar passagem” (D1)

Nesta temática serão apresentados os motivos relatados pelos cuidadores que os levaram a abandonar o tratamento de suas crianças ou adolescentes no CAPSi. O critério para classificação como desistente na instituição é o registro de 3 faltas consecutivas e sem justificativa no prontuário. Neste contexto utilizou-se a Tabela 4 para quantificar os dados relativos ao perfil demográfico dos responsáveis e dos respectivos usuários desistentes.

**Tabela 4 - Perfil demográfico dos responsáveis e respectivos usuários desistentes do tratamento no CAPSi de Maceió – AL, 2021**

<b>Parentesco</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Mãe	7	77,8
Pai	1	11,1
Avó	1	11,1
<b>Usuários</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
Masculino	5	55,6
Feminino	4	44,4
<b>Faixa etária</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
9-12 anos	2	22,2
13-16	7	77,8
<b>Diagnóstico</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
F12.3 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de canabíóides)	1	11,1
F32 (Episódios depressivos)	2	22,2
F41 (Outros transtornos ansiosos)	1	11,1
F84 (Transtornos globais do desenvolvimento)	2	22,2
Não especificado	3	33,4
<b>Ano do último atendimento</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>
2019	3	33,3
2020	6	66,7

**Fonte:** Autoria própria

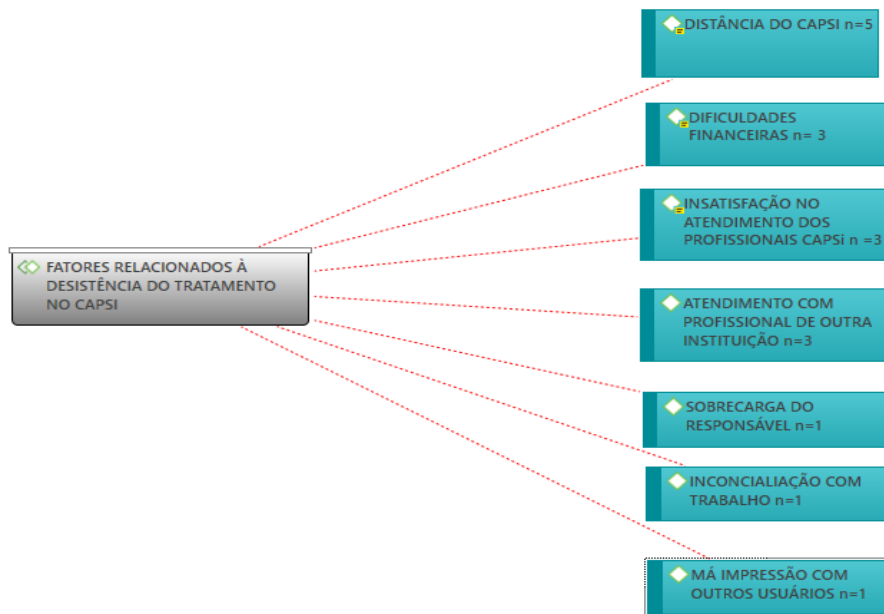
De acordo com os dados, foi observada a predominância da genitora como cuidadora principal (77,8%), percentual equivalente ao encontrado entre os pacientes em atendimento no CAPSi (75%), o que reforça a crença social de que o cuidado integral ao doente é inerente à figura materna. Entre os usuários, maior prevalência do abandono do tratamento foi verificada no público adolescente, na faixa etária dos 13 aos 16 anos, com equivalência entre os gêneros. Como descrito na tabela 2, os adolescentes também representavam a maioria entre os usuários, o que justifica comporem os maiores índices de abandono.

Entre os diagnósticos prevaleceu o não especificado, uma vez que a interrupção do acompanhamento cessou as investigações clínicas necessárias para a identificação do transtorno. Maior parte dos prontuários foram relativos ao registro do último atendimento no ano de 2020, período afetado pela pandemia de Covid-19.

