

CLINICA AMPLIADA PARA PROCESSOS TERAPÊUTICOS EM ADOLESCENTES

Cleberton Piris Pereira¹
Bruno Eduardo Silva Ferreira²

RESUMO

As políticas de saúde e as ações de assistência social têm diminuído os processos de institucionalização de crianças e adolescentes, em vista do direito à convivência familiar e comunitária. Atualmente os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes são desenvolvidos nos diferentes serviços de saúde pública existentes, neste sentido o CAPSi se constitui a principal estratégia vigente na atualidade do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando o atendimento de crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas. O presente trabalho tem como objetivo investigar a possibilidade prática da clínica ampliada em saúde mental como instrumento de tratamento para crianças e adolescentes. A pesquisa bibliográfica descritiva é o modelo escolhido para desenvolvimento do estudo, sendo utilizados artigos científicos e livros relacionados ao assunto. Foi possível verificar como a Reforma Psiquiátrica no Brasil proporcionou a substituição do modelo manicomial por uma rede de assistência, no qual estão inseridos diversos serviços e recursos para a sociedade. Os CAPS oferecem acompanhamento clínico, possibilitando a reinserção social dos usuários no trabalho, comunidade e família a partir de práticas intersetoriais, e nesse sentido a clínica ampliada tem a possibilidade de atender de forma completa o público infanto-juvenil, tendo em vista o respeito à singularidade dos sujeitos. A práxis da clínica ampliada, tendo como base a psicanálise, possibilita no decorrer do tratamento uma escuta ao inconsciente, em oposição a outras abordagens que visam, por exemplo, a medicação.

Palavras-chave: Saúde mental infanto-juvenil. Clínica ampliada. CAPSi. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Health policies and social assistance actions have reduced institutionalization processes for children and adolescents, in view of the right to family and community coexistence. Currently, mental health care for children and adolescents is developed in different health services. In this sense, the CAPSi constitutes the main strategy currently in force in the Brazilian Psychiatric Reform process, aiming at the care of children and adolescents who present psychological distress resulting from severe and persistent mental disorders, and other clinical situations. The present work aims to investigate the practical effectiveness of the extended clinic in mental health as a treatment instrument for children and adolescents. Descriptive bibliographic research is the chosen model for the development of the study, using scientific articles and books related to the subject. As a result of the study, it was possible to verify that the Psychiatric

¹ Graduando do curso de Psicologia das Faculdades Doctum de Serra-ES

² Professor orientador do curso de Psicologia das Faculdades Doctum de Serra-ES

Reform in Brazil provided the replacement of the asylum model by a care network, in which various services and resources for society are inserted. It is worth highlighting the CAPS that offer clinical follow-up, enabling the social reintegration of users into work, community and family based on intersectoral practices, the expanded clinic has the possibility of fully serving children and adolescents, considering that it respects uniqueness of the subjects. The praxis of the expanded clinic, based on psychoanalysis, makes it possible, during the course of treatment, to listen to the unconscious, in opposition to other approaches that aim, for example, at medication.

Keywords: Children's mental health. Extended clinic. CAPSi. Psychiatric Reform.

1. INTRODUÇÃO

Em virtude e consequências dos questionamentos e apreciações ao modelo manicomial ligado à Psiquiatria Clássica e tradicionalista foram sendo construídas a partir da década de 1980 novas metodologias e procedimentos de tratamento da saúde mental, tendo em vista a atuação dos movimentos da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, gerando um incremento nas discussões em defesa vindo dos direitos das pessoas com transtorno mental. É um processo que vem sendo realizado e pesquisado de forma lenta, mas já é possível perceber a implantação, melhora e resposta de algumas conquistas ao longo das últimas décadas (CRISPIM, 2017).

O campo da atenção pública para crianças, adolescente e jovens portadores de transtornos mentais historicamente foi realizado por instituições, prevalecendo as de natureza privada e/ou filantrópica que durante um período bem longo, se configuravam como sendo as únicas opções de tratamento para crianças, aos jovens e seus familiares. Na atualidade, os cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes são desenvolvidos nos diferentes serviços de saúde pública existentes, como atenção básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), ambulatórios e hospitais gerais que num movimento de articulação junto a uma rede intersetorial têm como intenção a inclusão social de seus usuários (BRASIL, 2005).

Neste sentido, a Clínica Ampliada emerge enquanto diretriz estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, no serviço público e tem como propósito a efetivação dos princípios deste, tais como resolubilidade, descentralização da saúde e participação dos cidadãos nesse processo. Tal

modelo de clínica tem como tarefa, dada a responsabilidade e o comprometimento com os sujeitos em tratamento, a promoção da atenção plena e intersetorial por meio da convergência entre as áreas de conhecimento profissional. Sendo desta forma uma ferramenta importante de interlocução dos enfoques biomédico, social e psicológico que assim tenta integrar os saberes, vivências e suas práticas, ampliando e desenvolvendo o entendimento acerca da saúde e do sujeito em tratamento que passa a ser visto para além de sua doença (BRASIL, 2009).

