



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE BIOLOGIA E QUÍMICA  
LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**RAMANA FLÁVIA DOS SANTOS BARROS**

**ATUAÇÃO DAS PEDAGOGAS DO CAPS: Um estudo nas cidades do Curimataú  
Paraibano**

Cuité, Paraíba

2018

RAMANA FLÁVIA DOS SANTOS BARROS

**ATUAÇÃO DAS PEDAGOGAS DO CAPS: Um estudo nas cidades do Curimataú  
Paraibano**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à graduação de licenciatura em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de licenciada.

Orientadora  
**Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Deborah Dornellas Ramos**

Cuité, Paraíba

2018

B277a      Barros, Ramana Flávia dos Santos.  
A atuação das pedagogas do CAPS: um estudo nas cidades do  
Curimataú paraibano / Ramana Flávia dos Santos Barros. – Cuité, 2018.  
52 f. : il. color.

Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) – Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2018.  
"Orientação: Profa. Dra. Deborah Dornellas Ramos".  
Referências.

1. Saúde Mental. 2. Educação Especial. 3. Saúde da Família –  
Práticas Pedagógicas. I. Ramos, Deborah Dornellas. II. Título.

CDU 613.86:37(043)

RAMANA FLÁVIA DOS SANTOS BARROS

**ATUAÇÃO DAS PEDAGOGAS DO CAPS: Um estudo nas cidades do Curimataú  
Paraibano**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à graduação de licenciatura em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de licenciada.

Apresentado em \_\_/\_\_/ de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Deborah Dornellas Ramos**

Orientadora – UFCG

---

**Prof. Dr. Márcio Frazão Chaves**

Banca Examinadora – UFCG

---

**Profa. Dra. Izayana Pereira Feitosa**

Banca Examinadora – UFCG/CES/UAS

Cuité, Paraíba

2018

## **AGRADECIMENTOS**

Sou muito grata a Deus por todas as coisas!

Ao meu avô Edmundo, por ter vendido o violão e ter feito meu enxoval, por ter aceitado uma filha solteira e ter amado a sua neta como um pai faria, por todas as historias contadas e das vezes em que chovia e ficávamos olhando a chuva chegar no açude em frente de casa, por me ensinar a plantar... por amar e acreditar em mim.

À minha querida avó, por me colocar pra dormir e por todas as manhãs fazer trança no meu cabelo (risos) era tanto óleo de coco... obrigada por ser minha outra metade, me ensinar a plantar flores e ser sinônimo de amor, carinho e compreensão, este trabalho é pra senhora, eu sempre vou te amar, sempre.

À minha mãe, por todo o amor, por ter me criado e me incentivado a estudar, a ser mais humana a ter o amor, respeito, simplicidade, dignidade e força para vencer todas as coisas, pelas noites mal dormidas enquanto cuidava de minha saúde por conta dos estresses e preocupações do curso, pelas inúmeras vezes que me apoiou e me disse pra não desistir, por falar pra todos que eu estava no superior e que tinha orgulho, por me aguentar e resistir comigo a inúmeras batalhas. A senhora é sinônimo de força, coragem e amor. Obrigada por toda as orações e promessas feitas. Eu te amo. Aos movimentos feministas que foram e estão sendo de suma importância não só para a presente pesquisa realizada mas também para meu redescobrimto, enquanto mulher cidadã, e amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico quanto a minha respectiva função política e social na transformação da realidade brasileira nordestina paraibana, à qual estou inserida.

Ao meu irmão, por ter cuidado de mim e segundo ele mesmo, por ser o mais bonito da família (risos), por ter me livrado de tantas coisas e ter sido forte. Obrigada por tudo, meu confidente querido.

A minha querida orientadora Deborah, por ter me escutado e conseguido interpretar o que eu falava. Obrigada por tudo!

Aos meu antigos professores do ensino regular, vocês foram muito importantes nesta caminhada, eu também não estaria aqui se não fosse vocês. Em especial a professora “Neuzinha” por me deixar ficar na biblioteca por tanto tempo, naquela pequena escola na zona rural e por acreditar em mim e me deixar ler chapeuzinho amarelo pra quarta serie(risos). À sua irmã Didi que sempre dava pirulito ao meu irmão e a mim e cuidava pra que nós ficássemos bem.

Ao meu Tio Eduardo, que sempre me falava pra estudar e me ensinou a jogar dama... O senhor partiu muito cedo, não pode vê meu ingresso na UFCG, mas sempre será lembrado.

Aos meus amigos de curso, Amanda, Gleisemere, Lucivania, Jhonatas, obrigada por me acompanharam nesta jornada, pelas risadas, choro e brigas, as viagens feitas, os professores carrascos, as notas derrotadas (risos) as notas boas, obrigada por tudo, tenho certeza que cada um de vocês foi crucial.

Ao meu amigo Junior Buriti, por todas as risadas, amizade e cumplicidade, os inúmeros gestos de carinho e loucuras naqueles CES (risos), serei eternamente grata.

Aos meus amigos Renata, Diego, Eric, Patrício, Joyce e Igor por todo apoio e encorajamento ao longo deste curso, pelas inúmeras vezes em que me apoiaram e debochamos de algo juntos, com toda certeza as copas passadas e olimpíadas são marcos em nossas vidas.

À professora Thayana Macedo pelo carinho, compreensão e sabedoria repassados, toda minha gratidão.

Aos meus pais espirituais de EJC, Nilene e Arinaldo por todo carinho, compreensão, apoio e incentivo todo meu afeto e gratidão, obrigada.

A todos os professores pelos quais passei em toda minha vida, meu muito obrigada!

A todos aqueles que passaram na minha vida e acabaram contribuindo de alguma forma para o meu crescimento, que torcem pelo meu sucesso e minha felicidade.

Ao presidente Luís Inácio Lula da Silva, por essa instituição e criação de vários auxílios que me fizeram chegar aqui, ter uma formação superior e ser a primeira da família a ter uma graduação. Obrigada, querido presidente!

**MUITO OBRIGADA A TODOS DE CORAÇÃO!**

## RESUMO

Quando se considera o âmbito de atuação do pedagogo, pensa-se, imediatamente, nas suas possibilidades de trabalho no contexto escolar. Contudo, existem outras esferas de atuação menos conhecidas, nas quais esses profissionais também podem trabalhar e contribuir. Logo, esse trabalho buscou conhecer como as pedagogas podem atuar nos CAPS, que consistem em espaços nos quais, por lei, essas profissionais devem estar inseridas, trabalhando em uma perspectiva diferente daquela que se vê nas escolas, que consistem em espaços nos quais a sua figura já é associada um determinado perfil de atuação. O objetivo do estudo, portanto, foi compreender as possibilidades de atuação do pedagogo nos CAPS dos municípios do Curimataú paraibano. Metodologicamente, partiu-se de uma perspectiva de pesquisa qualitativa, que compreendeu a realização de visitas aos CAPS dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa e Picuí, além de entrevistas semiestruturadas com as pedagogas que atuavam nos mesmos. A partir da análise do conteúdo das entrevistas, verificou-se que, muito da atuação dessas profissionais nos CAPS envolve o uso de práticas e atividades pedagógicas - tais como: a leitura e letramento, alfabetização, musicoterapia e as oficinas pedagógicas, por exemplo - que visam a promoção do desenvolvimento de habilidades globais entre os usuários. As profissionais ressaltaram ainda a importância da participação dos pacientes nessas atividades e a repercussão disso na sua recuperação, assim como a atuação da equipe em uma perspectiva multiprofissional na reinserção social dos usuários do CAPS e das suas famílias, contribuindo, por fim, para uma vida digna e autônoma para os mesmos.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde mental. Práticas pedagógicas.