Alguns estudos sugerem que os adolescentes são mais propensos a abandonar o tratamento (PEREZ et al., 2007), além de considerarem a terapêutica pouco interessante. Para estes um tratamento atrativo e eficaz deve dispor de uma equipe especializada, disposta a propor atividades que despertem seu interesse, os motivem e que, sobretudo, sejam sensíveis às suas necessidades de forma contínua (VASTERS, 2009). Neste público deve-se inclusive considerar que, na maioria dos casos, a interrupção do tratamento também ocorre por motivos relacionados à terceiros, principalmente aos responsáveis (PAZ, 2015).

As informações referentes ao questionamento desta temática podem ser visualizadas na figura 3, através da rede de codificação 'Fatores relacionados à desistência do tratamento no CAPSi'. As motivações relatadas foram organizadas de acordo a magnitude (número de citações).

**Figura 3 - Fatores relacionados à desistência do tratamento no CAPSi**



**Fonte:** Rede de codificação realizada pela autora no software Atlas.ti versão 9

No contexto da amostra estudada, a distância do CAPSi para a residência dos usuários representou a principal motivação para o abandono. De acordo com relato dos familiares, a localização do serviço não é estratégica para os residentes em alguns bairros do município, o que dificulta a acessibilidade. Foi possível perceber uma relação de causa-consequência, segundo as falas, entre as dificuldades financeiras enfrentadas pelos pais e o fator da distância, que implicava na necessidade de se utilizar mais de uma via de condução, demandando maiores gastos com o deslocamento. Não obstante, os efeitos da pandemia na situação econômica do país, atingiram ainda mais esta população vulnerável, sobretudo pelo desemprego.

*“Eu fiquei sem trabalho e para continuar levando o D, tinha que pagar passagem...então eu tive que parar de continuar o tratamento do D1. Antes dessa pandemia, eu tinha moto né, mas tive que vender a moto também por causa da dificuldade financeira. Eu moro aqui no bairro do Tabuleiro, moro aqui Clima Bom, então se eu for pra onde ele tava né, ali no Barro Duro, eu tenho que pegar [...], se eu não for de van, eu tenho que pegar 2 ônibus né.” (D1)*

*“Ele é autista. Eu levava ele para fazer parte lá do CAPSi, participar lá do tratamento de lá, mas infelizmente não pude continuar, porque financeiramente eu não tenho condições de pagar um transporte pra ele, né. Então, meu marido trabalha, mas ganha pouco e tem muito gasto. Aí assim, eu não pude continuar porque não tive como pagar transporte.”*



*Então, infelizmente ficou ruim pra mim e pra levar ele, porque é muito longe pra mim. ” (D3)*

*“A distância dificulta muito. Quando eu morava no Tabuleiro já dificultava, imagine aqui no Eustáquio Gomes. Era muito difícil mesmo pra ela e pra mim [...] Fomos bem atendidos pelas meninas do CAPSi, elas fizeram o que puderam, mas por conta da situação financeira e dessa pandemia [...] não tava dando né. O pai dela tava desempregado, a mãe dela também. Eu desisti, mas D9 continua tendo crise” (D9)*

No intuito de minimizar as barreiras relativas às restrições financeiras e dificuldades de acesso dos familiares, o CAPSi, disponibiliza transporte próprio (2 vans) para os usuários em acompanhamento nas oficinas terapêuticas, porém este recurso não é suficiente para contemplar todos os usuários.

O código *insatisfação com o atendimento profissional no CAPSi* esteve relacionado a algumas expectativas frustradas descritas. A narrativa abaixo foi reportada por uma mãe de adolescente de 14 anos, encaminhada do Hospital Geral do Estado, após alta desta unidade, decorrente de uma tentativa de suicídio. Observa-se em seu depoimento abaixo, um intenso desapontamento em não obter atendimento imediato numa situação de maior gravidade. Na sua concepção, não houve uma avaliação de risco, nem dada prioridade ao caso.