O CAPSi, serviço de atenção diária voltado a crianças e adolescentes com grave comprometimento psíquico, constitui e organiza a principal e primordial estratégia vigente na atualidade do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Clínica Ampliada, por sua vez, se configura em um serviço e um auxílio que oferta e desenvolve atividades terapêuticas e atendimento clínico em regime de atenção diária, o que resulta na alteração dos modos tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais, possibilitando, melhorando assim a evitar as internações em hospitais psiquiátricos. Desta forma, a Clínica Ampliada faz parte das ações em saúde pública para atendimento de pacientes e/ou indivíduos com transtornos físicos quanto psíquicos, apresentados na infância, adolescência ou idade adulta (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Após a regulamentação da profissão através do conselho federal, o psicólogo teve sua atuação limitada através de seu código de ética a quatro áreas: clínica, escolar, industrial e magistério. Contudo, o mercado de trabalho fez com que os profissionais migrassem para outros campos de atuação e expandisse o mesmo. Assim, o campo da assistência e saúde pública têm se destacado, seja fazendo parte das equipes de Atenção Básica (AB), sendo com equipe multidisciplinar em Unidades Básicas de Saúde, onde a principal estratégia de trabalho na AB é a Equipe de Saúde da Família (ESF). Ela é entendida como a melhor forma para expandir, ampliar, desenvolver, qualificar, fortalecer e firmar a AB, por sua eficiência e menor custo (BRASIL, 2017).

Assim, o presente estudo demanda responder ao questionamento: quais os benefícios trazidos pela clínica ampliada no tratamento de crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi?

2. INFÂNCIA

Houve uma certa demora para que as Ciências Sociais e Humanas passassem a focar a infância como objeto central de suas pesquisas, sendo que demandou mais tempo ainda para que nas pesquisas as análises das relações existentes entre a sociedade, a infância e escola pudessem ser examinadas, de modo que a criança pudesse ser entendida como sujeito histórico e de direitos (NASCIMENTO et al., 2013).

Segundo Elias (2012), as relações estabelecidas entre adultos e crianças presentes em sociedades mais simples se configuravam em relações de poder, nas quais as crianças se encontravam numa posição inferior perante os adultos. Era admitido que os adultos possuíssem um poder elevado em relação ao tratamento dado às crianças, uma vez que “[...] quanto mais complexa e diferenciada vai se tornando a sociedade dos adultos, mais prolongado e complexo se torna o processo de transformação civilizatória de cada indivíduo” (ELIAS, 2012, p. 483).

Ariès (1981) revela que a relação criança/infância foi sofrendo transformações a partir da divulgação de novas formas de pensar e da alteração das condutas da Igreja Católica. No século XIII, as crianças não possuíam razão e bons costumes, sendo delegada aos adultos a tarefa de inculcar nelas o caráter e a razão. Ao invés de procurar entender e aceitar as distinções e semelhanças das crianças, a capacidade de pensar de maneira original, acreditava-se que as crianças eram páginas em branco a serem preenchidas, preparadas para a vida adulta (CALDEIRA, 2010).

Apenas no século XIX, seja no âmbito do Brasil ou em outros países a preocupação com a infância se mostrou presente, entretanto ainda que a infância se configurasse em um problema social desde o século XIX, ainda não se mostrava relevante o bastante para que assim fosse tratado visando sua investigação científica (ARIÈS, 1981).

A partir da Revolução Francesa, em 1789, modificou-se a função do Estado e, com isso, a responsabilidade para com a criança e o interesse por ela. Somente com a institucionalização da escola é que o conceito de infância começou a sofrer um processo lento de alteração, por meio da escolarização das crianças. Neste sentido, ao se desenvolver uma pedagogia para as crianças, foi

possível tratar da construção social da infância (NASCIMENTO et al., 2013).

Caldeira (2010) argumenta que a forma como a infância é vista na atualidade é reflexo de um processo de transformações constantes pelas quais a sociedade vem passando, e que é de extremamente importante que tais transformações sejam estudadas a fim de que se torne possível atentar para a dimensão que a infância ocupa atualmente.

A concepção de infância em evidência atualmente foi uma invenção da modernidade, sendo construída no desenvolvimento da história através das condições socioculturais determinadas (ARIÈS, 1981). Partindo desse princípio, pode-se chegar à conclusão e que a infância sofre mudanças com o tempo e com os diferentes contextos sociais, econômicos, geográficos, e até mesmo com as especificidades individuais. Neste sentido, as crianças de hoje não se assemelham às de épocas anteriores, nem serão as mesmas que virão nas próximas épocas.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

As pessoas acometidas de algum tipo de sofrimento mental geralmente eram vistas como incapazes e alienadas e tinham como destino ser largadas pelas ruas ou levadas a instituições psiquiátricas, na quais eram tratadas como seres sem nenhum tipo de direito. Lugares como asilos, manicômios ou outros tipos de instituições psiquiátricas tinham como missão a exclusão social destes indivíduos, de modo que eles eram abandonados por parentes e sociedade logo após sua internação. Esta forma de funcionamento cria as condições ideais para diversos abusos médicos e mãos tratos de enfermeiros ou mesmo de outros pacientes. Este modelo foi contestado pela Luta antimanicomial e por outros movimentos da sociedade civil e grupos de defesa dos direitos humanos (SILVA, 2010).

Maia e Fernandes (2002) destacam que a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento construído com vários movimentos sociais entre eles: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/Núcleo de Estudo em Saúde Mental (CEBES) e o Movimento de Luta Antimanicomial, cuja principal meta é a substituição dos modelos hospitalocêntrico e asilar por uma rede de serviços territoriais, que pudessem ofertar um atendimento mais humanizado a todos os pacientes.

Alguns estudiosos afirmam que a experiência brasileira de reforma psiquiátrica foi inspirada no processo desenvolvido na Itália, que considerava que o processo de desinstitucionalização não podia estar limitado a simplesmente “tirar da instituição”, mas deve envolver uma ruptura na forma que se concebia o problema da loucura na sociedade capitalista. A militância da reforma psiquiátrica italiana defendia o processo a partir da desterritorialização da loucura do campo medicinal (no caso, da psiquiatria, sendo necessário ocorrer uma discussão em torno da questão da exploração dos trabalhadores na sociedade capitalista e buscar construir outras relações em seu lugar (HEIDRICH et al., 2015).

