

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL
COLETIVA

Julia Giusti

**VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO DE
PANDEMIA DA COVID-19**

Porto Alegre
2021

Julia Giusti

**VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL NO CENÁRIO DE
PANDEMIA DA COVID-19**

Orientador: Prof.Dr. José Geraldo Soares Damico

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Porto Alegre

2021

Julia Giusti

**VIVÊNCIAS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL NO
CENÁRIO DE PANDEMIA DA COVID-19**

Conceito Final:

Aprovado em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico

Me. Alpheu Ferreira do Amaral Junior

RESUMO

Este trabalho aborda as minhas vivências enquanto residente de segundo ano em um serviço de saúde mental infantil, durante o cenário de pandemia pela Covid-19. Contextualizo no primeiro momento o cenário de pandemia e as memórias da trajetória de saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Após compartilho, através de fragmentos retirados da memória e de diários de campo, alguns momentos que trouxeram uma afetação maior, movimentando e ressignificando as vivências aqui descritas. Compartilho as experiências do trabalho remoto e do cuidado online que se fizeram fundamentais naquele momento. Descrevo um encontro no grupo de práticas corporais presencial, onde as questões de imagem corporal na adolescência abriram espaço para discussão entre os adolescentes participantes; um encontro no grupo de crianças online, onde os sentimentos em relação a pandemia se manifestaram através de desenhos e sobre ser acompanhante terapêutica na prática do AT, (re) descobrindo a cidade e os espaço com outros olhares e afetações.

LISTA DE SIGLAS

AT- Acompanhamento terapêutico

CAPSi- Centro de Atenção Psicossocial Infato-Juvenil

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Apresentação	6
2. Contextualização da Covid-19	7
3. Memórias da trajetória da Saúde Mental Infanto-Juvenil no Brasil	9
4. A organização do processo de trabalho frente a pandemia	11
4.1 Um novo dispositivo de cuidado em saúde mental?	13
5. Grupos	16
5.1 Grupo de Práticas Corporais	16
5.1.1 Espelho, espelho meu.....	18
5.2 Grupo de Crianças.....	20
5.2.1 O apocalipse	21
6. Acompanhamento Terapêutico	23
6.1 “Juca dos bichos”.....	23
7. Considerações Finais.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

1. Apresentação

O presente trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva tem como objetivo relatar experiências vivenciadas na perspectiva do cuidado em saúde mental durante o segundo ano de residência em meio a pandemia do coronavírus (Covid-19) em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) da cidade de Porto Alegre/RS. A inquietação em escrever este relato nasce do estranhamento frente a um novo campo de trabalho e da necessidade de reinventar a prática do cuidado em saúde mental diante da pandemia da covid-19.

O trabalho está organizado e sistematizado no formato de relato de experiência que procurou contextualizar o trabalho desenvolvido dentro da lógica de cuidado e da elaboração de novas ferramentas de trabalho e dispositivos de cuidado, durante o segundo ano de residência.

Primeiramente contextualizo o cenário da pandemia da Covid-19 e um breve histórico da saúde mental infantojuvenil, após compartilho as organizações de trabalho no CAPSi.

Na sequência compartilho as experiências vivenciadas em grupos e na prática do acompanhamento terapêutico trazendo reflexões, desafios e inquietações que permeavam em minha mente e movimentaram meu corpo durante o ano. Descrevo um encontro no grupo de práticas corporais presencial, onde as questões de imagem corporal na adolescência abriram espaço para discussão entre os adolescentes participantes; um encontro no grupo de crianças online, onde os sentimentos em relação a pandemia se manifestaram através de desenhos, e sobre ser acompanhante terapêutica na prática do AT, (re) descobrinado a cidade e os espaço com outros olhares e afetações.

2. Contextualização da Covid-19

Desde os primeiros meses do ano de 2020 o mundo experienciou o rápido crescimento da pandemia pelo coronavírus (covid-19), doença respiratória com risco de morte especialmente nos grupos de maior risco (população de maior idade, com doenças pré-existentes e baixa imunidade) e impacto significativo nos sistemas de saúde de diversos países (Berlin et.al, 2020).

O Brasil registrou o primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus em fevereiro de 2020 e no mês seguinte foi declarada transmissão comunitária nacional por meio da Portaria Nº 356, de 11 de março de 2020, do Ministério da Saúde. A portaria pode ser entendida como um marco em âmbito nacional para a adoção de medidas de prevenção ao contágio pelo vírus, à medida que a generalização da tratativa é um instrumento normativo de comando “para que todos os gestores nacionais adotem medidas para promover o distanciamento social e evitar aglomerações, conhecidas como medidas não farmacológicas, ou seja, que não envolvem o uso de medicamentos ou vacinas” (BRASIL, 2020). No Brasil, até o dia 03 de Janeiro de 2021, foram confirmadas 195.725 mortes relacionadas ao coronavírus.

Ainda que considerada sua dimensão continental, suas diferenças regionais e as configurações epidemiológicas da doença em cada região, foi a partir da declaração do órgão ministerial que a comunidade brasileira passou a adotar medidas de restrição do contato presencial entre pessoas ou mesmo começou a lidar com as consequências dessa adoção, situação que apenas era assistida em outros países até então, especialmente na China e países europeus.

A principal estratégia para conter a disseminação e transmissão do vírus foi sustentada na restrição de circulação de pessoas através do distanciamento social, uso de máscara e álcool gel. O mundo esteve diante de uma crise sem precedentes e os efeitos da covid-19 produziram impactos devastadores na saúde, na economia e na dinâmica do comportamento dos profissionais e das organizações. A aplicação de medidas restritivas ao deslocamento das pessoas voltadas ao isolamento social buscou mitigar os efeitos da exposição ao contágio e promover o controle da pandemia em termos de atendimento às situações de emergência e uso de equipamentos para manutenção da vida. (CASTRO et al., 2020, p. 1060).

Experiências internacionais alocam as pandemias ao lado das catástrofes naturais, guerras e acidentes como desastres, sendo estes explicados como eventos traumáticos em larga escala capazes de alterar os sujeitos individual e coletivamente, de forma micro e macrosocial (HOWEN; AMSEL; TYANO, 2019).