## **ABSTRACT**

When considering the scope of action of the pedagogue, it is immediately thought of their possibilities of work in the school context. However, there are other, less well known, spheres of action in which these professionals can also work and contribute. Therefore, this work sought to know how the pedagogue can act in the CAPS, which consist of spaces in which, by law, these professionals must be inserted, working in a perspective different from that seen in schools, which consist of spaces in which his figure is already associated with a certain profile of performance. The objective of the study, therefore, was to understand the possibilities of the pedagogue in the CAPS of the municipalities of Curimataú Paraíba. Methodologically, it was based on a qualitative research perspective, which included visits to the CAPS of the municipalities of Cuité, Barra de Santa Rosa and Picuí, as well as semi-structured interviews with the pedagogues who worked on them. From the analysis of interview content, it was verified that much of the work of these professionals in the CAPS involves the use of pedagogical practices and activities - such as reading and literacy, music therapy and pedagogical workshops, for example - that aim to promote the development of global skills among users. The professionals also emphasized the importance of the participation of patients in these activities and the repercussion of this in their recovery, as well as the team's performance in a multiprofessional perspective in the social reintegration of users of the CAPS and their families, contributing, finally, to a life dignified and autonomous for them.

**Keywords:** Education. Mental health. Pedagogical practices.

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
1.1 OBJETIVOS .....	5
1.1.1 Objetivo Geral: .....	5
1.1.2 Objetivos Específicos:.....	5
<b>2 CONTEXTO HISTORICO DOS CAPS NO BRASIL: UMA BREVE ANALISE     SOBRE A REFORMA PSQUIATRICA NO PAIS.....</b>	<b>6</b>
<b>3 CAPS: O QUE SÃO QUEM ATENDEM.....</b>	<b>11</b>
<b>4 ATUAÇÃO DO PEDAGOGO NO CAPS: O PEDAGOGO E O SEU PAPEL NO     CAPS .....</b>	<b>14</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>18</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO:.....	18
5.2 LOCAL DE ESTUDO .....	18
5.3 PARTICIPANTES.....	19
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	19
5.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	19
5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	19
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
6.1 CATEGORIA I: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E MATERIAIS .....	22
6.2 CATEGORIA II: AUTOPERCEPÇÃO DO PEDAGOGO E DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	27
6.3 CATEGORIA III: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAPS.....	30
6.4 CATEGORIA IV:CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DA RELAÇÃO COM OS MESMOS .....	33
6.5 CATEGORIA V: PRECONCEITO.....	35
6.6 CATEGORIA VI: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CAPS...	37
6.7CATEGORIA VII: CONTRIBUIÇÕES DOS CAPS PARA A VIDA DOS USUÁRIOS.....	38
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>47</b>

## LISTA DE SIGLAS

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1 –Aspectos Gerais das Entrevistadas.....	22
--	----

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental pode ser definida como ausência de distúrbio psíquico ou comportamental; ou seja, um estado de bem-estar psíquico em que o indivíduo alcançou integração satisfatória de suas tendências instintivas aceitáveis, tanto para si como para seu meio social. Os termos, transtorno mental ou sofrimento mental, apontam a existência de um conjunto de sintomas psíquicos ou de alterações no comportamento, que em geral estão associados a sofrimento psicológico e prejuízos no desempenho social e ocupacional da pessoa (SANT'ANA, 2007).

Os CAPS consistem em centros destinados à ajuda e reabilitação dessas pessoas que sofrem de problemas psíquicos. Hoje no Brasil, o trabalho realizado pelos CAPS é de fundamental importância e esses contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos seus usuários. Contudo, para a implantação desses centros de atenção psicossocial e seus serviços, muito foi preciso ser feito e várias reformas aconteceram para se chegar até esses modelos.

Muitos são os profissionais que atuam nestes centros e fazem uso das suas habilidades e capacitações para ajudar e inserir o paciente na sociedade. Dentre estes profissionais, destaca-se o pedagogo, um profissional da educação por muitas vezes visto apenas em sala de aula, mas que por lei pode trabalhar nestes locais também.

O interesse pela temática surgiu pela curiosidade em saber de que modo um pedagogo pode atuar nos CAPS e ajudar na reabilitação dos pacientes, além de conhecer como os CAPS surgiram e de que modo as suas práticas impactaram a saúde mental, já que os relatos sobre os manicômios são por muitas vezes devastadores. Além disso, existe um interesse de ordem pessoal relacionado à minha realidade familiar, visto que, na juventude, minha avó foi internada em um manicômio e não teve direito a educação durante esse período.

Assim, meu trabalho tem como objetivo geral analisar as possibilidades de atuação das pedagogas nos CAPS, considerando o que está previsto na portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e o exercício dessas profissionais nos municípios do Curimataú paraibano. Tendo, especificamente, os objetivos de compreender a

atuação das pedagogas nos CAPS, a partir do que se prevê na literatura e nos marcos legais e conhecer como vem sendo exercidas as práticas pedagógicas pelas profissionais que atuam nos CAPS dos municípios de Cuité, Barra de Santa Rosa e Picuí.

Portanto, espera-se que este trabalho possa contribuir para varias reflexões tanto no âmbito da saúde, onde fica evidenciada a importância dos CAPS, como também o papel fundamental exercido pelo pedagogo nestes locais, ampliando cada vez mais o olhar sobre as contribuições da educação e as possibilidades de atuação dos seus profissionais.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral:**

Analisar as possibilidades de atuação das pedagogas nos CAPS, considerando o que está previsto na portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, e o exercício dessas profissionais nos municípios do Curimataú paraibano.

### **1.1.2 Objetivos Específicos:**

- Compreender a atuação das pedagogas nos CAPS, a partir do que é falado nas entrevistas.
- Conhecer como vem sendo exercidas as práticas pedagógicas pelas profissionais que atuam nos CAPS dos municípios do Curimataú paraibano.

## **1 CONTEXTO HISTORICO DOS CAPS NO BRASIL: UMA BREVE ANALISE SOBRE A REFORMA PSQUIATRICA NO PAIS**

A reforma psiquiátrica é um movimento histórico de caráter político, social e econômico, tendo suas raízes nos Estados Unidos e na Itália com objetivo de substituir os aparatos manicomiais pelos serviços comunitários. Ficando clara a importância da mudança de conceito e atitude culturalmente empregada em relação à doença mental, para que, dessa forma, a assistência fosse baseada na cidadania, ética, humanização e, além disso voltada para a integralidade do cuidado, de tal modo que possibilitasse às famílias o entendimento que o tratamento do doente mental era possível e aceitável fora dos hospitais psiquiátricos (VILLELA, 2004).

No Brasil, a psiquiatria apresentou quatros períodos em sua história. O primeiro período foi de (1500-1817), e se caracteriza pela recente descoberta do Brasil, “onde a loucura não era considerada uma doença”. O segundo período, de (1817-1852), foi representado pela vinda da família real para o Brasil, e neste a loucura passa a ser percebida e a receber tratamento. O terceiro período é marcado pela significativa mudança no tratamento aos doentes mentais, onde estes passam a ser recolhidos dos espaços públicos e iam para um lugar restrito, destinado a eles, o hospício. Ocorre nessa época também “a criação de vários asilos e a Assistência Médica Legal aos Alienados” em 1890. O quarto período se inicia em 1890 e vai até 1941. É caracterizado pela formação de novas instituições que faziam a função de retirar “os loucos” das ruas e de encontrar métodos na tentativa de curá-los (COSTA, 2005, p.28).

A reforma Psiquiátrica Brasileira foi influenciada pelos movimentos de contestação vindos da Europa, principalmente da Itália, que já ocorriam desde a década de 1940. É, sobretudo, nas experiências da tradição basagliana e na antipsiquiatria que a Reforma Brasileira se apoia (AMARANTE, 1995).

Nos anos 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica. Instalou-se um processo histórico de formulação crítica e prática com o objetivo de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar, julgando inadmissíveis a exclusão, a cronificação e a violência do modelo hospitalocêntrico. O setor previdenciário apresentava-se em crise financeira devida aos gastos com



contratação de hospitais privados, auxílio-doença e aposentadorias decorrentes de distúrbios psiquiátricos (Giordano Junior, 1989). Esse processo de transformações é, entretanto, fruto de lutas no campo da Atenção em Saúde Mental que se iniciam ainda na década anterior (Costa-Rosa, 1987).

Segundo Brasil (2005), O movimento sanitário se fundou no fim dos anos de 1970:

Na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2005, p. 6).