É importante destacar que o processo de reforma psiquiátrica teve início a partir de movimento que contestava a perspectiva medicalizante da doença mental, de modo a que fossem elaboradas e discutidas propostas diferenciadas do modelo manicomial então em evidência. O chamado movimento antipsiquiátrico passou por vários países, com o objetivo primordial de aproximar assistentes e assistidos; acabar com a reclusão e repressão imposta aos pacientes, e possibilitar um movimento libertário e responsável dos pacientes. Incluindo também a prática de discussão em grupo, que pudessem envolver uma postura, essencialmente, interdisciplinar (GERSCHAMAN, 1995).

O movimento antimanicomial tinha uma pauta que priorizava a defesa e reafirmação dos direitos humanos dos doentes, se iniciando na década de 70, e teve um grande impulso com a retomada das mobilizações sociais Brasil a fora. A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, teve como temas para discussão: (a) economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; (b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e (c) cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental, assim como a o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, e são considerados como pontos de partida para o que se denominou de Reforma Psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica vem avançando permeada por impasses, tensões, conflitos e desafios a serem superados (MARTINES; SILVA, 2007). Com o advento do processo de desinstitucionalização foram realizadas algumas alterações na dinâmica de atenção à pessoa com transtorno mental, em atendimento aos preceitos da reforma psiquiátrica.

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou seu processo concomitantemente ao processo de democratização do país e de reformulação no seu sistema de saúde, por meio da reforma sanitária; e passou a questionar os saberes e práticas psiquiátricos, além de fazer uma crítica radical ao hospital psiquiátrico como local de tratamento (ANDRADE; MALUF, 2017, p. 813).

Heidrich e outros (2015) argumentam que a reforma psiquiátrica, a partir da perspectiva da desinstitucionalização, se configura primeiramente num processo complexo não limitado às mudanças nos hospitais psiquiátricos/manicômios ou na forma de atender/tratar a loucura. Não se resume, portanto, à criação de serviços comunitários de saúde mental, de oficinas terapêuticas, equipes interdisciplinares, entre outras. Na verdade, ao negar o modelo institucional, é negado tudo que envolveu até então o tratamento dado à loucura e ao louco, enquanto doença e doente mental; não é suficiente negar o hospital ou apenas humanizar o cuidado, é imprescindível realizar uma transformação as relações na sociedade.

O tratamento de pacientes fora do ambiente hospitalar passou a significar uma perspectiva de atendimento mais humanitário e sua ampliação deu origem a uma rede de ações e serviços que tinha como objetivo substituir o modelo anterior. Desta forma, a Rede de Atenção à Saúde Mental Brasileira passa a integrar a rede de Atenção Básica do SUS, uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde criada no Brasil na década de 90 (BRASIL, 2004). Os principais modelos substitutivos criados no período pós-reforma referem-se aos CAPS (Centros de Apoio Psicossocial) e aos NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial).

3.1. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a aprovação da Lei 10216/2001 houve um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, sendo orientado a partir de então para a perspectiva de um cuidado integral, mais humanizado de base territorial e integrado a uma rede de serviços. Desde então, vem sendo implementada a reestruturação dos serviços de saúde mental proposta na Política Nacional de Saúde Mental, que assim passou a contar com um aparato jurídico legal para organização e implantação de serviços (TENÓRIO, 2002).

Considerando o modelo de assistência psiquiátrica, o processo de reorganização dos serviços e das ações de saúde mental originou a criação de

dois novos dispositivos de atenção representados pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS tem como característica determinante o fato de se configurar num serviço de atenção diária, se colocando desta forma como um aparelho alternativo ao hospital psiquiátrico, tendo como propósito a promoção da reabilitação psicossocial de seus usuários. Em cada unidade desses serviços trabalham equipes compostas por profissionais de diversas áreas de formação, inclusive por psicólogos (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004).

O Centro de Atenção Psicossocial-CAPS é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

O atendimento psicossocial especializado dos CAPS é realizado sob a perspectiva interdisciplinar de trabalho em rede, objetivando a comunicação ativa entre os componentes que fazem parte da rede de atendimento em saúde mental como: a atenção básica, Estratégias de Saúde da Família (ESF), a família dos pacientes e o próprio paciente. O cuidado é desenvolvido por meio de Projeto Terapêutico Individual, cuja construção envolve a equipe, o usuário e sua família (FERREIRA et al., 2016).

Ainda segundo Ferreira e outros (2016), os CAPS possuem espaços apropriados ao atendimento, incluindo consultórios para atendimento individual (consulta, entrevista ou terapia), salas para atividades em grupo, espaços de convivência, salas para oficinas, refeitórios e área externa para atividades recreativas e prática de esportes.

QUADRO 1: TIPOS DE CAPS

CAPS I	Indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes; Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;
CAPS II	Indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes; Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local;
CAPS III	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. – Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS AD;
CAPS i	(INFANTO-JUVENIL) - Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS ad	(ÁLCOOL E DROGAS) - Serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes. Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
CAPS AD III	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Atende adultos, crianças e adolescentes considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

FONTE: ADAPTADO DE FERREIRA E OUTROS (2016).

De acordo com a Portaria n.º 336/2002 (BRASIL, 2002), as equipes multiprofissionais que trabalham no Caps devem ser compostas por profissionais diversos, como médico (psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental), enfermeiro, demais profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo) e profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão), que devem trabalhar com perspectiva interdisciplinar.