Nos últimos 20 anos, o Brasil tem realizado avanços importantes na vigilância epidemiológica. Em 2003, o vírus Influenza A H5N1 foi a motivação para a elaboração do primeiro Plano de Contingência para Pandemia de Influenza. Esse plano definiu as diretrizes para o fortalecimento da vigilância epidemiológica do país com a instituição de redes de laboratórios e de unidades sentinelas de síndromes respiratórias agudas graves, rede nacional de alerta e resposta às emergências em saúde, os CIEVS (Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde), além de investimentos na produção nacional de vacina contra influenza.

Vivemos uma situação de crise e emergência, com reflexos sociais, econômicos e na saúde física das populações, especialmente as mais vulneráveis. As políticas e ações governamentais dedicaram-se às possibilidades de contenção e mitigação dos efeitos biológicos e letais da doença. Em situações de confinamento e isolamento condicionados à pandemia, salientou-se a necessidade de promoção de ações voltadas ao comportamento seguro, com destaque para o cumprimento de regras e ao autocuidado. Estima-se que cerca de um terço de uma população exposta a um desastre, como a Covid-19, pode apresentar manifestações psicopatológicas se nenhuma intervenção psicossocial for realizada (FIOCRUZ, 2020; CRUZ et al., 2020, p. 1).

Foram diversas mudanças que acarretaram em uma brusca necessidade de alternar o modo das pessoas se relacionarem entre si e com o mundo. O distanciamento social causou impactos significativos em vários segmentos político, social, econômico, na educação e na saúde. É nessa perspectiva que surge a necessidade de falarmos sobre saúde mental. Embora a crise da Covid-19 seja, em primeira instância, uma crise de saúde física, ela também traz as sementes de uma grande crise de saúde mental, se nenhuma ação for tomada. Uma boa saúde mental é importante para o funcionamento da sociedade nos seus melhores momentos. Isto deve estar na frente e no centro da resposta e recuperação de todos os países afetados pela pandemia. A saúde mental e o bem-estar de sociedades inteiras foram severamente afetados por esta crise e são uma prioridade a ser tratada com urgência. (UNITED NATIONS, 2020, p. 2).

No caso do Brasil, o cenário que se desenhou deixa muito a desejar no reconhecimento desses impactos em saúde mental para população. Além disso, por vezes as desinformações nos governos e dos governos para a população se tornam terreno para medo e insegurança. A título de exemplo, as várias trocas do titular do Ministério da Saúde, autoridade sanitária máxima do Sistema Único de Saúde, bem como as falas contraditórias do Presidente da República passam a mensagem de ausência de coordenação sobre a situação. Por vezes, há problemas na gestão e comunicação de dados epidemiológicos e na gestão de serviços e equipamentos de saúde, bem como a baixa realização e limitações ao acesso de testes para detecção da doença. Nesse cenário, também não há, por parte do Governo Federal, sinalização de incentivos à ampliação de serviços em saúde mental já existentes ou mesmo à criação de novos.

Dessa forma, tem-se colocado que as restrições ao contato presencial entre as pessoas em razão da pandemia causam impactos psicológicos negativos à saúde mental, o que está intimamente ligado a mudanças bruscas e gerais na vida das pessoas, trazendo aqui especialmente as crianças e adolescentes que de repente foram afastados de sua rotina e trancafiados em casa sob a ameaça de um inimigo invisível e forçados ao isolamento.

3. Memórias da trajetória da Saúde Mental Infanto-Juvenil no Brasil

A atenção à saúde mental no Brasil passou por um longo período hospitalocêntrico e asilar até o início da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial nas décadas de 70 e 80, sendo um processo importante de desinstitucionalização da loucura, com significativa influência no Brasil pelas ideias da Reforma Psiquiátrica na Itália e com a criação da ONU, caracterizado por anos de muita militância. Os movimentos ocorridos no país entre 1978 e 1992 são notáveis, levando a várias condenações ao modelo manicomial e culminando na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, a partir daí, gradativamente, a atenção à saúde mental passou a ser descentralizada e territorializada, surgindo assim os Centros de Atenção Psicossocial neste mesmo ano, na cidade de São Paulo.

Historicamente, as ações voltadas para a saúde mental das crianças e adolescentes eram respondidas por setores da educação e da assistência social, com pouquíssima proposição advinda em específico do campo da saúde mental. A

Convenção da ONU de direitos da criança e do adolescente enunciou algo como “não somos posse” do Estado nem da instituição família. Porém, foi só em 2002 que os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) foram propostos, logo após a “III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001) de reforma psiquiátrica, crescimento e consolidação da rede de atenção psicossocial com expansão da agenda política para novas áreas e projetos” (VASCONCELOS, 2016).

As primeiras atividades para a saúde mental de crianças e adolescentes coincidiram com as primeiras iniciativas nessa área para adultos, justamente com a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico do país em 1832, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Nesse período e como resultado dessa inauguração, foram criados os primeiros estudos e teses brasileiras em psiquiatria (COSTA, 1983; RIBEIRO, 2006). O caminho que se tem trilhado ao longo do tempo no campo da atenção psiquiátrica infanto-juvenil, apesar da história da saúde mental do adulto, tem sido percorrido por diversos movimentos em relação aos projetos de política e ao contexto de interesses e justificativas para sua consolidação. (COUTO, 2001).

O processo da saúde mental no âmbito da infância e juventude foi mais tardio, possivelmente pela concepção social e de um Estado tutelar, no qual compreendia a criança e o/a adolescente enquanto posse, em vez de sujeitos plenos. Outros fatores colaboravam, como discursos pedagógicos que reduziam os mesmos a condição de “não saber” e ignorava-se completamente o sofrimento enquanto possibilidade de expressão na vivência dessa população (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A principal forma de institucionalização de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico se deu em conjunto com as instituições psiquiátricas, e esse fato decorre da falta de registros sobre o assunto na área da saúde. A maior parte das crianças adoecidas permaneceu em instituições assistenciais mantidas por entidades filantrópicas que, embora não existissem em comunidades psiquiátricas, mantinham modalidades de exclusão e violência muito semelhantes. As intervenções de institucionalização para crianças e adolescentes no Brasil foram utilizadas em proporções avassaladoras, por décadas, essa foi a principal resposta para a maioria dos problemas sociais.