A loucura, assim como a forma de silenciá-la, sempre existiu ao longo dos tempos. O poder das instituições visava garantir o isolamento e a exclusão daqueles que perdiam a razão, perturbavam a ordem do espaço social e a honra das suas famílias. O silêncio só era rompido, dentro dos muros destas instituições, com os gritos de tortura, dor, humilhação e com as mais diversas barbáries a que estas pessoas eram submetidas (FOUCAULT, 1997).

Os manicômios não eram apenas destinados a pessoas com problemas psíquicos, mas havia se tornado locais de exclusão, para os diferentes e muitas minorias. Amarante (1995, p.23) considera que este espaço tornou-se o maior e mais violento espaço de exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades. Para o Dr. Godoy (1955, p. 155-156), estes ambientes “eram mãe de todos, pois não somente acolhe doentes mentais de toda a espécie, como doentes que não são doentes mentais e mesmo pessoas que não são nem mesmo doentes. Serve inclusive como asilo de velhos, inválidos, indigentes”.

Tenório (2001) faz a seguinte afirmação, acerca da lógica manicomial:

A lógica manicomial estende sua exclusão a pertencimentos sociais diversos, resultando, por exemplo, na não inserção no mercado de trabalho e no retraimento da sociabilidade. Estende-se também ao direito da cidadania, uma vez que esta se encontra vinculada à razão, algo do qual o louco seria destituído – o que atestam as ideias de incapacidade civil e inimputabilidade penal (TENÓRIO, 2001, p.124).

A nossa sociedade não sabe conviver com as diferenças e a maneira que encontra de lidar é de excluí-los. Condição na qual, esta sociedade contemporânea se não se compromete com o que é dela, que faz parte dela. É necessário, então,

mudar consideravelmente o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças, mas respeitar as diferenças e, assim, garantir a heterogeneidade e a cidadania na sociedade. É importante destacar que não é a proteção dos excluídos que se propõe, mas sim as relações de troca que possam respeitar as diversidades e diferenças, possibilitando a transformação social legítima das relações (ENCONTRO, 1993).

Bezerra Júnior (1994) destaca o principal desafio da reforma psiquiátrica, ao afirmar que:

O verdadeiro desafio da reforma psiquiátrica não é a ingênua (e politicamente perigosa) utopia de um mundo de homens 'mentalmente saudáveis'. Sempre haverá aqueles para quem a vida é mais difícil, o sofrimento mais penoso, e a necessidade de ajuda mais constante. O alvo da reforma é curar instituições, práticas e conceitos que nos permitam lidar com essas pessoas sem descrevê-las negativamente; que possibilitem o exercício da solidariedade sem o recurso à piedade (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p. 187).

Muitos dos pacientes que estavam naqueles locais não possuíam problemas psicológicos, muitas vezes eram diferentes daquilo que a sociedade planejava. Como forma de calar estas pessoas, elas eram enviadas para estes locais, dos quais dificilmente saíam. Os manicômios serviam de porta de saída para aquilo que a sociedade não queria ter.

Forjada em um processo que vai além da idéia de libertar o sujeito, que se encontrava em permanente internação, a Reforma promove uma mudança na antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico, pois o objeto da atenção psiquiátrica deixa de ser a doença para se voltar ao sujeito inserido no contexto social, ambiente em que a proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda sua complexidade (AMARANTE, 1995).

Segundo Brasil (2004), com relação ao CAPS em nosso contexto, emergido na década de 1980:

O primeiro CAPS do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental, responsável pela assistência psiquiátrica extra-hospitalar) da Secretaria Estadual de Saúde. Este local foi transformado em um serviço que se propunha a evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental,

dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período (BRASIL, 2004).

As atuações do CAPS no Brasil datam do ano de 1986, onde foi criada a primeira instituição. Em 2001, a lei 10.216/02 foi aprovada a lei da reforma psiquiátrica, que substituíam gradativamente os modelos “hospitalocêntricos”. A reforma psiquiátrica passou por uma sequência de fases para se conseguir chegar a uma que atendesse as prioridades e suprisse as muitas necessidades que os manicômios não atendiam.

A reforma psiquiátrica no Brasil se destaca principalmente pelos possíveis fins e substituição desses manicômios, onde as pessoas eram aprisionadas. Os excluídos da sociedade, os que eram diferentes, dentre isso várias pessoas eram banidas sem terem problemas mentais, mas apenas por serem diferentes e não se encaixarem no padrão de uma sociedade. Tidos como indivíduos perigosos e sem razão, desta forma o isolamento era visto como uma saída. Afastados de suas famílias e de onde viviam, eram impostos a várias situações, mas com a possibilidade de ambientes que deixassem o indivíduo familiarizado com o espaço em que eles estavam, e a proximidade de seus familiares, caracterizavam um novo esboço do que deveria ser o modelo de assistência psicossocial no Brasil. Os CAPS davam novos ares e se distinguiam dos modelos hospitalocêntricos cheios de opressão.

E grande parte da diferenciação dos modelos manicomial para os CAPS, são as suas atuações, que partem desde atividades terapêuticas, educacionais, culturais, tratamentos medicamentosos etc.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2004), toda atividade desenvolvida no CAPS tem de ser realizada em um “meio terapêutico”, ou seja, tanto as sessões individuais ou em grupos como também o convívio no serviço têm por objetivo e finalidade terapêutica. Pode-se ressaltar que isso é obtido por meio da construção permanente de uma espécie de ambiente facilitador, acolhedor e estruturado, que abrange várias modalidades de tratamento.

Cada usuário de CAPS precisa ter um projeto terapêutico individual, isto é, um determinado conjunto de atendimentos que possa respeitar a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e, assim, proponha atividades, trabalhos e exercícios durante a permanência

diária no serviço, a partir de suas respectivas necessidades. Dependendo do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer ações, conforme as determinações da Portaria GM 336/02, que visam a melhor estadia do paciente, uma recuperação que leve este usuário do CAPS a ser inserido de novo na sociedade com a sua família, tornando-o um ser ativo, capaz de realizar as atividades que lhe são cabíveis. O preconceito de que o indivíduo é incapaz de realizar suas tarefas e de ter discernimento vai se esvaindo, por isso que é importante, não só o apoio da família, mas de outros profissionais que auxiliem na reabilitação destas pessoas, como indivíduos, valorizando os direitos humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Diante de um ambiente onde quem sofre de problemas psíquicos por muitas vezes é visto de forma ruim ou negativa, onde a sociedade enxerga as pessoas que possuem problemas mentais de uma forma preconceituosa e muitas vezes acabam oprimindo o indivíduo, o tornando um ser não apenas visado como louco, mas também execrado pela sociedade que ainda não compreende este ser, os centros de atenção psicossociais tem sido bastante importantes e relevantes em suas atuações. Localizados nas suas cidades, em bairro próximo ao paciente atuando de “portas abertas” tornando-se acolhedor, vão além do espaço do próprio serviço.

## 2 CAPS: O QUE SÃO QUEM ATENDEM

Os CAPS são constituídos por uma estrutura alinhada aos princípios que norteiam os demais serviços de saúde pertencentes ao SUS (Sistema Único de Saúde): compõem-se de uma instituição própria, inserida na gestão pública, buscando garantir acesso, integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo diariamente, em alguns casos diuturnamente, uma clientela constituída de pessoas com transtorno mental grave, familiares, e por uma equipe multiprofissional (CAMPOS E FURTADO, 2006).

Onocko-Campos e Furtado (2006) observam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Ainda apontam que, com as características de um atendimento que deve romper com o modelo de atenção manicomial, é importante que se constitua um serviço alinhado aos princípios do SUS, promovendo uma clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde particularmente complexos.

Os CAPS têm emergido, como a principal estratégia para transformação do modelo asilar de assistência à saúde mental, e para a garantia de direitos aos usuários, já que tem se constituído na rede como, segundo Tavares e Sousa (2009):

Um serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais (TAVARES; SOUSA, 2009, p. 254).