Conforme destacado no Quadro 1 o CAPSi se presta ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, como portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (BRASIL, 2004). É importante destacar que devido ao critério do número de habitantes para implantação do CAPSi muitos municípios brasileiros não se enquadram e ficam sem acesso a este tipo de atendimento.

3.2. SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

O século XX trouxe para as crianças e adolescentes seu reconhecimento como sujeito de direitos, embora as peculiaridades envolvendo o cuidado com essa população constituem um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (DELFINI; REIS, 2012). Taño e Matsukura (2015) argumentam que em vista deste cenário as políticas de saúde e as ações de assistência social têm focado na diminuição dos processos de institucionalização das crianças e adolescentes de forma fundamental através do direito à convivência familiar e comunitária. Assim, os cuidados em saúde mental infanto-juvenil podem ser desenvolvidos nos diferentes serviços de saúde pública existente, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), ambulatórios e hospitais gerais que articulados a uma rede intersectorial têm como maior meta a inclusão social de seus usuários. Interligado a toda essa rede de apoio, o CAPSi se mostra como o principal dispositivo de atenção à população infanto-juvenil, e de acordo com a Portaria 189/2002 se configura como uma:

Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2002).

O novo paradigma do cuidado integral justifica soluções teórico-práticas com novas abordagens, uma vez que as práticas de atendimentos psicossociais devem ir ao encontro do sujeito, explorando sua realidade e sua contextualização de mundo. Assim, a proposta da Clínica Ampliada é pautada na construção de novas formas de articulação e inclusão de enfoques e disciplinas diferentes (VICENTIN, 2006).

4. CLÍNICA AMPLIADA

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes definidas pelo SUS, onde a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe qualificar o modo de se fazer saúde, objetivando a efetivação de seus princípios basilares (resolubilidade, descentralização da saúde e participação dos cidadãos). Tal modelo de clínica tem como proposta, baseado na responsabilidade para com o paciente em tratamento, a promoção de uma atenção plena e intersectorial, possibilitando a convergência entre as diversas áreas de conhecimento profissional. Esta

abordagem permite o diálogo entre os enfoques biomédico, social e psicológico, visando a integração dos saberes e suas práticas, de modo a ampliar o entendimento sobre a saúde e do sujeito sob tratamento, que assim passa a ser considerado para além de sua patologia (BRASIL, 2009).

De acordo com Campos (2003), para que possa ocorrer um atendimento clínico de qualidade é necessário conciliar a clínica tradicional e a clínica do sujeito. Assim, na perspectiva de 'clínica ampliada', o conhecimento do processo saúde-doença-atenção é importante, não excluindo de forma complementar o aprendizado com a variação, saber escutar e saber perscrutar cada singularmente caso a caso. O processo decisório deve levar em conta opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas, demandando assim trabalho em equipe e um agir comunicativo.

Neste sentido, para compreensão da complexidade dessa clínica, vários saberes se fazem necessários para a produção do cuidado. Assim, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, auxiliares ou técnicos de enfermagem podem fazer parte das equipes de referência nos CAPS, configurando uma lógica de organização do trabalho que aposta no encontro de diferentes olhares para a promoção de um cuidado mais integral. Desta forma, para além de diferentes formações, o trabalho em equipe depende da interação e da articulação entre os diferentes profissionais para a construção e acompanhamento conjunto dos Projetos Terapêuticos Singulares (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Amstalden e outros (2010), entre os desafios no atendimento relacionado à saúde mental infanto-juvenil, se destaca o fato de que os serviços de saúde necessitam se apropriar de uma função social que ultrapassa o aspecto técnico, principalmente em relação ao acolhimento, uma vez que o sujeito que busca atendimento tem a necessidade de ser ouvido e obter uma resposta. Neste sentido, o profissional deve receber o usuário e assumir o tratamento dentro do próprio serviço e, caso seja necessário encaminhá-lo, de forma assistida e implicada, buscando a equipe multidisciplinar para discutir o caso, sem deixar o sujeito à parte do que foi pensado para o tratamento dele.

Os serviços de saúde que não se posicionam como espaços de amparo e escuta, fazendo o uso de psicofármacos como estratégia primeira de

intervenção sobre o sofrimento infantil, acabam por desrespeitar a condição de sujeito da criança e do adolescente. Desta forma é importante destacar que somente é possível o exercício de uma clínica efetiva com crianças e adolescentes a partir de um forte componente ético nas relações. “Sendo assim, cabe ao CAPSi constituir um ambiente de saúde que não leve em conta apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos subjetivos e sociais como produtores das atuações profissionais” (LEITÃO et al., 2020, p. 10).

Kantorski e outros (2017) destacam que devem ser fortalecidos os laços entre os centros de atenção infantojuvenis e outros setores, com ampliação das articulações para o cuidado, tornando a atenção psicossocial mais eficaz em solucionar e agilizar processos de inclusão para as crianças e jovens. Argumentam ainda que referência não se traduz em encaminhamento, é necessário um processo de fortalecimento das relações entre trabalhadores e serviços através do diálogo, só assim será possível enxergar o sujeito e proceder com o tratamento de forma integral.

5. MÉTODO

A presente pesquisa é conceituada como descritiva quanto aos objetivos. Andrade (2005) explica que as pesquisas descritivas são aquelas em que há observação, análise, classificação e interpretação de dados e que só acontece o estudo dos fenômenos sem que o pesquisador interfira. E quanto aos procedimentos é bibliográfica, sendo esta, segundo Gil (2002, p. 44) “desenvolvida a partir de livros, revistas, artigos científicos, entre outros, ou seja, aquela praticada em cima de materiais já elaborados”.