Assim, além de crianças e adolescentes com algum tipo de sofrimento psíquico, as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social também tinham a institucionalização como única alternativa para sobrevivência. O medo social em relação aos loucos e pobres, que supostamente poderiam se tornar delinquentes,

tem justificado ao longo dos anos uma série de violações à vida humana e sua integridade (COUTO, 2001; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; RIZZINI, 2005).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), é um dispositivo de saúde mental que opera no eixo do sujeito, da família, da sociedade e da cultura, buscando atravessar, significar e renovar os contratos sociais. Constitui-se como um dispositivo de assistência diária para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, até os 18 anos de idade. Assim como os demais Centros de Atenção Psicossocial, criados a partir da necessidade de desinstitucionalização dos usuários do serviço de saúde mental, o CAPSi deve ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O atendimento dos usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento do processo terapêutico em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão a sua condição de saúde mental. Com este, será definido se o usuário terá atendimentos intensivos – ou seja, diários-, semi-intensivo – aproximadamente três vezes por semana –, ou não intensivo, com periodicidade semanal de atendimento (Brasil, 2004). Com esta organização do serviço, é esperado que se promova a saúde mental, dando atenção às demandas das relações diárias como sofrimento às singularidades deste tipo de cuidado, estando articuladas com as redes de saúde, redes sociais do território assim como as redes de outros setores

Além da criação dos CAPSi's, a intersetorialidade no cuidado no âmbito da saúde mental da infância e juventudes, trava diálogo com outros quatro setores: a saúde geral, educação, assistência social e justiça/direitos, este último contando com os Conselhos Tutelares, órgãos que se relacionam e são estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990 considerado um marco legal pelos direitos desta população, que intenta abarcar a proteção integral da mesma. Os setores de educação e atenção básica - como integrantes de uma rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil - podem desempenhar papel de destaque no desenvolvimento de ações preventivas, de promoção da saúde e na identificação de casos para os quais intervenções precoces podem reverter ou prevenir o agravamento de problemas mentais. (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

4. A organização do processo de trabalho frente a pandemia

Com o avanço do contágio pela Covid-19, observou-se a importância de olhar para a saúde pública na caracterização da função do local de trabalho na transmissão de doenças, dada a quantidade de tempo que os trabalhadores e trabalhadoras passam em seu local de trabalho e a variedade de tarefas que podem promover a propagação do vírus. Um estudo examinou o papel da transmissão no local de trabalho na pandemia de H1N1 de 2009, estimando que cerca de 8 milhões de funcionários nos Estados Unidos trabalharam enquanto infectados e que esses trabalhadores podem ter causado a infecção de até 7 milhões de seus colegas de trabalho (DRAGO et al, 2010).

A partir disso, viu-se a necessidade de estabelecer diálogos e reflexões possíveis diante da pandemia e crise mundial ocasionada pela pandemia, em que a proteção dos indivíduos está diretamente relacionada ao isolamento, nos encontramos com enormes desafios a serem enfrentados e adaptações a serem realizadas. Foi necessário refletirmos acerca dos princípios dos CAPS para que o funcionamento desse serviço – que presta uma atenção humanizada – continuasse exercendo o seu papel de resistência no cuidado com as pessoas em sofrimento mental, garantindo também que as relações entre trabalhadores e usuários fossem centradas no acolhimento, no vínculo e na responsabilização de cada membro da equipe.

O CAPSi Casa Harmonia - cenário de prática desta residente - está localizado na região central da cidade de Porto Alegre e compõe um dos dispositivos de cuidado da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) da cidade. Tem como área de abrangência as regiões Centro, Sul, Centro/Sul, Restinga/Extremo Sul e Glória/Cruzeiro/Cristal de Porto Alegre/RS, atendendo em média 120 crianças e adolescentes por mês, com mais de 300 ações realizadas e registradas em RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde) que se dividem em atendimentos individuais, atendimentos familiares, atendimentos em grupos, consultas psiquiátricas e articulações em rede, desenvolvendo ações de cuidado aos usuários e familiares por meio dos atendimentos individuais, atendimentos em grupo, atendimento familiar, consultas psiquiátricas, promoção de contratualidade no território, ação de atenção psicossocial, articulação intersetorial entre as redes de assistência social, educação, conselho tutelar, atenção básica, abrigos e matriciamento de uma unidade básica de saúde.

A equipe era composta por residentes de saúde mental coletiva, enfermeira, psicólogas, psiquiatras, terapeuta ocupacional, técnicas de enfermagem, técnica administrativa, nutricionista, auxiliares de cozinha e limpeza e oficineira, logo se configura como um serviço de assistência, mas também de formação qualificada de trabalhadores para saúde mental e por esse motivo optou-se pela continuidade no formato online das reuniões de equipe, espaços de preceptoria, grupos terapêuticos e oficinas, bem como atendimentos individuais e familiares mantendo a articulação entre as dimensões prática e formativa.

4.1 Um novo dispositivo de cuidado em saúde mental?

Mídias ou dispositivos digitais são meios de comunicação contemporâneos baseados no uso de equipamentos eletrônicos conectados em rede, portanto referem-se – ao mesmo tempo – à conexão e ao seu suporte material. Os dispositivos móveis e os computadores estão presentes nas nossas estruturas relacionais há algum tempo, desde a geração de crianças e adolescentes do século XXI, que estes dispositivos estiveram de alguma forma mais próximos, seja em casa, na escola, nas mãos de alguém na rua ou na televisão. Os dispositivos digitais se configuram em espaços de autoria e inclusão digital de pessoas em sofrimento psíquico. Nesses espaços ocorrem não só vivências individuais, mas também, sociais. Como a tecnologia se espalha de maneiras diferentes, exponencialmente na vida cotidiana e em tempos de pandemia, parece mais apropriado do que nunca pensar em usá-la para estabelecer uma relação potente e saudável.

Recentemente, a OMS e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC), publicaram uma série de recomendações biopsicossociais e de saúde mental, incentivando recomendações governamentais, que entre elas estão: garantir que os cuidados de saúde clínicos e mentais sejam acessíveis à população; fornecer canais de serviço alternativos (aplicativos, sites, telefone); desenvolver materiais psicoeducacionais facilmente acessíveis à população (WHO; CDC, 2020)

Logo que o distanciamento social foi recomendado e os CAPS reduziram os seus atendimentos, permanecendo apenas as situações compreendidas enquanto de risco presencialmente, concomitante a isto, ocorreu o processo de pensar estratégias outras de conexão com a RAPS, assim como, de encontro com os/as usuários/as.