*“Até então a pessoa que me atendeu queria que eu fosse lá 4 horas da manhã, dormir pra pegar uma ficha. Eu não tinha como dormir lá pra pegar uma ficha porque tenho outra criança. Eu senti a necessidade da minha filha, porque tentar tirar a vida, algo que seja realmente grave [...] Mas a resposta que a gente teve foi a seguinte: ‘Ah isso acontece com outros! E a minha filha não é outros! Ela estava numa situação de emergência né, já tinha tentado tirar a vida [...] Não é chegar e ser atendido não, pelo que a moça disse! E tem que ser tudo na ordem[...] Até então ela foi atendida, ela fez a triagem, mas aí parou.[...] Ela não foi atendida pelo médico. Foi pra assistente social e a enfermeira. Não teve médico não pra minha filha! [...] A menina tentou suicídio, vai mandar ela pra uma oficina? De primeiro era pra ter passado pelo próprio psiquiatra”. (D8)*

O acolhimento realizado no CAPSi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira segue uma lógica própria nos direcionamentos. No primeiro contato com o local, os responsáveis e a criança/adolescente são atendidos pelo profissional plantonista no acolhimento inicial, que avaliará se o caso é perfil para o CAPSi e solicitará o relatório escolar. Em caso negativo, o profissional realiza o encaminhamento para os demais serviços da rede. Caso o profissional considere perfil para o serviço, ele agendará uma avaliação psicossocial para um segundo profissional. Após a mesma e confirmando o perfil, é agendada a avaliação psiquiátrica. Após avaliação médica, é feito o estudo do caso em reunião

técnica para definir o Projeto Terapêutico Singular, com posterior inserção nas atividades do CAPSi (ALMEIDA, 2019).

Verifica-se, portanto, que no relato da genitora D8, houve um equívoco, pois, a mesma não compreendeu a logística de funcionamento do CAPSi, e a conduta dos profissionais esteve de acordo com o regimento local. Nas demais situações, a insatisfação esteve relacionada à uma recusa na terapêutica medicamentosa proposta pelo psiquiatra e a longa espera pelo atendimento com o mesmo.

De acordo com Silva e Iguti (2013) psicofármacos são fundamentais no controle de sintomas indesejáveis associados aos transtornos mentais, proporcionando alívio da euforia, ansiedade, depressão e indução do sono, entretanto a concepção dos pais a respeito disto é fundamental para adesão ou não da terapêutica. No relato da genitora D(5) observou-se que suas crenças influenciaram na não aceitação da prescrição médica, fazendo com que a mesma buscasse em outro profissional nova alternativa terapêutica para seu filho. Além disso, constatou-se em seu depoimento, queixas acerca da longa espera pelo atendimento psiquiátrico, também relatado pela responsável D(7), sendo para esta, determinante para a procura da rede de saúde privada.

*“A gente saiu de lá da consulta com uma “ porrada” de medicação [...] uns inclusive que eu sei que iam afetar outros sistemas, porque sempre é assim, você melhora uma coisa, termina prejudicando outra. E a gente achou que numa primeira consulta, que não dá ainda tempo nem do paciente conhecer o médico, nem do médico conhecer o paciente. Então eu achei falha essa questão. Parecia receita de bolo. Então acho que a experiência não foi muito boa, o primeiro contato com o profissional. Todo mundo que entra, sai de lá com a mesma receita, com a mesma medicação e as mesmas orientações. E a gente sabe que as pessoas são diferentes. E assim me falaram muito bem do serviço. Cheguei 7:30 da manhã. Eu saí de lá ia dar 20 horas! O dia inteiro de espera! Embora os problemas sejam semelhantes, mas as pessoas têm diferenças. Aí eu voltei à psicóloga dele, já saí de lá sem vontade nenhuma de começar o tratamento medicamentoso.”(D5)*

*“ Eu tava aguardando o psiquiatra, que por sinal demorou bastante. Eu sei que eu fui pra não ser atendida na hora, mas eu cheguei cedo, cheguei antes do horário, porém demorou muito! Mais do que o normal. [...]. Teve a demora, e aí eu fui atendida pelo médico. Foi muito rápida a consulta. E aí quando a gente saiu de lá, eu resolvi não voltar mais. A gente fez um esforço, fez um plano de saúde pra minha filha não ficar descoberta né. Foi por isso”. (D7)*