Sua abordagem é qualitativa, uma vez que as quantidades não são o foco principal da investigação. A presente pesquisa busca aquilo que não pode ser mensurado, pois a realidade e o sujeito são elementos inseparáveis, levando em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades (GIL, 2002), sendo assim trata-se de uma pesquisa que possui enfoque de cunho bibliográfico tecendo assim uma revisão da literatura, segundo Gil, 2008 este tipo de é desenvolvida a partir de material já elaborado e publicado, constituído principalmente de livros, revistas e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo.

Para a coleta de dados, foram buscados artigos publicados nas bases de dados PubMed (Public Medline), Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) durante dos meses de março a novembro de 2021. Os descritores utilizados para a coleta de artigos no site foram: a) Saúde mental infanto-juvenil; b) Clínica ampliada; c) CAPSi; d) Reforma Psiquiátrica. A busca com estes descritores retornou 34 artigos. Foram desconsiderados artigos em outros idiomas, bem como artigos selecionados pela ferramenta que não guardavam relação com o tema proposto.

Desta forma os critérios de inclusão para a pesquisa foram: artigos escritos na língua portuguesa e artigos publicados entre o ano de 2002 á 2021, tendo como critérios de exclusão: artigos de outras línguas escritas que não seja português e artigos publicados anteriores ao ano de 2002.

Dentre os artigos encontrados, foram selecionados apenas artigos publicados em periódicos da área da psicologia e que tivessem realizado a coleta de seus dados em território brasileiro. A seleção final conta com quinze artigos publicados entre 2004 e 2020, que foram categorizados a partir de similaridades na abordagem, no objeto de estudo ou no foco da pesquisa. Os resultados e as análises são descritos a seguir.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram agrupados em três categorias temáticas: “Acolhimento”, “Recursos Terapêuticos do CAPSi” e “O saber-fazer na Clínica Ampliada. A categoria “Acolhimento” faz uma análise deste processo, bem como da importância da escuta qualificada para possibilitar um tratamento que considere as especificidades de cada sujeito. A seguir, a categoria “Recursos Terapêuticos do CAPSi” propõe uma reflexão em torno dos recursos que podem ser usados pelos profissionais na atenção em saúde nos CAPSi. Por fim, a categoria “O saber-fazer na Clínica Ampliada” aborda a articulação entre teoria e prática na clínica ampliada.

6.1. ACOLHIMENTO

Nesta categoria foram selecionados quatro artigos através do critério de inclusão para desenvolvimento da temática:

Os CAPSi se caracterizam como dispositivos que ofertam cuidados

intensivos a um público que apresenta sofrimento psíquico de forma intensa e/ou em situação de crise. Para efetivar este objetivo, todas as pessoas que chegarem ao serviço passarão por uma etapa inicial de Acolhimento (LEITÃO et al., 2020).

No acolhimento é importante estar aberto a ouvir as queixas, para desta forma entender e correlacionar a doença com a estrutura de vida do paciente. Isto representa uma reviravolta relevante na forma de praticar a saúde e o processo de cuidado, não somente para os pacientes, mas também para os profissionais que há muito foram ensinados a agirem não escutando e/ou valorando o saber que advém do paciente, já que se naturalizou compreender que ele próprio "não sabe" do seu mal-estar (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Neste sentido faz-se necessário um processo de reformulação curricular das profissões da área de saúde, de modo que possam ser postas em prática experiências de formação que permitam a criação de uma visão mais ampla do processo de prevenção e assistência em saúde, que faz parte do campo da "clínica ampliada". O termo '*ampliada*' deve ser entendido no sentido de um procedimento clínico que tenha como produto a subjetividade, alterando os modos de sentir e viver a produção de saúde, que tenham como objetivo propor lugares alternativos aos da passividade e inércia, tão naturalizados em determinados processos de adoecimento, tratamento e cura (CAMPOS et. al., 2014).

Quando se pensa em clínica ampliada, se pensa no lidar com a subjetividade e no desafio do desenvolvimento de outros vínculos, valorizando o poder terapêutico de ser escutado. Para Campos e Amaral (2007, p. 4), isso se dá por que "A terapêutica não precisa se restringir a fármacos e cirurgia, há recursos centrados na escuta, na palavra, na educação em saúde e no apoio social", exatamente como ocorre no acolhimento.

No contexto da saúde mental infanto-juvenil, a compreensão de que o cuidado é específico para cada indivíduo é imprescindível para o cumprimento das propostas dos CAPSi. Esta individualização do cuidado deve partir da escuta desse indivíduo, e embora essa escuta ocorra em todas as etapas do acompanhamento, o acolhimento é a etapa privilegiada onde se cria o vínculo que favorece essa escuta (BRASIL, 2011).

6.2. RECURSOS TERAPÊUTICOS DO CAPSI

Está categoria constam quatro artigos que foram selecionadas através da busca ativa para desenvolvimento da pesquisa:

A política nacional de saúde mental e de humanização do SUS, adotadas pelo Ministério da Saúde, colocaram a clínica ampliada como uma diretiva para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a proposição de vários recursos que podem ser usados pelos profissionais na atenção em saúde, entre os quais cabe destacar a prioridade dada à atenção ao sujeito em seu território, o compartilhamento das ações terapêuticas e os recursos do Técnico de Referência (TR) e do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

De acordo com Papiani e Grigolo (2014), o PTS deve ser elaborado a partir da articulação da discussão em torno das condutas terapêuticas da equipe multiprofissional. O PTS tem como base uma discussão aprofundada em relação ao problema, e participação da família e utilização dos recursos da equipe e do território, assim como do próprio usuário. Neste sentido, é fundamental que a equipe de profissionais inseridos nos serviços da saúde mental priorize as necessidades dos usuários, os efeitos da utilização das medicações e das condutas terapêuticas, sendo desejado que o PTS possa ir muito além do tratamento medicamentoso.