São serviços substitutivos implementados a partir da transformação da assistência psiquiátrica no Brasil e constituem-se como serviços estratégico para a implementação da reforma psiquiátrica. O novo enfoque não busca meramente modernizar as tecnologias de atenção psiquiátrica e difundi-las, mas busca “redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos. Não se trata de secundarizar a questão técnica, assistencial, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação” (BEZERRA JÚNIOR, 1994, p.181).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem por finalidade oferecer às pessoas portadoras de sofrimento psíquico, segundo Salvalagio e Fernandes (2014):

Um tratamento que alia o acompanhamento clínico e os cuidados de reinserção social de seus usuários por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, pelo exercício dos direitos civis, bem como pela construção ou reconstrução dos laços comunitários e familiares (SALVALAGIO; FERNANDES, 2014, p. 5).

O CAPS esta sendo um serviço destinado à Reabilitação Psicossocial. Preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, suas tradições e cultura e sua vida quotidiana. Acolhendo as necessidades vividas dentro da sociedade em que o paciente vive. Atuando com os pacientes através métodos terapêuticos, tarefas comunitárias atividades de lazer, projetos culturais de suporte e orientação para a família do usuário trazendo o fortalecimento dos vínculos familiares, ajudando na recuperação do paciente, atividades destinadas à autonomia do paciente para evitar a internação em hospitais psiquiátricos. Tudo pensado e articulado para que o usuário seja inserido e não retorne para hospitais psiquiátricos. Nessa perspectiva, o Centro de Atenção Psicossocial é proposto como “um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade” (ROCHA, 2005, p. 352).

Caracterizados como serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico tradicional, os CAPS atualmente podem ser classificados em I, II, III, ad (álcool e drogas) e i (infantil), conforme abrangência da população atendida e horário de funcionamento. Contemplam como objetivo fundamental o atendimento à crise em saúde mental e devem estar articulados à rede de serviços de saúde e a outras redes sociais de setores afins, para que se possa fazer frente à complexidade das demandas de inclusão (BRASIL, 2004).

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. b) CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. c) CAPSi: CAPS para infância e adolescência, destinado atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. d) CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos

decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

### **3 ATUAÇÃO DO PEDAGOGO NO CAPS: O PEDAGOGO E O SEU PAPEL NO CAPS**

O pedagogo vem conquistando espaços muito além do contexto escolar. São realidades fora da escola, onde os mesmos aliam saberes e práticas, quebrando barreiras existentes na sociedade. “O pedagogo é o profissional que, a cada dia mais, se enquadra para exercer essa função do conhecimento, ocorrendo em muitos lugares, institucionais ou não, sob várias modalidades” (LIBÂNEO, 2004, p.26).

Considerando que as práticas socioeducativas, por parte de profissionais de educação, podem acontecer em lugares e espaços diversos, Libâneo e Pimenta (2002) afirmam que:

Todo educador sabe, hoje, que as práticas educativas ocorrem em muitos lugares, em muitas instâncias formais, não-formais, informais. Elas acontecem nas famílias, nos locais de trabalho, na cidade e na rua, nos meios de comunicação e, também, nas escolas. Não é possível mais afirmar que o trabalho pedagógico se reduz ao trabalho docente nas escolas. [...] A Pedagogia é mais ampla que a docência, educação abrange outras instâncias além da sala de aula, profissional da educação é uma expressão mais ampla que profissional da docência, sem pretender com isso diminuir a importância da docência (LIBÂNEO; PIMENTA, 2002, p. 29).

E é através deste profissional que o processo de aprendizagem e conhecimento, também pode ser conferido aos pacientes dos CAPS de diversas formas. Este é mais um espaço de atuação dos pedagogos. E nos centros de atenção psicossociais não é diferente. A portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, confere a atuação dos pedagogos nos do CAPS do Brasil.

A importância desses profissionais em espaços como os CAPS, é de extrema relevância. Neste contexto de integração as ações do pedagogo desprende-se da situação apenas filosófica e histórica e passa a ter o sentido humano, que o encoraja a trabalhar com diversos públicos que são atendidos nestas instituições. Lidando não apenas com pacientes que possuem problemas e transtornos mentais, mas com seres humanos que não sabem ler ou escrever, pacientes que já obtiveram êxito na educação e tiveram doenças psíquicas e que estão na tentativa de se integrar ao meio social e possivelmente ao educacional. A visão de pedagogo aliada ao conhecimento sobre o paciente será essencial para desenvolver práticas e atividades que ajude na sua reintegração nos vários espaços.



O pedagogo é aquele que, a partir de um diagnóstico, identifica necessidades e falhas no processo de ensino-aprendizagem; indica metodologias adequadas à situação de cada local; e aponta-se, por exemplo, as ações devem ser voltadas para o grupo, para o indivíduo, ou mesmo envolver parceiros externos. Onde houver processo de aprendizagem, o pedagogo tem com o quê contribuir. BONFIM (apud UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2005).

O pedagogo vai ter o papel fundamental de interligar essas diversas pontes, a individual de cada paciente, o grupo no qual ela vai fazer parte, e o externo aos muros do caps. utilizando-se de métodos educacionais que possam ajudar a integrá-lo nestes meios, aliando-se também ao fator humanitário e social, dependendo dos seus pacientes e de suas características. A educação não é apenas fundamental, mas cerceia também o retorno do paciente a sociedade. O CAPS pode ser um dos principais meios para este retorno, em que, de acordo com Souza (2014):

Passam a existir nestes espaços práticas clínicas, pedagógicas e sociais, e o pedagogo pode assim se encaixar na realização das práticas pedagógicas e sociais, podendo assumir a função de desenvolver atividades voltadas para a inserção do usuário na sociedade, de forma a lhe proporcionar a integração, intervindo na construção de sua autonomia e independência. Este profissional, por sua vez, deve construir condições para que o sujeito tenha uma vida de qualidade, ao mesmo tempo, ajudá-lo a organizar-se e aprender a lidar melhor com seus conflitos (SOUZA, 2014, p. 10).

A ajuda na construção das pessoas que possuem problemas mentais é ainda um percurso muito longo, pois muitas são enxergadas como indivíduos inerentes na sociedade, incapazes de produzirem algo bom, mas com a capacidade de dizer ou fazer algo ruim. O preconceito ainda se sobressai e a intolerância ainda é muito vista, contextualizando uma situação para quem sofre de problemas psíquicos, inviável.

Segundo LOYELLO (1983), o conceito de doente mental:

Se confunde cada dia mais com o de 'desviado', 'inadaptado', 'marginalizado'. A normalidade é aferida através da adaptação ao processo produtivo. Surge mais um mediador do 'normal': o produzir. Produzir para manter o equilíbrio social: enquanto a pessoa tem uma participação social produtiva ela é útil e normal; no momento em que afasta-se desse processo, o modo como é vista se modifica. O pensar e o agir do doente mental passa a ser condicionado pelo que os outros delimitam (LOYELLO, 1983, p. 68).

Mas com a atuação dos CAPS por todo o país essa situação vem mudando, e através de várias ações de pedagogos esse contexto vem sendo alterado, pondo em

pratica varias alternativas para levar a educação a estes espaços dando autonomia aos pacientes o pedagogo passa a sair de espaços escolares. É nestes espaços ao falar sobre praticas e atividades pedagógicas em espaços não escolares e que visam à autonomia do cidadão e a constante mudança na sociedade como acontece nos centros de atenção psicossocial.

Gohn (2010, p.58) ressalta que “a educação para emancipação deve ser vista não apenas como uma meta futura, em desenho, mas também como uma prática social que deve ser iniciada hoje, aqui e agora”. Ver-se, então, que a emancipação pode ser entendida como uma das dimensões da educação capaz de preparar o individuo para enfrentar as adversidades da vida, bem como transformar as condições em que vive. Neste âmbito é que se pode compreender a perspectiva educativa que perpassa a ação de outros espaços sociais onde há interação humana.