A longa espera pela consulta no CAPSi pode ser explicada pelo quantitativo insuficiente de psiquiatras atuando na instituição. Segundo a equipe técnica, apenas cinco são responsáveis pelo acompanhamento psiquiátrico de cerca de 720 crianças e adolescentes atendidos no CAPSi atualmente, indicando uma sobrecarga para a categoria. Uma situação ainda mais crítica é o fato

de que apenas um psiquiatra é servidor efetivo, enquanto os demais trabalham em regime de contrato temporário por hora trabalhada. Com o fim da vigência, são comuns a alta rotatividade de profissionais (o que prejudica a aquisição de confiança e vínculo com o paciente) e o atraso na substituição. Assim, no intervalo entre novas contratações, a demanda reprimida é absorvida pelo servidor efetivo, gerando insatisfações em virtude da longa espera pela avaliação médica, como observado na fala abaixo:

*“E a médica que ele tava sendo acompanhado, ela saiu de lá, foi desligada. E o outro médico também tinha muita gente, muita gente. Só era um. Uma consulta que tinha que marcar a cada 3 meses. Tinha tanta gente que não tava dando.” (D4)*

Do último censo realizado em 2019, até os dias atuais, houve um aumento de mais de 30% na demanda de usuários, entretanto, não houve um incremento equivalente no quantitativo de psiquiatras. A carência destes profissionais não é uma problemática restrita ao CAPSi. De acordo com Nobre (2021) na configuração da RAPS do município de Maceió, apenas 20 psiquiatras estão lotados nas UBS e 17 nos CAPS.

A sobrecarga do cuidador, presente também nas barreiras enfrentadas no itinerário terapêutico, foi considerada como predisponente para o abandono, principalmente quando o mesmo não conta com o apoio dos demais familiares. Seu isolamento no cuidado da criança/ adolescente impõe um desgaste físico e emocional que pode comprometer sua saúde mental.

*“Tinha a dificuldade de me locomover com ela, tirar ela de dentro de casa, né, sem ninguém pra me ajudar [...]. E eu também numa situação, sem esposo, sozinha e como vó dela né, fiquei muito assim...sem saber o que fazer! Ainda entrei um pouco em depressão, mas aí eu melhorei, fiquei bem, porque não é fácil né, lutar com a pessoa assim, tendo crises constantemente [...]” (D9)*

Outro dilema que remete ao cuidador um sentimento de impotência é a dificuldade em conciliar as responsabilidades no cuidado com a criança/adolescente quando o mesmo necessita exercer atividade remunerada, para garantir o sustento familiar. Como o horário de atendimento no CAPSi restringe o acesso para aqueles que trabalham em turno comercial, o familiar se vê obrigado a abdicar do tratamento na instituição.

*“Então o meu afastamento de lá foi devido ao meu trabalho, que eu trabalho no shopping.*

*Eu pego no shopping de 11 horas da manhã e saio às 18 da noite. E só, ele não queria ir. E graças a Deus, que assim, ele ficou tranquilo e não tá fumando mais, não tá com droga mais, graças a Deus! Eu queria muito assim, que ele acompanhasse mais e tal e coisa, mas só que não posso também ficar sem trabalho, porque sou que mantém uma casa, né minha renda é só com salário mesmo que eu trabalho. Aí foi por isso que eu desisti”.(D2)*

Ramos e colaboradores (2019) descrevem uma variedade de sentimentos experimentados pelos cuidadores de um familiar com transtorno mental. Impotência e tristeza podem estar relacionadas à percepção da impossibilidade de cura ou mau prognóstico da doença, enquanto a empatia, compaixão ou raiva podem advir da intensa convivência com o sofrimento ou com um relacionamento problemático. Tais sentimentos somados ao acúmulo de responsabilidades exige que o cuidador organize sua vida em torno da doença, levando-o a abdicar do trabalho ou estudos.