Para construir o PTS, é necessária uma pesquisa para desvendar a história de vida do usuário, aspectos relativos à sua condição clínica e social, assim como seus relacionamentos interpessoais. Portanto, é importante que a equipe busque uma aproximação por meio de uma escuta adequada para criação de uma relação baseada na confiança e no diálogo (PAPIANI; GRIGOLO, 2014).

Pinto e outros (2011) argumentam que para construir e operacionalizar o PTS não devem ser usados protocolos rígidos, uma vez que isso pode gerar regramentos que não tem conexão com a singularidade proposta para seu desenvolvimento. Porém, salientam que o uso de um roteiro pode dar uma melhor direção para a equipe e evitar desta forma possíveis desvios no processo. Como sugestão para o PTS é importante a realização de um diagnóstico situacional num primeiro momento, que não se limite à verificação das condições de saúde do usuário e consiga fazer um levantamento das necessidades não identificáveis pela demanda. Num segundo plano deve ser desenvolvida uma

negociação com usuário e família em relação às metas a serem atingidas, e o tempo necessário para tanto. E só então se procede à divisão das responsabilidades e das ações de cuidado junto à equipe.

O psicólogo, enquanto integrante da equipe multiprofissional passa a ter uma nova demanda institucional, tendo em vista que suas atividades não se encontram mais limitadas ao consultório, passando a ser intra e extramuros, atuando fora dos espaços tradicionais, passando a atuar na mediação da tensão entre a disfunção psíquica e a disfunção social (BRITO, 2015).

Barros (2010) destaca a necessidade de deixar claros os papéis que os profissionais devem desempenhar na equipe e em relação aos usuários sob seus cuidados. Neste sentido existem dificuldades para se efetivar tal organização, tendo em vista que determinadas equipes e/ou profissionais ainda se encontram centradas no modelo biomédico e neste sentido têm dificuldade de se comunicar e compartilhar os saberes.

O cuidado destacado por Barros (2010) permite que os especialismos não sejam evidenciados, evitando assim a fragmentação do olhar sobre o cuidado, provocando a responsabilização entre trabalhadores para superar a máxima: “de quem é este paciente?”. Além disso, convoca-se os profissionais, mesmo os que não estão diretamente na “ponta” da rede “A escutarem o outro e a si mesmo, a lidar com condutas automatizadas de forma crítica, a lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.” (BRASIL, 2009, p. 17). Numa perspectiva de clínica ampliada a mola mestra do trabalho de uma equipe de referência se configura nas ações de compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações.

6.3. O SABER-FAZER NA CLÍNICA AMPLIADA

Para compor esta categoria foram utilizados sete artigos encontrados dentro dos critérios de inclusão:

Bernardo e Garbin (2011) enfatizam a necessidade de alterar a formação dos profissionais de saúde mental, em específico psiquiatras e psicólogos, que recebem forte influência de tendências individualizantes. A psiquiatria geralmente prescreve medicamentos para resolver os problemas de saúde mental. Na psicologia, por sua vez, são enfatizados aspectos individuais e familiares como causas predominantes do adoecimento e do sofrimento

psíquico, indicando a psicoterapia como a forma primordial de tratamento (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Neste sentido Estellita-Lins, Oliveira e Coutinho (2009) apontam que a teoria psicanalítica tem demonstrado capacidade de oferecer respostas para algumas questões inerentes ao campo do cuidado intensivo em saúde mental. A práxis da clínica ampliada, tendo como base a psicanálise, possui lugar com especialistas específicos, o que possibilita no decorrer do tratamento uma escuta ao inconsciente, em oposição a outras abordagens que visam, por exemplo, a medicação. E assim os pacientes podem chegar à fonte real de seu mal-estar, auxiliando a pessoa a recuperar sua autonomia, escapando assim a um “rótulo de doente”, que em outros modelos de tratamento é mantido e reforçado através de uma medicação apressada,

A promoção da saúde está diretamente ligada à autonomia dos sujeitos, mas se encontra ligada à qualidade de vida e estilo de vida saudável, cujo funcionamento ocorre de forma prescritiva, indutiva e normalizadora. O princípio da autonomia aponta para uma abertura à convivência com o outro, baseada em valores que respeitem as diferenças e a livre escolha. Neste sentido é imprescindível a construção de espaços coletivos de troca que possam ser lugar de enriquecimento da comunidade e dos profissionais envolvidos, por meio do conhecimento do cotidiano, das estratégias locais, das possibilidades de cada sujeito (SUNDFELD, 2010).

A psicologia pode fomentar uma escuta dotada de uma maior sensibilidade e atenção para compreensão das necessidades e dispositivos da comunidade que, por sua vez, tem a capacidade de levantar indagações e rupturas essenciais ao conhecimento estabelecido das equipes. Para desta forma inculcar a comunidade a construir um coletivo que tenha desejo do exercício de uma clínica viva, pulsante, e assim poder contribuir para o fortalecer os vínculos e a criar um espaço de resistência às formas de disciplinarização que se inserem nos processos de trabalho, nas relações e nos corpos (SUNDFELD, 2010).

O acompanhamento terapêutico facilita aos pacientes um retorno a condições existenciais perdidas e por conseguinte ambicionadas. Do mesmo modo, permite que encontrem soluções para problemas práticos da vida e das relações interpessoais. A partir do momento em que o paciente admite ser cuidado por alguém, inicia-se uma longa trajetória até que possa voltar a ser capaz de cuidar de si próprio. Se o

acompanhamento atinge este objetivo, não se trata meramente de um tratamento bem-sucedido, mas de ter atingido certa qualidade de cuidados ministrados capaz de facilitar o crescimento individual e viabilizar processos maturacionais (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009, p. 2013).