No CAPS, não se tem uma educação formal, mas existem atividades e praticas pedagógicas para uma reaproximação com um meio educacional, maior interatividade dos pacientes, já que em escolas “normais” devido a falta de preparo dos profissionais e destas é muito difícil o desenvolvimento do processo educativo com pacientes que possuam transtornos mentais ou problemas psiquiátricos e o CAPS ajuda nesta interação. Precisamos lembrar que a educação não é apenas para pessoas ditas como “normais”, mas para todos. E isto esta escrito no DECRETO N° 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999 que determina:

Art. 5º I - desenvolvimento de ação conjunta do Estado e da sociedade civil, de modo a assegurar a plena integração da pessoa portadora de deficiência no contexto socioeconômico e cultural;III - respeito às pessoas portadoras de deficiência, que devem receber igualdade de oportunidades na sociedade por reconhecimento dos direitos que lhes são assegurados, sem privilégios ou paternalismos. Art. 7º I - o acesso, o ingresso e a permanência da pessoa portadora de deficiência em todos os serviços oferecidos à comunidade.

Dessa forma, a melhor barreira para intolerância e qualquer tipo preconceito que se venha a ter, é a educação. Quem foi que disse que pessoas que possuem algum problema mental não podem ter educação e conhecimento? Que não podem desenvolver atividades que os ajudem a elevar seus níveis de saber. A educação não se restringe. Ela deve e pode ser usada para transformar vários lugares.

É princípio da Constituição Brasileira de 1988 Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988).

Muitos dos pacientes que são atendidos pelo caps, não possuem ensino fundamental, médio ou superior. A educação não se restringe apenas ao didático, mas é necessário que estas pessoas saibam que elas ainda podem ser incluídas, elas podem saber ler e escrever, dialogar com outros indivíduos. A educação nos dá asas, abre janelas e até pode colorir o mundo, a educação não é limitação nem nunca será.

O pedagogo pode desenvolver inúmeras atividades, inclusive lúdicas que venham a diminuir angústia, ansiedade refletindo na recuperação clínica do paciente. Nós vamos ter o uso de vários materiais didáticos, e a exemplo de atividades desenvolvidas, teremos rodas de conversas, produção de cartazes, oficinas de letramento e leitura, oficinas de alfabetização, musicoterapia etc.. O pedagogo torna-se uma peça fundamental, porque a educação é uma peça que nos torna seres capazes de compreender e interpretar, e isto pode ser feito de várias maneiras. A atuação do pedagogo não se restringe a um único espaço.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO:**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. Conceitua-se metodologia exploratória como aquela cuja finalidade é descrever e modificar delinear as características das pessoas entrevistadas, utilizando para isto a coleta de dados (MINAYO *apud* GIL 2009).

Minayo e Sanches (1993, p. 8), a partir de suas pesquisas e estudos, fazem a seguinte afirmação:

É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam [...] a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 8).

Considerando que a presente pesquisa se realizará no campo da subjetividade, tendo abordagem qualitativa, pretendemos nos apropriar da entrevista, enquanto instrumento de coleta, para estudo e análise do objeto, em questão. Nesse sentido, Ribeiro (2008 p.141) aborda a entrevista como:

A técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, que permitam conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores (RIBEIRO, 2008, p. 141).

Tendo em vista isso, a presente pesquisa se dará a partir de estudos bibliográficos, investigação e análise, por meio da entrevista, a fim de pontuar uma interpretação, reflexão acerca dos resultados alcançados.

### **4.2 LOCAL DE ESTUDO**

Essa pesquisa foi realizada com as pedagogas dos centros de atenção psicossociais do Curimatáu paraibano, localizados nos municípios de Cuité, Barra de

Santa Rosa e Picuí, no ano de 2018. Destaca-se que esses centros atendem aos municípios circunvizinhos também.

#### **4.3 PARTICIPANTES**

No presente estudo, os participantes foram as três pedagogas que atuam nos CAPS dos respectivos municípios da região do Curimataú Paraibano.

#### **4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios considerados para a participação na pesquisa, foram: Estar atuando no centro de atenção psicossocial como pedagogo e participar voluntariamente do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### **4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

A coleta do material foi realizada mediante um roteiro de entrevista, do tipo semiestruturado, contendo questões norteadoras de aspecto subjetivo, relacionadas ao perfil profissional e atuação do pedagogo no CAPS, contando também com gravação em áudio da entrevista. É preciso ressaltar que, Segundo Boni e Quaresma (2005) p. 75):

O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005, p. 75).

#### **4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS**

A coleta de dados ocorreu no período entre os meses de julho e setembro de 2018. As participantes foram contatadas previamente e as entrevistas agendadas conforme a disponibilidade das mesmas. Todas as entrevistas foram feitas nos seus respectivos locais de trabalho em horários determinados pelas pedagogas.

Depois de realizadas as entrevistas estas foram transcritas, e o material foi analisado por meio da técnica de análise do conteúdo de Bardin (2009), que consistiu no agrupamento de métodos para descrever a emissão de comunicações, por meio de três etapas: a pré-análise, definida como a fase de organização do material coletado, onde o pesquisador terá conhecimento dos textos obtidos através das entrevistas e realizará a delimitação do conteúdo que será analisado, elaboração de suposições e finalidades, entre outros; exploração do material, que corresponde ao momento em que o pesquisador irá explorar o material coletado, identificando, classificando e categorizando os temas que correspondem ao objetivo de sua pesquisa; e tratamento do material, que é o momento destinado à análise dos resultados, análises reflexivas, críticas e interpretações conclusiva.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistadas, em questão, trabalham no Curimataú paraibano e para que não haja exposição das mesmas vamos chamá-las por nomes fictícios: Maria, Alice e Barbara. As entrevistas foram realizadas em dias diferentes e sem qualquer contato entre as profissionais. As ideias e respostas das entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, onde eu indagava as perguntas e as deixava livres para possíveis respostas.

Das três educadoras, as três estão formadas em pedagogia, a primeira concluiu a pós graduação em supervisão e administração escolar a outra esta em fase de conclusão, a terceira não tem pós nem alegou esta fazendo uma. Destaca-se que destas, uma estudou em uma universidade pública e as demais em faculdades privadas, sendo que apenas a que estudou na universidade pública é concursada, enquanto as demais exercem função comissionada.

No quadro 1, apresentamos as informações pertinentes acerca das colaboradoras do nosso trabalho, tais como a distribuição de ano de graduação, a instituição em que se graduou, se possui pós-graduação e em que área foi e qual foi a forma de ingresso no serviço público e ano do estudo.

**Quadro 1** –Aspectos Gerais das Entrevistadas.

Entrevistados	Ano de graduação	Instituição	Pós graduação	Forma de ingresso e ano no serviço público
<b>Maria</b>	1992	UEPB	1995, supervisão e administração escolar	Concurso publico, 1990
<b>Alice</b>	2014	UVA	Em fase de conclusão	Convite, 2015
<b>Barbara</b>	2017	IESM	Não	Inconclusiva, 2018

No que diz respeito às entrevistas, após a análise qualitativa do material empírico que emergiu a partir das falas das educadoras, foram elaboradas as seguintes categorias:

- ✓ **Categoria I: Práticas pedagógicas e materias:** Compreende todas as falas que remetem aos recursos materiais e às práticas pedagógicas relacionadas

ao exercício profissional da pedagogia. Dentre as práticas pedagógicas, destacaram-se as atividades de planejamento, de letramento, as “atividades extra-muros” e, sobretudo, as oficinas pedagógicas;

- ✓ **Categoria II: Autopercepção do pedagogo e da sua atuação profissional:** Engloba todas às falas relacionadas a como as pedagogas se percebem e percebem a sua atuação nos Centros de Atenção Psicossocial;
- ✓ **Categoria III: Contextualização dos CAPS:** Esta categoria abrange as falas que remetem à contextualização geral dos CAPS, remetendo aos seus aspectos históricos, estruturais, além das suas formas de atuação e da equipe;
- ✓ **Categoria IV: Caracterização dos usuários e da relação com os mesmos:** Compreende uma descrição geral das características e da relação estabelecida com os usuários;
- ✓ **Categoria V:Preconceito:** Compreende as falas relacionadas à questão do preconceito para com o paciente dos caps;
- ✓ **Categoria VI: Atuação profissional no contexto dosCAPS:** Diz respeito aos aspectos positivos e negativos relacionados ao exercício profissional no contexto dos CAPS. Essa categoria se subdivide em duas subcategorias, sendo estas: “aspectos positivos relacionados ao trabalho” e “aspectos negativos relacionados ao trabalho”;
- ✓ **Categoria VII: Contribuições dos CAPS para a vida dos usuários:**Essa categoria engloba as falas relativas às contribuições dos CAPS para a vida dos usuários que atendem.