A última motivação para abandono registrada teve um caráter muito pessoal e envolveu um episódio entre a entrevistada e as demais pessoas que aguardavam pela consulta médica no CAPSi. A narrativa descreve uma situação de repreensão violenta a uma criança por sua mãe e ao desconforto pelo comportamento dos demais usuários do local.

*“Eu presenciei cenas lá que me chocaram. De algumas crianças que estavam desgovernadas lá, e uma delas começou a atirar pedras. A mãe foi pra cima dessa criança, que eu acredito que tinha uns 9, 10 anos de idade. E começou a bater muito! E aquilo me chocou. Batendo muito na criança né, espancar mesmo, a ponto de ir lá assistente social intervir. E aquilo me chocou, chocou minha filha [...] ‘Eu tô presenciando cenas que eu não tô acostumada, que me chocaram mesmo’ [...]E outras que deixavam as crianças fazerem o que queriam. Estava totalmente desgovernado ali, praticamente sem lei. Aí eu não vou voltar mais não. ” (D7)*

Infelizmente para todas as famílias o acompanhamento no CAPSi é temporário e o ciclo do cuidado para o público infantojuvenil se fecha quando o usuário adquire a maioridade, aos 18 anos. A partir daí os destinos se dispersam para o contexto da atenção em saúde mental do adulto nos CAPS. Este é definido como o momento de angústias e incertezas advindas do rompimento de um vínculo afetivo com a intuição que lhes preencheu vazios assistenciais e emocionais.

*“Ela já falou para mim que vai sentir muita falta quando sair daqui, porque talvez a gente não tenha não a mesma assistência que a gente tem aqui. Talvez a gente não vai ter em outro lugar. Eu tô preocupada por isso né! Que nem eu tava conversando com meu esposo hoje. Eu disse a ele: ‘Será que a gente vai ter a mesma assistência que a gente tá tendo aqui no CAPSi? Se a gente vai ter em outro que a gente for né? ‘Ele disse: ‘Não sei APC6, quem sabe é Deus né! (APC6)*

*“Eu só sinto pena assim, eu só sinto é que isso vai acabar...porque quando ela completar 18 anos, ela vai ter que sair daqui. E eu não queria, né...” (A9)*

Pesquisas sobre o abandono de tratamento em saúde mental infantil são escassas (TSZESNIOSKI et al., 2015). Em uma revisão sistemática da literatura a respeito deste assunto, Paz (2015) descreve que apenas 14 estudos sobre abandono do tratamento em saúde mental foram encontrados no Brasil, e destes, somente 2 (14%) eram referentes ao público infantojuvenil.

Um outro estudo realizado por Gaustaud e Nunes (2009) sobre abandono de psicoterapia por crianças identificou que determinados fatores podem predizer esta situação, entre eles: nível socioeconômico, atraso na espera para atendimento com especialistas, distância geográfica dos serviços, idade da criança, escolaridade da mãe, configuração parental, renda e tamanho da família. Na perspectiva destes autores, foram identificadas similaridades com algumas das motivações para o abandono do tratamento em saúde mental infantojuvenil encontradas nesta pesquisa, porém ressalta-se que as mesmas não devem ser generalizadas, dada as particularidades da população.

Com análise dos discursos desta temática e considerando o perfil da organização da rede de serviços em saúde mental de Maceió, destaca-se a extrema necessidade de iniciativas advindas da gestão municipal, voltadas para fomentar o quantitativo de CAPS para o público infantojuvenil e o provimento de profissionais especializados. Estas seriam medidas primordiais para garantir a maior adesão e permanência dos usuários no CAPSi.