Com relação às contribuições dos saberes psicológicos ao campo das práticas em saúde, Benevides e Passos (2005), fazendo um confronto das noções de campo e clínica, argumentam que toda clínica é transdisciplinar. O que importa na perspectiva de quem trabalha com os sujeitos humanos é reconhecer os modos de subjetivação, os contextos nos quais estes se desenvolveram, ou seja, o aprendizado a partir da escuta e do acolhimento, identificando quais forças se atravessam e que efeitos estão se dando na vida concreta dos indivíduos. Aprender a colocar em análise os funcionamentos na vida humana e seus efeitos; experimentar, ao invés de conjecturar.

A assistência à saúde mental na infância e adolescência se apresenta em termos de complexidade como tendo singularidades próprias se comparado ao atendimento de adultos, neste sentido, é importante que ocorra a capacitação profissional e serviços específicos para o atendimento deste público (PAULA et al., 2007).

Monteiro e outros (2012) enfatizam o fato de a criança necessitar de apoio emocional, social e psicológico tendo em vista o começo de sua estrutura de sujeito perante a sociedade, e indicam a família como principal provedora deste apoio. A respeito do adolescente que se encontra numa fase de transição entre a vida infantil e a vida adulta, período no qual as escolhas e transformações podem acarretar mudanças repentinas no humor, onde sentimento de tristeza pode ser substituído pela raiva ou euforia de forma intensa, a família é novamente a possibilidade de suporte adequado para superação.

Neste contexto a clínica ampliada tem a possibilidade de atender de forma completa o público infanto-juvenil tendo em vista que respeita a singularidade dos sujeitos, e reconhecendo a complexidade de cada caso, buscando a produção de saúde, reabilitação e ampliação da autonomia, por meio da efetivação de vínculos, integrando este público com a equipe multiprofissional, e lançando mão de alternativas de atendimento que possam e ampliar os recursos de intervenção no processo saúde–doença (PAPPIANI; GRIGOLO, 2014).

Faz-se necessário levar em consideração que o objetivo de toda ação clínica é cuidar, e para que o cuidado em saúde mental vá ao encontro da perspectiva da clínica ampliada, o profissional deve utilizar como instrumento de trabalho a rede de relações do sujeito. Assim, é oportuno que ocorra um movimento no sentido de reforçar o vínculo com a comunidade, visando a ativação da comunicação e dos recursos disponíveis para manutenção de um canal cooperativo, tendo em vista que os fortalecimentos das redes de assistência em saúde mental constroem espaços de transformação (ALVES; FRANCISCO, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deu início a um novo modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, onde os modelos de atendimento até então utilizados foram gradativamente substituídos por atendimentos baseados em uma rede de diversos serviços e recursos para a sociedade. Os CAPS emergem nesta perspectiva como um dos dispositivos de atenção à saúde mental. Nesta nova esfera política e de redirecionamento do modelo assistencial, a produção de cuidado de saúde mental assume uma nova prática particularizada pela faixa etária.

Neste sentido o Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) é dedicado ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico intenso e persistente, que atende casos mais severos, como transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas. As ações de saúde mental na atenção básica, ao constituírem uma rede ampliada, podem reduzir encaminhamentos desnecessários e aumentar a adesão de usuários e familiares ao tratamento.

O modelo de atendimento da Clínica Ampliada tem como proposta a promoção de uma atenção plena e intersetorial, possibilitando a convergência entre as diversas áreas de conhecimento profissional. Possibilita assim o diálogo entre os enfoques biomédico, social e psicológico, visando a integração dos saberes e suas práticas. A clínica ampliada expande as possibilidades de intervenção, de modo a respeitar as especificidades e reconhecer a complexidade de cada caso.

Neste sentido a clínica ampliada se mostra orientada pela busca da

produção de saúde, aliada à ideia de reabilitação e ampliação da autonomia através da efetivação de vínculos, numa estratégia de integração da equipe multiprofissional, sujeito, família e comunidade, com estratégias alternativas de atendimento que possam ampliar os recursos de intervenção no processo saúde-doença.

Dentre os benefícios trazidos pela clínica ampliada no tratamento de crianças e adolescentes atendidos nos CAPSi, foram verificados que estes benefícios agregados aos pacientes e indivíduos é o acesso imediato, diminuindo internações e fluxo de demora e demandas de marcações de consultas em atendimentos especializados para finalidades de pacientes com transtornos psicológicos. Vale ressaltar que o atendimento no CAPSi é realizado de forma individual e igualitária através singularidade do indivíduo, partindo do princípio da relevância para que se consiga conhecer causa, problema e intervenção imediata afim de estabilização do quadro clínico do paciente para que possa melhorar sua convivência e qualidade de vida e desta forma diminuir riscos de surtos e internações de âmbitos psicológicos.

Vale ressaltar a relevância a produção de estudos que abordem tal temática, e que os profissionais de Psicologia possam participar de forma mais efetiva desse movimento de transformações conceituais e operacionais em defesa de uma clínica ampliada. É importante, ainda, que os profissionais estejam preparados para atuar a partir desta nova realidade, uma vez que devem acolher o usuário, e ter como desenvolver seu trabalho de forma coletiva e baseada nos objetivos da reforma psiquiátrica, na busca da reabilitação psicossocial, fazendo com que o usuário possa ser beneficiado com a aplicação dos saberes e cuidados multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n.4, dezembro. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2021.

AMSTALDEN, A. L.; HOFFMAN, M. C.; MONTEIRO, T. P. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010, pp. 33-45.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2005.