Diante deste panorama, as possibilidades de atendimentos remotos foram preconizadas

Através dos espaços propiciados nas mídias digitais e sua inserção no âmbito do cuidado em saúde, intensifica-se o diálogo, otimiza-se o tempo, promove-se o deslocamento subjetivo (e não meramente geográfico) e realiza-se a circulação de saberes, poderes e afetos (PAULON; CARNEIRO, 2009).

A abertura das redes digitais para além dos contatos telefônicos aconteceu de modo exploratório, apesar de compreender o corte significativo que se explicitaria entre as pessoas que tem condições sócio econômicas para acessar a internet/dispositivos eletrônicos e aquelas que não teriam este tipo de acesso. O que nos provocou a pensar qual é o papel da inclusão digital na urbanidade que está sendo colocada hoje e quais são os caminhos de possibilidades que se expressam, em especial à população infanto-juvenil.

Merhy (2006) nos convida a pensar sobre o ‘trabalho vivo em ato’, sendo por meio dele que o trabalho humano acontece e nesse momento exato em que é executado que determina a produção do cuidado. E que interage a todo tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado.

Estar em rede, pertencer, deslocar, identificar, trocar, (re)conhecer, (des)aprender, (des)encontrar, (des)conectar, (des)aparecer, condições possíveis e esperadas com a conexão virtual. Nesses espaços que ocorrem análogos a vida comum, despontam experiências individuais e sociais, onde circulam saberes e afetos que “podem favorecer a constituição de redes de convivência por adolescentes em situação de grave sofrimento psíquico” (MAUCH et al., 2020)

O SUS através da lei 12.401 de 28 de outubro de 2011, discorre sobre a assistência terapêutica e a incorporação da tecnologia enquanto recursos legítimos no cuidado integral da saúde, caso seguido por algumas premissas como “evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo” (BRASIL, 2011). E o Ministério da Saúde afirma que:

“Admite as tecnologias em saúde enquanto equipamentos, medicamentos e procedimentos, os sistemas organizacionais, educacionais de informação e suporte, bem como programas e protocolos assistenciais, pelos quais o

cuidado à saúde é prestado à população.” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2016).

A legitimação dada por esses órgãos representativos sobre o uso da tecnologia em conexão com a promoção e assistência em saúde das populações é importante e nos diz sobre a tentativa de adentrar neste campo virtual enquanto um campo possível, considerando o alastramento desses meios de modo geral no cotidiano. Ocupam também o papel de reguladores das ações dos/das operadoras em saúde neste terreno que aparentemente não tem dono/a.

Como medida de precaução e contágio frente à pandemia, os grupos/oficinas, atendimentos individuais e familiares presenciais foram suspensos, a partir disso começou-se a pensar e discutir de que forma o cuidado continuaria sendo ofertado e que fosse de forma efetiva.

Elaborou-se então, propostas de atuação no formato virtual com as crianças, os adolescentes, familiares e cuidadores, durante este período de isolamento social passando a atender de forma remota por telefone e online através dos dispositivos *Google Meet* e *Facebook*. A escolha da rede social *Facebook* foi feita com o intuito de usar da ferramenta *Messenger* enquanto meio para propiciar encontros grupais com usuários/as e pela facilidade de acesso, percebendo que a maioria dos usuários ou familiares/cuidadores tem um perfil nele e visto que o CAPSi já tinha uma página que foi reativada para compartilhar informações e conteúdos nesse momento de pandemia.

As decisões foram compartilhadas e tomadas em conjunto com a equipe e o fluxo do atendimento foi reorganizado em suprimento das necessidades dos usuários e das possibilidades da equipe. Um aparelho celular foi solicitado para gerência da saúde mental de Porto Alegre, mas sem sucesso, conseguindo-se o acesso WiFi no serviço e a liberação de acesso ao *Facebook* que era restrito por duas horas diárias.

O uso de ferramentas sociais digitais provocam o sentimento de inclusão digital, permitindo encontros, produzindo subjetividades, atuam no desprendimento de inventos autorais, compartilhamentos de informações, aproximam realidades, fermentam encontros, organizações, movimentos sociais, entre outros movimentos sendo uma possibilidade atraente e desafiadora, ao mesmo tempo que nos remete a pensar nas experiências de vida que acontecem ‘do outro lado da linha’.

5. Grupos

Os grupos previstos para esse ano de 2020 no CAPSi, tiveram de ser reorganizados e repensados no formato online, pensando qual a melhor plataforma digital atenderia as necessidades das crianças e adolescentes. Para Barros (2009), o atendimento em grupos e oficinas é uma estratégia de promoção de novos cuidados em saúde mental, pois é uma alternativa ao modelo tradicional de tratamento psiquiátrico.

A participação em grupo faz parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário, que deve ser pautado na integralidade e humanização do cuidado, construído junto com o usuário e centrado em todas suas necessidades, sendo flexível e aberto às mudanças que ocorrem ao longo do tempo. Esta composição visa, entre outras finalidades, a troca de experiências e a formação de vínculos, aspectos fundamentais para a ressocialização e reinserção social. O vínculo surge como estratégia para consolidação de uma nova prática de cuidado em saúde mental. Dessa forma, essas tecnologias de cuidado facilitam a construção de autonomia do usuário através de uma corresponsabilização entre os sujeitos envolvidos nessa relação.

Nesse modelo de atendimento em grupo é possível atender um maior número de pessoas ao mesmo tempo, aspecto considerado importante do ponto de vista da viabilidade, no contexto do SUS. Dentre os grupos que aconteceram de forma remota, vou compartilhar a experiência de dois grupos que acompanhei, o Grupo de Práticas Corporais, para os adolescentes e o Grupo de Crianças.

5.1 Grupo de Práticas Corporais

A relação com o corpo na adolescência é subjetivo, carregado de histórias e vivências e como objeto histórico, o corpo é um processo constituído sempre pelo que o rodeia. A forma como é visto, tratado, conceituado, corresponde ao momento histórico-social, então considerá-lo um processo é resultado das transformações de conceitos, da maneira como a sociedade o viu, o tratou e como o vivenciou. Para Favre (2004) o corpo é um continuum- série de acontecimentos sequenciais e ininterruptos- existencial, que se constrói com a experiência: uma corrente de eventos

que afeta a produção de corpos e territórios existenciais, que prossegue em nossas vidas.