## ANEXOS

**ANEXO A - REDE AMBULATORIAL PRÓPRIA DO SUS (RAPS), MACEIÓ/AL, 2017**

<b>Descrição do Serviço de Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF)	36
Unidades Básicas de Saúde – Modelo Tradicional /Demanda espontânea	16
Unidades Básicas de saúde Mistas (ESF e Modelo tradicional)	06
Unidades de Pronto Atendimento – UPA	02
<b>Centro de Atenção Psicossocial – CAPS</b>	<b>05</b>
Unidades Especializadas	08
Centro de Especialidade Odontológica - CEO	02
Centro de Especialidades (PAM Salgadinho)	01
Total	76

*Fonte:* SCNES/GGPS/CASS/SMS – Maceió, 2017

**ANEXO B - DISPOSITIVOS DE SAÚDE DA REDE PRÓPRIA. MACEIÓ/AL, 2017.**

<b>Dispositivos de Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Equipes de Consultório na Rua	06
Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF	08
Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar – SAD	06
Equipe de Academia da Saúde	03
Núcleo de Cultura e Reabilitação Psicossocial	01
Total	24

*Fonte: GGPS/CASS/SMS de Maceió/AL, 2017*

## ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O itinerário percorrido pelos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais na busca por tratamento especializado no estado de Alagoas.

**Pesquisador:** THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43327220.2.0000.5013

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFAL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.696.969

#### Apresentação do Projeto:

Cerca de 20% das crianças e adolescentes no mundo sofrem de transtornos mentais. No entanto, a procura por tratamento é influenciada por fatores econômicos, funcionais e geográficos.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, sendo os dados obtidos através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos responsáveis e submetidos à técnica da análise de conteúdo

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o caminho percorrido pelos familiares ou cuidadores para tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes atendidos no CAPSi Dr. Luiz da Rocha Cerqueira.

Objetivo Secundário:

a) Identificar as motivações dos responsáveis para busca de tratamento especializado; b) Compreender as dificuldades e estratégias utilizadas pelos cuidadores no processo de busca pelo tratamento em saúde mental; c) Descrever os fatores relacionados à possíveis desistências do tratamento no CAPSi.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode oferecer os seguintes riscos: desconforto pelo tempo exigido, constrangimento

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

**UF:** AL **Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 4.696.969

estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1661535.pdf	01/05/2021 14:21:44		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RECURSOCEP.pdf	01/05/2021 14:21:11	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTARESPOSTACEP.pdf	11/03/2021 22:27:00	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PPGCM.docx	11/03/2021 21:54:29	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAatualizado.docx	10/03/2021 18:08:31	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Declaração de Instituição e	DECLARACAOINTITUICAO.pdf	15/02/2021 16:11:15	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.696.969

Infraestrutura	DECLARACAOINTUICAO.pdf	15/02/2021 16:11:15	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracoesorientadores.pdf	15/02/2021 16:09:55	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAOSMS.pdf	15/02/2021 16:08:09	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	15/02/2021 15:58:23	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPPCGCMCEPatualizado.docx	11/02/2021 17:06:29	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_.docx	10/11/2020 14:04:37	THAYS DE SÁ TARGINO LIBERAL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 07 de Maio de 2021

Assinado por:

**CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

## ANEXO D- INSTRUÇÕES PARA AUTORES

### INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

## ORIENTAÇÕES PARA ORGANIZAÇÃO DE NÚMEROS TEMÁTICOS

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

## RECOMENDAÇÕES PARA A SUBMISSÃO DE ARTIGOS

### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.**

Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem- vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

## SEÇÕES DA PUBLICAÇÃO

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livedemanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

## APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITOS

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

## AUTORIA

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

## NOMENCLATURAS

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## ILUSTRAÇÕES E ESCALAS

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.



2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores- chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para uso.

## AGRADECIMENTOS

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## FINANCIAMENTO

RC&SC atende Portaria N<sup>o</sup> 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

## REFERÊNCIAS

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:ex.  
1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”<sup>11</sup> (p.38).  
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

## ARTIGOS EM PERIÓDICOS

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude*

*Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

## 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

## 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan*. Amsterdam: Elsevier; 1996.

## 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte*. p. 581-582.

## 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### OUTROS TRABALHOS PUBLICADOS

## 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

## 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

## 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

MATERIAL NO PRELO OU NÃO PUBLICADO

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

MATERIAL ELETRÔNICO

## 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

## 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2.Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