ANDRADE, A. P.; MALUF, S. W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Revista Interface** (Botucatu). 2017, vol.21, n.63, pp.811-821. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RybqZrGbnThnk5gDkcRndYG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14 set 2021.

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanbara, 1981.

BARROS, J. O. **A Construção de Projetos Terapêuticos no Campo da Saúde Mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado**. 2010. 111p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5163/tde-21092010-093913/pt-br.php>. Acesso em 23 nov 2021.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2005. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Dtq6TH5LdJbfDPDwSxSmy6G/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 nov 2021.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. saúde ocup.** 2011; 36(123):103-117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Ym7kpRZmty9fFxPkLVg4hPC/?lang=pt>. Acesso em 8 maio 2021.

BRASIL. **Portaria número 2.436** de 21 de set. De 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF.Set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF.

_____. **Portaria número 3088** de 23 de dez. De 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, M. A. Q. Gestalt-terapia na clínica ampliada. In: FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: a clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo**. São Paulo: Summus, 2015.

CALDEIRA, L. B. **O conceito de infância no decorrer da história**. Montes Claros, Minas Gerais, 2010. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Pedagogia/o_conceito_de_infancia_no_decorrer_da_historia.pdf. Acesso em: 02 set. 2021.

CAMPOS, G. W. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2014, v. 18, suppl 1, pp. 983-995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/DTWSYxqyjHpg9tJfGD5yVkk/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 nov. 2021.

CAMPOS, G. W.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007, v. 12, n. 4, pp. 849-859. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwQ865pBS/?lang=pt>. Acesso em 18 nov. 2021.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CRISPIM, C.C. **A luta antimanicomial e os desafios da desinstitucionalização dos usuários do hospital de Custódia e tratamento psiquiátrico de Santa Catarina**. TCC graduação. Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/180509>. Acesso em 21 jun 2021.

DELFINI, P. S.; REIS, A. O. **Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.2, pp.357-366. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LvdjWnvdMDnDThGZ9dyxwgy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 21 de jun de 2021.

ELIAS, N. A civilização dos pais. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27 n.3 set/dez, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/>

sociedade/article/view/5679/5167. Acesso em: 02 set. 2021.

ESTELLITA-LINS, C. E.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.195-204, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9694>. Acesso em 15 nov. 2021.

FERREIRA, J. T. et al. (2016). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma instituição de referência ao atendimento à saúde mental. **Revista Saberes**, 4 (1), p. 72-86. Disponível em: <https://facsapaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>. Acesso em 22 out 2021.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, maio-ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a04.pdf>. Acesso em 02 maio 2021.

GERSCHAMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDRICH, A. V.; BERNDT, D. P.; DIAS, M. **As Conferências Nacionais de Saúde Mental e o Paradigma da Desinstitucionalização**. Seminário Nacional de Serviço Social Trabalho e Política Social. Outubro de 2015. Disponível em: https://seminarioservicosocial.paginas.ufsc.br/files/2017/05/Eixo_3_224-3.pdf. Acesso em 15 set 2021.

KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C.; OLIVEIRA, N. A.; NUNES, C. K.; PAVANI, F. M. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rL9BBwKqvThnh8VmJ7XympF/?lang=pt>. Acesso em 25 out 2021.

LEITÃO, I. B.; TRISTÃO, A. B.; RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Dez anos de um CAPSi: comparação da caracterização de usuários atendidos. **Psicologia USP**, 31, p. 1-14. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusp/a/V7DFNHgMP7Pqcmqy4h8qLvc/?lang=pt&format=html>. Acesso em 25 out 2021.

MAIA, R. C.; FERNANDES, A. B. O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política. **Rev. bras. Ci. Soc**, São Paulo, v. 17, n. 48, Feb. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/FyPVkpdLPTZ5MCSzZr9DSSK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 set 2021.

MARTINES, R. L.; SILVA, A. A. Reforma Psiquiátrica: um processo de institucionalização. **Rev. Científica Eletrônica de Psicologia**. Ano V, nº 09, nov.

2007. Disponível em: <http://www.revista.inf.br/psicologia09>. Acesso em 15 set 2021

MONTEIRO, A. R. et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/K9nbX9cbkLXVrV6FkjqtyKp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mai 2021.

NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. de. A Construção Social do Conceito de Infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Revista Contexto & Educação**, v. 23, n. 79, p. 47-63, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/1051>. Acesso em: 02 set. 2021.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas, SP: 2007. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

PAPPIANI, C.; GRIGOLO, T. M. Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 6, n. 14, p. 1-26, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68902>. Acesso em: 16 out. 2021.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. A. S. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 7-11, Mar. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wq7zT7vwbfQZSzf36gCFfZq/?lang=en>. Acesso em 02 maio 2021.

PINTO, D.M et. al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Rev Texto Contexto Enferm**. 2011; 20(3): 493-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8HVkGwqgWKYZSszH8xdpxcqH/?lang=pt>. Acesso em 23 nov 2021.

REIS, A.O.; MARAZINA, I.V.; GALLO, P.R. a humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e sociedade**. 2004. V.13, n.3, p.36-43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/L7dVsVCJpMJ4LXBBwx4XdGd/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 nov 2021

SILVA, A. M. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3070>. Acesso em 15 set 2021.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. 2010, v. 20, n. 4, pp. 1079-1097. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/rdjTTCjbFdzqpWT3bYxikbP/?lang=pt>>. Acesso em 15 nov. 2021.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/865/624>>. Acesso em: 05 maio 2021.

TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 05 maio 2021.

VICENTIN, M. C. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13977>>. Acesso em: 9 maio. 202