Um corpo que é compreendido como autogerativo, auto-organizativo, e autorregulado, captando e produzindo experiência sensorial organizando as respostas a partir de si mesmo, para saber como se comportar e prosseguir formando uma continuidade de si. Para a autora, o mesmo ato de gerar corpo, gera ambiente, não existindo um sem o outro. Dessa forma, este conceito considera que podemos ver a nós mesmos como corpos entrelaçados, como um ambiente articulado a outros ambientes, formando ecologias e tendo como modos de vinculação gestos apropriados ao estágio maturacional no qual cada um se encontra.

O grupo de práticas corporais no CAPSi surgiu da necessidade de pensar e movimentar esse corpo, criando recursos para enfrentar essas questões e propiciar aos adolescentes a experimentação de maneiras próprias de ser e viver, através de uma conexão com o corpo vivo, seus ritmos, sensações e observações.

O trabalho corporal realizado em grupos possibilita uma nova experiência na construção das relações sociais, o que de forma processual vai permitindo novas aproximações e identificações, onde sensações e percepções possam ser reconhecidas, num processo de troca e cooperação entre os participantes que vai se constituindo gradativamente. Nesse âmbito, os participantes vivenciam o estabelecimento de novos vínculos, a partir dos quais há a produção de novos contextos para a ampliação da existência e o estabelecimento de novas redes sociais. O grupo de intervenção torna-se um primeiro lugar de estimulação da troca e participação (FAVRE, 2004).

O grupo foi organizado para estimular a autonomia dos adolescentes, pensando ser um espaço de cuidado constituído por eles e para eles e que em outros espaços de circulação e convivência, os adolescentes já são direcionados, não levando em consideração seus desejos e sua liberdade. Para Sant'Ana (2009) a autonomia, na sua acepção mais ampla, refere-se à capacidade do sujeito de imprimir orientação às suas ações, por si mesmo, e com independência, sendo comum a expressão referir-se ao indivíduo, às instituições e à comunidade.

O primeiro contato em grupo online causou estranhamento entre os adolescentes participantes, eles não se conheciam e ali estavam tendo o primeiro contato. O grupo foi estruturado junto com os adolescentes participantes em três momentos, uma conversa inicial estimulando a fala e compartilhamento de ideias

entre os adolescentes, seguido por alongamento. Posteriormente deixamos o espaço livre e constitui-se o momento da expressão corporal através da música, onde os adolescentes escolhiam as músicas que gostavam de ouvir e cada um dançava e se expressava de forma livre, sem julgamentos e finalizando com relaxamento.

5.1.1 Espelho, espelho meu

Em um dos grupos de práticas corporais que aconteceram presencialmente, foi feita uma dinâmica com os adolescentes. Combinamos com antecedência e pensando nas possibilidades de lugares para o grupo acontecer foi escolhida a quadra do CAPSi, um lugar aberto e sem circulação de pessoas, onde sentamos em círculo, com cuidado e seguindo as recomendações distanciamento entre cada participante.

Inicialmente conversamos para saber como estavam, como tinham passado aquela semana desde o último encontro virtual. Naquele grupo participaram seis adolescentes, entre 13 e 18 anos. A adolescência, de acordo com a OMS, compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos e 11 meses, sendo que para a legislação brasileira são consideradas a idade entre 12 e 18 anos (OLIVEIRA et. al, 2008).

A dinâmica consistia em uma caixa com um espelho dentro, que após algumas orientações foi passada para cada participante do grupo. Há muitas formas de guiar essa dinâmica, com orientações distintas como dizer que há na caixa uma foto de um monstro e de um herói, cujas características devem ser citadas ou que há na caixa a foto de alguém do grupo e que a pessoa que está com a caixa deve dizer as características para que os colegas acertem quem é, entre outras, escolhemos nesta prática dizer que havia na caixa o retrato de alguém muito especial e que ao abrirem a caixa olhassem com carinho e que se sentissem a vontade poderiam compartilhar conosco o que enxergavam.

Após as orientações demos início a atividade e ficamos observando as reações, alguns adolescentes riam, parecendo estar com vergonha, alguns olhavam rapidamente e fechavam a caixa, no entanto quando a caixa chegou até Maria, que ao abrir a caixa e ver o que ali continha, baixou a cabeça e a colocou entre as pernas, permanecendo quieta por um tempo, desencadeando um choro baixo.

Maria, uma adolescente de 15 anos, abrigada há algum tempo, já havia trazido em outro momento de grupo a inquietude com sua imagem corporal, achando seu

corpo feio e fora do “padrão”. De acordo com Corseuil (2009), os descontentamentos dos adolescentes nesta fase são bem visíveis. A valorização da magreza surge como insatisfação e distorção da imagem, principalmente para as meninas, que sofrem mais cobranças sociais. Essa insatisfação pode afetar o seu comportamento alimentar, sua auto-estima, desempenhos psicológicos, físicos e sociais.

Maria permaneceu ali, por algum tempo com a cabeça entre as pernas. Pergunei se ela queria compartilhar com o grupo o que estava sentindo e no primeiro momento disse que não, mas aos poucos começou a falar:

- Não gostei do que vi ali
- O que tu viu na caixa Maria?
- Vi o meu rosto, cabelo desarrumado...
- E como tu se sentiu?
- Triste

Uma outra adolescente que estava participando do grupo, acrescenta

- Eu também não me acho bonita, nem nada, mas aprendi a gostar de mim e aceitar, que a gente se sente triste às vezes, mas depois passa.

Maria recebeu com sorriso nos olhos a fala da colega, passou a mão nos olhos e ajeitou o cabelo.

(...) a interpretação de si mesmo que Maria fez naquele momento me fez pensar na influência da sociedade, mídias, culturas que pesam nos corpos da adolescência, com base em um corpo pré-estabelecido pela mídia e pela sociedade, onde o adolescente está inserido, o que produz vida nos corpos adolescentes? (Diário de campo).