## 5.1 CATEGORIA I: PRÁTICAS PEDAGÓGICAS E MATERIAIS

A questão acerca da prática pedagógica,segundo Fernandes (2003), diz respeito à:

“Prática intencional de ensino e de aprendizagem, não reduzida à questão didática ou às metodologias de estudar e aprender, mas articulada a uma educação como prática social e ao conhecimento como produção histórica e cultural, datado e situado, numa relação dialética e tensionada entre prática-teoria-prática, conteúdo-forma, sujeitos-saberes-experiências e perspectivas interdisciplinares.”(FERNANDES in MOROSINI et al: 2003; p.376).

As praticas e atividades são feitas para os indivíduos e apresentam grande significado, principalmente ao se observar a sua individualidade. E existe também a



possibilidade da descoberta de determinados talentos, tornando o indivíduo bem mais atuante. Na fala das profissionais: *“Um é muito bom em Pintura.”*; *“O outro é em criar.”*; *“O outro é em colagem.”*; *“Quebra cabeça.”*

Muitos são os talentos dos usuários, que através das práticas ficam evidentes e se destacam. Encontra-se nesta categoria, a subcategoria, oficinas, tidas como terapêuticas que são vistas como facilitadoras na aprendizagem e atividades trabalhadas.

A Portaria nº. 189 (1991) define ainda as oficinas terapêuticas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social, executadas por profissionais de nível médio ou superior, através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato ou artes plásticas. Ao definir as oficinas terapêuticas como atividades de socialização, expressão e reinserção social, esta portaria articula aspectos que dizem respeito tanto à subjetividade quanto ao social, sugerindo, assim, que *“as oficinas terapêuticas sejam orientadas por uma perspectiva que articula clínica e política”* (RANGEL, 2006, p.55). Neste sentido, Costa e Figueiredo (2008, p. 8) acrescentam que as oficinas terapêuticas são *“promotoras da reinserção social por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito, para que não voltemos a cair numa nova institucionalização, que pode vir a criar outros crônicos”*.

Relativas a algumas oficinas, as pedagogas fizeram as seguintes afirmações:

*“A musicoterapia, que é muito importante pra eles.”*

*“Trabalho bingo temáticos com eles.”*

*“A musicoterapia pra o deficiente mental e que tenha qualquer problema de saúde mental, ajuda muito”*

*“Utilizo muito o quadro branco pra questão da leitura, da escrita, da matemática.”*

*“Atividades lúdicas, que expressem, ajudem a eles distrair mais um pouco.”*

*“Aqueles atividades lúdicas que são bem chamativas, todos participam, agradecem pela atividade. E adoram bastante.”*

*“Podendo assim trabalhar com atividades lúdicas para assim o assistido poder entra num contexto de interação social em que vive e trabalhando sempre com o ensino aprendizagem.”*

E atividades fora do CAPS também são feitas, trazendo uma diversidade, segundo as mesmas: *“Fora do caps, a gente faz também outras atividades.”*

*“De 8 em 8 dias a gente procura fazer alguma atividade física. A gente pega uma pessoa que tenha formação (superior) e a gente fica ali, fica com eles assistindo.”*

*“A gente tem que ter educação física.”*

O Relatório da IV CNSMI (2010, p.52) reafirma a necessidade de garantir a realização e participação em atividades extra CAPS passeios, atividades culturais, atividades esportivas, etc. como forma de estimular a reinserção social dos usuários.

As oficinas atuam no âmbito social e contribuem como possibilidade de transformação da realidade, no que diz respeito a toda concepção do processo saúde/doença. Sua proposta é a expressão da singularidade e subjetividade, num espaço de convivência, criação e reinvenção do cotidiano (MENDONÇA, 2005).

Neste novo modelo de atenção, entende-se que as oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido de causar apenas ocupação e entretenimento, mas sim de serem as grandes promotoras da reinserção social, por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de produtos, a geração de renda e principalmente de estimular e retomar a autonomia do sujeito, para que não ocorra uma nova institucionalização, criando por fim novos crônicos (LIMA, 2008).

Através das atividades praticas os talentos vão surgindo, mas para que se tenha a realização destas atividades, o ato de planejar foi citado por elas, como mostrado a seguir:

*“A gente tem um planejamento toda semana, e toda equipe se reúne, e a gente faz um planejamento.”*

*“Eu procuro fazer um planejamento semanalmente. Só que às vezes a gente planeja uma coisa, e quem trabalha com pessoas que tem transtorno mental, nem*

*sempre é como a gente planeja. sempre planejo, mais na maioria das vezes, nunca é da forma que eu planejei. Então você tem que estar também preparado também, pra essas adversidades.”*

*“Eu planejo por semana. Na sexta feira. A gente tem a sexta livre para planejar. pra semana já esta tudo tranquilo, tudo pronto.”*

*“A gente faz o planejamento, e em cima do planejamento a gente pede o material didático.”*

*“Quando é na semana da saúde mental, a gente faz um planejamento”*

*“Eu faço o meu planejamento.”*

*“Dependendo da atividade, que eu planejo, passo pra eles.”*

*“É as minhas praticas pedagógicas eu busco sempre tá inovando para que a realização do usuário seja permanente.”*

Segundo Padilha (2001), planejar é essencial para que as atividades e trabalhos possam ser melhores desenvolvidos, de modo que:

O planejamento é um processo de busca de equilíbrio entre meios e fins, entre recursos e objetivos, visando o melhor funcionamento de empresas, instituições, setores de trabalho, organizações grupais e outras atividades humanas. O ato de planejar é sempre processo de reflexão, de tomada de decisão sobre a ação; processo de previsão de necessidades e racionalização de emprego de meios (materiais) e recursos (humanos) disponíveis, visando à concretização de objetivos, em prazos determinados e etapas definidas, a partir dos resultados das avaliações (PADILHA, 2001, p. 30).

O planejamento, como menciona o referido autor, trata-se do processo de organização e equilíbrio de idéias e finalidades que se pretende alcançar com determinadas ações, que devem, por sua vez, ser cuidadosamente pensadas, pesquisadas e estudadas, de acordo, especialmente com o público-alvo que se pretende trabalhar. Dessa maneira, podemos dizer que, segundo Menegolla e Sant’anna (2001):

É um instrumento direcional de todo o processo educacional, pois estabelece e determina as grandes urgências, indica as prioridades básicas, ordena e determina todos os recursos e meios necessários para a consecução de grandes finalidades, metas e objetivos da educação (MENEGOLLA & SANT’ANNA, 2001, p.40).

Ainda complementando as considerações acerca do planejamento e sua respectiva relevância social para eficácia e eficiência na aplicação de ações, o autor Luckesi (2001, p.108) afirma:

O planejamento não será nem exclusivamente um ato político-filosófico, nem exclusivamente um ato técnico; será sim um ato ao mesmo tempo político-social, científico e técnico: político-social, na medida em que está comprometido com as finalidades sociais e políticas; científicas na medida em que não pode planejar sem um conhecimento da realidade; técnico, na medida em que o planejamento exige uma definição de meios eficientes para se obter resultados (LUCKESI, 2001, p. 108).

Nessa perspectiva, as pessoas planejam, segundo Menegolla e Sant'ana (1997), de maneira sofisticada e literalmente científica, obedecendo, assim, aos mais rígidos princípios teóricos, e em nada se distanciando dos respectivos esquemas sistemáticos que, por sua vez, norteiam o processo de planejar, executar e, posteriormente, avaliar. Outros, que não sabem da existência das teorias acerca do planejamento, fazem seus planejamentos, sem a esquematização e/ou utilizando dominações técnicas: porém são planejamentos, que, por vezes, podem ser agilizados de maneira simples, mas com bom e ótimo resultado. A partir disso, podemos deduzir e ressaltar que ninguém consegue livrar-se do ato de planejar; porém consegue isto sim, se evadirem do ato de executar, mas não do ato de planejar (MENEGOLLA E SANT'ANA 1997).