Uma busca por um ideal físico perfeito, imposto e rotulado, sendo quase inatingível, assim rejeitam seus corpos por meio da insatisfação corporal (CONTI et al., 2009). “Reconhecendo” e “re-rotulando” o corpo como um poderoso marcador social contemporâneo com ênfase na compreensão das relações estabelecidas entre cultura, corpo e juventude (DAMICO; MEYER, 2006, pág 2)

Percebe-se uma preocupação dos adolescentes com sua imagem corporal, que pode ser definida como um complexo de elementos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que delimitam subjetivamente como os indivíduos se veem, acham que são vistos e veem os outros (DAMASCENO et al., 2006).

Ao pensar sobre esse momento vivido ali, reflito sobre como somos capturados pela lógica do corpo “sarado” e como na adolescência isso reflete de uma forma mais intensa. Dos corpos massacrados pela sociedade que condena a todo momento. E Maria estava ali, fragilizada por uma sociedade e por uma cultura que a feriu a tal ponto de não consegui enxergar mais a sua beleza.

5.2 Grupo de Crianças

A inserção da criança em um contexto de grupo possibilita que ela seja olhada em suas questões, que não seja o próprio sintoma, desmistificando o diagnóstico empírico que é trazido pelos cuidadores ou por profissionais da saúde. Considero que os sintomas apresentados pelas crianças falam de outras demandas relacionadas a questões do entorno social e dos atravessamentos institucionais que compõem o universo da criança, tais como a família e a escola.

O grupo de crianças nos anos anteriores acontecia presencialmente, no turno da manhã, após o grupo era ofertado almoço para as crianças, depois seguindo para a escola no turno da tarde. Em 2020, por conta da pandemia o grupo teve de ser pensado em outro formato, o virtual. Entramos em contato com os familiares para ter informações de como seria mais viável o acesso ao grupo. Alguns familiares tinham perfil no *Facebook*, mas muitos ficariam sem acesso por não tem perfil nesta rede social digital. Fez-se um levantamento entre os familiares e todos tinham e-mail, optou-se então por o grupo acontecer pela plataforma do *Google Meet*, onde os participantes conseguiam acessar o link do grupo através do e-mail enviado.

O grupo teve início em junho de 2020 com duração em média uma hora, acontecia no turno da manhã, com o intuito de manter a rotina, mesmo que online, do grupo do ano anterior. Participaram dos encontros, em média sete crianças entre 6 a 9 anos que, em sua maior parte, permaneceram até a finalização do grupo em dezembro de 2020, acompanhadas na maioria dos encontros pelas cuidadoras/mães. Além das crianças, o grupo também era composto por uma profissional de referência do serviço (psicóloga), uma residente de saúde mental e uma estagiária de psicologia, que se encarregavam do manejo e registro dos encontros.

O objetivo do grupo visava integrar as crianças participantes com benefício dos efeitos terapêuticos tanto do brincar quanto do grupo, acolhendo o brincar das crianças em sua singularidade. Oferecendo um espaço de escuta para expressão e

simbolização do sofrimento e propiciando o compartilhamento das experiências de vida singulares com o suporte do grupo.

No grupo as crianças podiam experimentar novas posições discursivas, estimulando a autonomia e reiterando sempre que era um espaço de cuidado protegido e sigiloso. Com estímulos a falas e brincadeiras, uma vez por mês ocorria também o dia da culinária, onde escolhem uma receita para fazerem juntos através das telas.

Através das brincadeiras é que a criança aprende e ressignifica o brincar. Brincando a criança cria, expressa desejos, sentimentos, fantasias e emoções, revela e elabora conflitos, vivência e antecipa papéis sociais, se desenvolve cognitivamente. Brincando em grupo, ainda se socializa e pode compartilhar experiências de vida. Benjamin (2002), afirma que o essencial da brincadeira reside na inovação de “fazer de novo”. A criança volta a criar para si todo o fato vivido, começa mais uma vez do início.

5.2.1 O apocalipse

“...o mar está muito agitado, com vento muito forte, tem várias nuvens carregadas de chuva. Daí agora começou a chover muito forte, uma tempestade no mar, com muitos raios e trovões...essa aqui ó, é uma onda gigante...aqui é um meteoro que “ta” caindo na terra e vai causar um apocalipse e tudo vai virar fogo, que nem o coronavírus...” (João, 7 anos).

O trecho acima é a narração de um desenho feito por uma criança de 7 anos participante do grupo de crianças online, que trouxe em seu desenho sua percepção sobre a pandemia. Em um dos grupos, a proposta foi a confecção de um caderno para registros durante os grupos, para expressão livre através dos desenhos ou qualquer anotação que quisessem fazer.

As crianças participantes do grupo naquele dia produziram o caderno e, após a finalização dos cadernos, foi aberto o espaço para que contassem sobre suas obras feitas. Um desenho entre eles, se destacou para mim. Era o desenho de um menino de 7 anos, João, que ao contar sobre seu desenho falava sobre outras questões que latejavam em seu corpo naquele momento. Contava sobre a tempestade no mar que desenhava e que um cometa estava chegando a terra, causando um grande apocalipse, comparando-o com o coronavírus, que João trouxe em outros momentos

ser o causador da tristeza que sentia por ficar longe dos amigos, da escola e da família.

De acordo com Araújo et. al (2008), o desenho é uma forma de comunicação, assim como a linguagem é a verbalização do pensamento e se apresenta como meio de comunicação. Sua importância se reflete não só no produto final, mas também na forma como é construído, possibilitando a identificação de informações. Ao desenhar, a criança define seu próprio universo, um universo simbólico.

João expressou seu sentimento em relação a pandemia em forma de desenho, em outro momento a palavra saudade foi colocada como um borrão em uma folha em branca. Os desenhos refletem com muita sensibilidade o que a criança sente e não apenas o que vê. Falam não só do momento, mas também de todo um contexto social e familiar no qual a criança está inserida, sendo mais fácil em momentos a expressão através dos desenhos do que pelas palavras.

As mães eram quem acompanhavam as crianças majoritariamente durante os grupos, em alguns momentos pedíamos a elas que se afastassem para que as crianças pudessem ter mais privacidade e autonomia em seu momento de grupo. Naquele grupo, após a apresentação dos desenhos, pedimos a elas que se retirassem, elas sem hesitarem saíram de cena, deixando apenas as crianças na tela.