Outro elemento essencial, além do ato de planejar, são os materiais necessários para realização das atividades, sobre isto nós vamos ter:

*“Cartolina, é EVA, cola, palitos e outros, muito, muito, muito, a gente utiliza demais todo tipo de material, inclusive até os reciclados.”*

*“Cartolina, tesouras, colas, coleções hidrocor, aqueles lápis, de tudo, todos os materiais que necessita pra ser trabalhado.”*

*“A prefeitura, secretaria de saúde ela tem essa obrigação. A gente faz o planejamento e pede o material didático. É sempre atendido, não vou dizer que é cem por cento, mas que dá pra gente trabalhar.”*

*“São todos fornecidos. A gente faz uma lista aqui, faz à demanda na secretaria de saúde, lá eles passam pra gente aqui. Vêm todos os materiais que a*

*gente pede, mas sempre a gente é assistido enquanto a gestão, sempre eles contribuem o que a gente pede.”*

Salas (2004, p. 2), define os materiais como “qualquer coisa empregada por professores e alunos para facilitar a aprendizagem”.

Dominguese Paravidini (2009) afirmam que a arte é um recurso para as oficinas terapêuticas na medida em que ela pode significar invenção, possibilitando que o sujeito apareça. Nesse sentido, vale ressaltar que “os materiais didáticos são muitos importantes e servem como meios para auxiliar a docência, buscando mais significância e positividade” (BASTOS, 2011 p. 45).

Tendo em vista isso, Sant’ana e Menzolla (2002, p. 35), completam que “o ensino fundamenta-se na estimulação que é fornecida por recursos didáticos que facilitam a aprendizagem. Esses meios despertam o interesse e provoca a discussão e debates, desencadeando perguntas e gerando idéias”.

Segundo Falavigna (2009), a importância dos recursos didáticos se dá a partir da importância do uso e (re)significação dos recursos didáticos e meios variados como “alternativas criativas dos professores na apresentação e desenvolvimento de determinados temas em sala de aula, proporcionando ao aluno melhores condições de aprendizagem” (FALAVIGNA 2009, p.83).

São vários os materiais que podem ser utilizados por estes profissionais, desde lápis, colas e coleções e até mesmo matérias reciclados. É notada a importância do repasse e planejamento para compra e utilidade com os mesmos, sendo de suma estima a entrega até o profissional, para efetividade da suas ações. Esses elementos citados, tornam-se essenciais para a atuação do pedagogo.

## **5.2 CATEGORIA II: AUTO PERCEPÇÃO DO PEDAGOGO E DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

É o Pedagogo que, através de conceitos libertadores, pode estimular o trabalhador ou o aluno a realizar sempre uma reflexão crítica acerca da realidade. Paulo Freire, em “Pedagogia do Oprimido”, reforça uma educação problematizadora e reflexiva, indispensável para o desvelamento da realidade e é esta, a nosso ver a educação que o Pedagogo deve contemplar. (SILVA, 2007, 3018).

Dentro desta categoria, as falas dos pedagogos relatam sobre suas atuações e percepções. São vários os exemplos, desde formas de trabalhar com os usuários e sobre o que ele deve ser e fazer como pedagogo. Vejamos a seguir:

*“Eu tenho toda dinâmica pra trabalhar com eles, como já faz tempo que eu tenho experiência, cada um eu sei lidar, cada um tem uma atividade, cada um eu busco uma atividade diferente que vá ser terapêutico pra aquele transtorno.”*

*“Então o pedagogo tem essa função muito importante, dessa interação do usuário com o meio social em que eles vivem. Isso é muito importante a reinserção social.”*

*“Porque o papel do pedagogo é buscar trabalhar com a saúde mental. No qual exerce um papel acolhedor.”*

*“O meu papel é tentar. tentar trazer o protagonismo dos usuários. Meu papel é esse. Exercendo um papel acolhedor. Fazer com que eles produzam e se sintam realmente pessoas normais.”*

*“O meu papel é mais de um mediador. Uma pessoa que tá aqui pra interagir com eles. Promover com eles a reinserção social.”*

*“O meu papel enquanto pedagogo no CAPS é o compromisso com saúde mental que eu tenho desde sempre. “Eu busco sempre me qualificar, inovar, gosto de ir pra capacitações.”*

*“Meu papel acho que é buscar, que nas horas das atividades eles sintam um motivo para viver e ficar a vontade.”*

*“É importante também a atuação do pedagogo entre, entre outros espaços dando apoio e suporte ao público alvo.”*

*“E também penso em buscar o trabalho com a saúde mental, no qual a gente exerce o papel do pedagogo, como acolhedor, podendo assim trabalhar com as atividades lúdicas para que o usuário possa encontrar um contexto e interação na vida social dele. Tento buscar trazer algumas coisas pra que eles se motivem.”*

Segundo Serapioni (2003), a humanização relaciona-se com os aspectos do tratamento ou atendimento, tais como senso de credibilidade e confiabilidade que diz

respeito aos serviços e de suas respectivas práticas sanitárias, assim como a acessibilidade e o acolhimento.

Sobre a atuação com os pacientes e o carinho que investido nos mesmos:

*“Pra cada pessoa a gente vai ter que atuar de uma forma diferente.”*

*“É minha família.”*

*“A gente tem que ter todo o cuidado em saber lidar.”*

*“O caps você tem que se identificar, você tem que amar.”*

*“Eu amo saúde mental e tanto que eu trabalhei na educação algumas vezes, já fui professora, coordenadora, mas assim, quando eu tive a oportunidade de ingressar no Caps... já faz cinco anos que eu estou, atuando, na saúde mental e não preciso sair, só se realmente for pra sair, mas é a minha vida.”*

*“Eu tenho toda dinâmica pra trabalhar com eles, como já faz tempo que eu tenho experiência, cada um eu sei lidar, cada um tem uma atividade, cada um eu busco uma atividade diferente que vá, que vai ser terapêutico pra aquele transtorno.”*

*“Eu amo saúde mental e tanto que eu trabalhei na educação algumas vezes, já fui professora, coordenadora, já, mas assim, quando eu tive a oportunidade de ingressar no Caps, é tanto que já faz cinco anos que eu estou, atuando, na saúde mental e não preciso sair, só se realmente for pra sair, mas é a minha vida.”*

*“O que faz mais a gente, que trabalha em Caps se apaixonar, por que eu sempre digo, não é você querer trabalhar no Caps, você precisa gostar do que você esta fazendo, porque a gente trabalha no Caps, quem trabalha no Caps tem que trabalhar com amor... e não só pela profissão.”*

Cuida-se o que se ama, e acredita-se em que ao cuidar se aprende a ser mais amoroso; o amor potencializa nossa capacidade para cuidar. Em geral, o amor é interpretado apenas como um sentimento e, ao se falar em cuidado na área de saúde, causa estranheza usá-lo com/entre profissionais e clientes. Nesse caso amor refere-se a comportamento. (WALDOW, 2006)

Acerca dos problemas enfrentados, as entrevistadas destacam o seguinte:

*“Eu vivo uma batalha procurando defender os direitos do usuário, eu vivo em busca de defender os direitos dos usuários é praticando a política de saúde mental.”*

*“Então assim eu vivo buscar, quando eu vejo eu digo “Ô é assim você tem o seu direito, como cidadão, mas não tem só direito, tem dever também, então assim eu vivo é lutando em busca de melhorias pra o usuário. assim eu me esforço, assim eu defendo os usuários, eu me considero uma militante de saúde mental .”*

É fundamental, principalmente para os trabalhadores da área da saúde, perceber o cuidado na sua dimensão mais ampla, que tem como princípio uma forma de viver plenamente e não apenas como uma execução de tarefas para promover o conforto de alguém. Muitos pacientes passam por situações de despersonalização, que os levam a se sentirem desvalorizados, fato que infringe os preceitos éticos que norteiam a prática do cuidado. Tendo em vista o cuidar, como um valor profissional e pessoal, é extremamente necessário que existam padrões normativos para nortear as ações e atitudes em relação àquelas a quem se cuida (WALDOW, 1999).