Oferecemos o espaço do grupo para que as crianças compartilhassem o que quisessem, uma outra menina falou que se sentia triste com a pandemia também, pois tinha que ficar em casa, sem poder brincar com os amigos. Acolhemos as falas e compartilhamos nossas angústias com a pandemia também, validando o sofrimento deles, pois validar uma emoção é reconhecê-la como legítima e permitir que ela exista, sem tentar negá-la ou reprimi-la.

O momento de pandemia fragilizou grande parte da população, me arrisco em dizer que quase em sua totalidade, as pessoas manifestaram algum tipo de sintoma frente a inconstância do não saber, do bombardeio de notícias e das ausências que se fizeram e, para as crianças que tiveram as rotinas repentinamente alteradas e rompidas foi confuso e gerador de sofrimentos.

Diante dos compartilhamentos das falas expostas nesse grupo, percebi a importância de ser suporte e de se estabelecer e estreitar os vínculos com as crianças, ainda mais naquele momento em que se apresentavam para mim tão fragilizadas. E então eu estava ali enquanto profissional residente de saúde mental fortalecendo o vínculos, entrando no universo das brincadeiras, ao mesmo tempo que

cuidava da minha criança interna. O pensamento ia longe, voava nas asas da imaginação entre os duelos das fadas, carregando as purezas e levezas, com os dragões cuspidores de fogo, como se quisessem extrair as frustrações, os medos, as inquietudes daqueles pequenos corpos. O mesmo pensamento me puxava para o chão com força e me arrasava na certeza de que eu tinha um “prazo de participação” na vida daquelas crianças enquanto estivesse no CAPSi.

6. Acompanhamento Terapêutico

O surgimento da prática do Acompanhamento Terapêutico (AT) pode ser entendido como parte de um processo inicial de práticas que tinham como pretensão a desconstrução do tratamento psiquiátrico hospitalar e uma reação ao modelo manicomial de asilamento dos loucos. Influenciadas pelas comunidades terapêuticas inglesas e pelo trabalho de Franco Basaglia e seu grupo na Itália, na Argentina, durante os anos de 1960 e 70, surgiram algumas orientações de atividades no campo da saúde mental que buscavam ir além dos domínios dos hospitais psiquiátricos (CHAUÍ-BERLINCK, 2012; ARAUJO, 2006). O AT em geral tem uma incidência muito significativa e que permite uma aproximação muito potente com os usuários que se mostram inacessíveis ou pouco permeáveis às formas tradicionais de tratamento, ou mesmo às propostas de oficinas e outros dispositivos dos serviços substitutivos.

Auxilia o acompanhado a mapear simbolicamente o mundo, a tecer uma rede de relações com lugares e pessoas. O AT atua “... acompanhando o sujeito psicótico em sua circulação social, num esforço de criar marcas, de tecer fios que permitam enlaçá-lo, com sua estrutura psíquica peculiar, ao tecido social.” (Kaspen, 2000, p.20). Mas não apenas isso, o AT produz efeitos notáveis também no processo de formação profissional daqueles que se dispõem a ser acompanhantes.

6.1 “Juca dos bichos”

A experiência de ser acompanhante me deixava receosa, seria minha primeira vivência como AT.

“(...) será que vou conseguir ser efetiva? E se alguma coisa acontecer na rua? Ele é menor de idade...” (Diário de campo)

Desde o dia em que o conheci, Juca sempre falou mais com seu olhar tímido do que com as palavras. Percebi em seu olhar um convite para colocar os corpo no mundo e juntos partimos em direção ao fora, à cidade e suas rotas. Logo no nosso primeiro encontro Juca pediu para que fossemos à Redenção, que já fora “palco” de outros AT’s e que ele tinha um grande apreço, durante o caminho foi me contando sua história, desde quando era pequeno, sobre sua família, escola e amigos, falava de marcas profundas que pediam ajuda.

Nos encontros que se seguiram, Juca contava sobre seus bichos e sobre a história do resgate de cada um. “Juca dos bichos”, como era conhecido no CAPSi, por ter vários animais nos fundos de casa, galinhas, galos, gatos e cachorros. Cada um com uma história que Juca adorava contar, muitos deles foram resgatados e salvos por ele. Contava também sobre seus medos e outras histórias de vida. Nesses momentos me habitava algo intimidador, o *não-saber*. Tão exposta quanto ele acompanhado por mim, segui. Sem saber muito o que fazer, tampouco aonde ir, o que restava era improvisar. Dos encontros que se sucederam, foi possível encontrar outras trajetórias e avistar potência.

Em um de nossos encontros, Juca tinha uma itinerância traçada que já havia me avisado nos encontros anteriores, de seu desejo de ir até esse local. As segundas feiras pela manhã já tinham cara de AT. Juca vinha até o CAPSi sozinho, com bastante autonomia em sua trajetória, o que me deixava extasiada. O objetivo daquele encontro era ir até o centro da cidade em uma agropecuária. O horário combinado era às 10:30, mas como de costume Juca chegava antes do horário, se deslocando por uma hora, de ônibus, de sua residência até o CAPSi.

Desci as escadas e encontrei ele sentado no banco, vestindo sua calça jeans, tênis e com a máscara do Coringa, que dizia ser a sua favorita.

Ao saímos do CAPSi ele pergunta:

- Tu sabe onde fica a agropecuária do centro?
- Não sei, onde fica. Qual a rua?
- A rua eu não sei o nome, mas sei chegar até lá
- Então tá bom! E o que vamos ver lá? Estou bem animada para conhecer
- Eu quero ver se tem pato lá, daí eu vou comprar um.

Juca queria comprar um pato, eu fiquei surpresa, afinal não é todo dia que eu vejo um pato ou alguém comprando um. Ao mesmo tempo me invade uma alegria imensa de ver aquele garoto, moleque brincalhão, bem maior que eu, com essa sede de vida e de liberdade. Será que Juca já se deu conta de tudo que ele pode e é capaz de fazer? (Diário de campo).

Durante o caminho fomos conversando e Juca me contando sobre o seu final de semana, que passou com dois amigos e uma amiga, essa amiga em especial, Juca confessou ter sentimentos além da amizade com ela, mas que ela não teria validado seu sentimento, deixando-o triste. Juca queria falar sobre sua vida amorosa e os sentimentos que quase não fala, que era importante para ele, mas preferiu deixar para outro encontro e eu não insisti.

Chegamos na agropecuária, Juca deslumbrado com tudo que via, como se fosse a primeira vez, ali para mim se concretizou o afeto pelos animais dito em palavras por ele. Percorreu os olhos atentos, gaiola por gaiola até parar em uma. Lá estava o foco do nosso trajeto aquele dia: os filhotes de pato.

Juca começou a contar ali mesmo, seus planos com o patinho. Iria fazer um lago improvisado em um tonel para que ele conseguisse nadar, compraria ração e onde o filhote iria ficar. Juca naquele dia estava muito feliz, como nunca o tinha visto antes. Apesar de ter a quantia para efetivar a compra, preferiu deixar para outro dia, para dar tempo de organizar o espaço em seu quintal para recebe-lo. Saímos da agropecuária, eu atenta as movimentações de Juca e ainda sem entender muito bem o que tinha acontecido ali e ele contente de ter encontrado o que foi procurar.

O AT despreendeu Juca de suas próprias amarras, apresentou-lhe outros espaços, outras formas de estar no mundo: para além do serviço de saúde, a escola, o ônibus, a rua. A partir daí que outras possibilidades de estar no mundo e fazer rede foram-se apresentando também: as meninas, as paixões, as amizades. Juca queria ser olhado, escutado, cuidado, queria deixar de ser o menino que toma medicação e se lançar na vida.

O AT, portanto é feito dos acontecimentos que emergem da interação com os espaços e tempos da cidade, numa sucessão de acasos-acontecimentos que podemos tomar – em paralelo com a regra psicanalítica da associação livre – como regra fundamental dessa clínica em movimento (CABRAL, 2005).

7. Considerações Finais

A vida online amplificada pela pandemia reduziu e modificou a forma como nos encontramos e pensamos enquanto sujeitos que trabalham com saúde mental. Como um paradoxo contemporâneo, as aproximações são possíveis com distanciamento. Precisamos pensar em formas de estar junto flertando com a ausência de corpo. Ser e estar residente durante esse ano atípico movimentou muitas coisas aqui dentro e resinificou outras tantas. O modo como ser e estar nos espaços, das pessoas queridas que cruzaram meu caminho entre usuários/as, trabalhadores/as e colegas.

As vivências relatadas aqui neste trabalho são um recorte de outras tantas que ficaram em segundo plano, para serem compartilhadas em outro momento. A participação e organização dos grupos foi uma experiência significativa principalmente por suas potências em oferecer solo fértil para expressão de diferentes viveres e sentires. Espaços de acolhimento e cuidado de si através da convivência com outros, espaço para singularizar-se através da troca sensível entre os participantes.

Muitas vezes a angústia, o medo e as frustrações se fizeram presentes, sobre os processos de trabalho, modelos relacionais e acolhimentos entre os pares. Das sensações de perda e das ausências que se fizeram.

A vivência de ser e fazer AT, compartilhar e (re) descobrir uma cidade que eu achava que até então conhecia, apresentando outras formas de estar e compor os espaços públicos, dentro e fora das paredes de um CAPSi. Sentir meu corpo pulsar e ser potência, afetando e me deixando afetar.

Um corpo potente é por um corpo que pode afetar e ser afetado, compor alegrias, compor a luta pela vida. Ao corpo que se afeta e sabe afetar, ao corpo que experimenta e vive o querer-se, ao corpo que pode afirmar sua diversidade e o prazer de singularizar-se (Ceccim et.al, 2017).

REFERÊNCIAS

Araújo, Cláudia Campos Machado; Lacerda, Cristina Broglia Feitosa de (2008). Examinando o desenho infantil como recurso terapêutico para o desenvolvimento de linguagem de crianças surdas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 13 (2) 186-12.

BARROS, R. B. B. Subjetividades contemporâneas, dispositivo grupal e saúde mental. In: CARVALHO, S. R. *et al* (org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: HUCITEC, 2009.

BENJAMIN, W. Reflexões sobre a criança, o brinquedo e a educação. Tradução de Marcus V. Mazzari. São Paulo: Editora 34, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília, 2005. p. 31-36

BRASIL. Ministério da Saúde. Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Como se envolver. Brasília – DF: 2016. Acesso em 29/01/2021 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_us_envolver.pdf

CASTRO, L. R. A Infância e seus Destinos no Contemporâneo. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.8, nº 11, pp. 47-85, jun. 2002.

Center for Disease Control and Prevention. Mental health and coping during COVID19. Atlanta: CDC; 2020

CHAUÍ-BERLINCK, L. Novos andarilhos do bem: caminhos do Acompanhamento Terapêutico. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

CONTI, M. A. et al. A insatisfação corporal de jovens: um estudo exploratório. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 509-528, 2009

COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

COUTO, M. C. V. Novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira: necessidade da construção de uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Caderno de Textos III. Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001. p. 121-130.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 4, n. 30, p. 390-398, 2008.

DAMASCENO, V. O. et al. Imagem corporal e corpo ideal. *Revista brasileira de ciência e movimento*, Brasília, v. 14, n. 2, p. 81-94, 2006

Damico, J. & Meyer, D. (2006). O corpo como marcador social: Saúde, beleza e valorização de cuidados corporais de jovens mulheres. *Revista Brasileira de ciências do esporte*, 27(3), 103-118.

DRAGO R , Miller K. Doente no trabalho: funcionários infectados no local de trabalho durante a pandemia de H1N1 . *Política da Mulher Res* . 2010.

FAVRE, R. Viver, pensar e trabalhar o corpo como um processo de existencialização contínua. *Revista Reichiana do Sedes Sapientae*, n. 13, p. 75-84, 2004

FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19:Crianças na Pandemia COVID-19. Fiocruz, 2020.

Ministério da Saúde. O SUS de A Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: DF, 2009^a

Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3): 306-11

Paulon SM, Carnero MLF. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. *Interface comunicação, saúde e educação*. v.13, supl.1, p.747-57, 2009.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da Colônia à República Velha. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

SANT'ANA, Ruth Bernardes de. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2009, vol.25, n.4, pp.467-477.

SILVA, E.; BRAGA, J., VENTURINI, M.. Inês de Castro: da crônica ao mito pela poética da ausência. *Interfaces*, v.8, ed. especial, p. 69- 79, 2017.

VASCONCELOS, Eduardo M. Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência. Campinas, Tempo Social: 2016.

World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 março de 2020. Acesso em: 29/01/2021. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>