Pimenta (1994) destaca que a educação é uma prática social que ocorre nas diversas instâncias da sociedade. Seu principal objetivo é a humanização dos homens, isto é, possibilitar que os seres humanos sejam participantes dos frutos e da (re)construção da civilização e de seus respectivos progressos, resultado de seu trabalho. De modo que “não há educação a não ser na sociedade humana, nas relações sociais que os homens estabelecem entre si para assegurar a sua existência” (PIMENTA, 1994, p. 84).

De acordo com Orzechowski (2009, p.02), “a educação ocorre em vários espaços, nestes o pedagogo tem seu lugar de atuação desde que compreendida sua intervenção pedagógica, garantindo sua identidade profissional e seu fazer dentro da variedade de atividades voltadas para o processo educacional”.

### **5.3 CATEGORIA III: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAPS**

Fruto da reforma psiquiátrica, que luta por um melhor atendimento e tratamento às pessoas com transtornos mentais, os CAPS surgem para substituir o modelo hospitalocêntrico, que acaba por retirar estas pessoas de suas



comunidades, locais nos quais desenvolvem suas relações de afeto, afinal, como ser gregário que é, o ser humano apenas existe, ou subsiste, em razão de seus inter-relacionamentos grupais e na sua relação direta com o ambiente (ZIMERMAN, 2000).

No que diz respeito ao contexto histórico do CAPS e saber dos pedagogos, as entrevistas afirmam:

*“Por isso que hoje existe o Caps. foi pra acabar com a demanda de manicômios.”*

*“Os Caps eles foram aberto para substituir antigos manicômios que vieram a ser fechado. E é uma batalha. A gente vive nessa batalha.”*

*“E os caps vieram ser substitutivos.”*

*“Hoje o ministério da saúde e governo federal disponibilizam uma quantia de 28 mil e novecentos. Isso pra tudo. Pra pagar os profissionais e outras demandas. E isso tudo a gente utiliza desse recurso.”*

*“Por isso que hoje existe o Caps, foi pra acabar com a demanda de manicômios, porque eles sofriam muito nos manicômios e hoje a gente graça a Deus, depois da abertura dos Caps, não só de (cidade) mas dos Caps de modo geral, esse numero ficou insignificante não existe mais manicômios, se eu não me engano um ou dois. Só que nem tem mais. Contando .”*

Na modalidade de serviço substitutivo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos e comunitários, mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Surgem como estratégia terapêutica inovadora, em que se enfatiza a interdisciplinaridade e a multiplicidade de formas de intervenção. Trata-se de características preconizadas pelo novo modelo de atenção em saúde mental. Busca-se por meio do atendimento à população de sua área de abrangência, a garantia de acesso ao trabalho, ao lazer, ao resgate da cidadania e a reintegração da pessoa com transtorno mental no ambiente cultural e social, para que este possa coexistir com a sociedade e sua família. Esta prática considera a subjetividade e a individualidade de cada indivíduo na sua experiência concreta de existência-sofrimento (BORBA et al., 2011).

O Centro de Atenção Psicossocial é proposto, segundo Rocha (2005), como um espaço criativo de construção de vida, que no lugar de excluir, prefere medicalizar e disciplinar por meio do acolhimento, cuidado e estabelecimento de pontes com a sociedade.

Um CAPS busca estabelecer cuidados em saúde mental na perspectiva de atendimento integral e territorial que preza pela permanência dos indivíduos na sua comunidade, favorecendo a formação de vínculos estáveis e a garantia dos direitos de cidadania (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Com relação à atuação dos pacientes junto com os pedagogos e os trabalhos que eles desenvolvem, tanto fora do CAPS, quanto dentro da instituição varias atividades são citadas, mostrando que os trabalhos são vários. A amplitude e os locais de interação, são bem variados. O que possibilita maior proximidade com as pessoas e explicação da importância destes locais.

*“Vão dar depoimento. Como é que o trabalho é desenvolvido no Caps, o que eles passarão, falam sobre as internações que eles já tiveram.”*

*“A gente distribui também folders com esse pessoal.”*

*“Falam da importância do Caps na semana da saúde mental .”*

*“A gente se dirige com os usuários até escolas grandes.”*

*“Na radio Cenecista, na radio Sisal.”*

*“E o Caps proporciona isso pra eles. Isso é muito importante a reinserção social.”*

*“Não que o Caps seja uma escola, mas a gente tem que promover esse momento”. É nesse momento que a gente busca essa interação dele com a escola.”*

*“O nosso Caps ele atende uma demanda de cinco mil pessoas nós temos um publico bom, com dias alternados.Nós recebemos de 17 a 18 usuários por dia e isso é muito importante.Cada um conta a sua vivencia, com as outras pessoas dos outros municípios.”*

*“Eles adoram, eles gostam, porque eles se sentem valorizados.”*

Nesse espaço, busca-se construir um trajeto próprio aos usuários, personificado e reconhecido em sua passagem, deixando sua marca estética na ambiência, ganhando territórios para sua existência, e, assim, as atividades passam a resgatar o que nelas há de eminentemente humano: o sentido que fazem para quem as realiza (MECCA; CASTRO, 2008).

Botti (2004) destaca que o modelo psicossocial destaca-se pelo trabalho de equipe interprofissional, identificado pela troca e pela interação entre os técnicos, de forma que sejam compartilhadas suas bases teóricas e suas práticas

A equipe também foi citada nas entrevistas:

*“Pedagoga, tem o psicólogo, tem a assistente social, tem a terapeuta ocupacional, tem a enfermeira, tem o técnico em enfermagem, a única pessoa que não interage nesses trabalhos é o psiquiatra, porque ele só vem uma vez, aí também fica muito difícil, mas a gente tenta fazer com que ele se sintam bem.”*

*“Tem o enfermeiro, tem o assistente social, pedagogo, psicólogo, então assim, cada qual vai trabalhar de acordo com a sua formação.”*

*“Cada qual tem sua função.”*

Cada profissional tem sua atuação, mas a interação entre eles é vista de forma essencial. O trabalho em equipe, nada mais é do que a soma dos esforços individuais e coletivos de um grupo de indivíduos, mas também é a soma das necessidades, inspirações, desejos individuais e coletivos (Hackman, 2000).

#### **5.4 CATEGORIA IV: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DA RELAÇÃO COM OS MESMOS**

Nós vamos ter inúmeras características dos usuários, desde pacientes muitos amorosos a dos que ficam dispersos. Dentre as falas uma que chama bastante atenção, é:

*“Se pegar um profissional que não faça essas oficinas, que não trabalhe com eles, eles ignoram, ficam chateados, porque eles querem realmente fazer alguma coisa.”*

Nesta afirmação, nós vamos ter o interesse do usuário, a solicitação da participação do profissional a orientação e a necessidade dos indivíduos em participarem em efetuarem alguma ação, nós vamos ter a importância da promoção e realização destas oficinas.

*“Não tem vontade de participar, ficam um pouco longe.”*

Guerra (2008) ressalta que as oficinas terapêuticas devem apresenta-se como uma oferta e não como uma atividade obrigatória, ou com objetivo de produtividade.

- **Em outros aspectos citados como positivos, temos:**

*“Eles são bem amorosos.”*

*“Cada pessoa tem sua singularidade.”*

*“Eles têm um entusiasmo, eles participam.”*

*“Alguns ficam com bastante interesse.”*

Os aspectos positivos dos usuários estão relacionados com a sua singularidade, sua interação com o profissional, sua disposição para participar das atividades.

- **Aspectos negativos:**

*“Devido à doença, é a medicação, eles ficam esquecidos.”*

*“Fica assim, um pouquinho chateado, mas depois volta e pede desculpas, fica tudo tranquilo.”*

*“Que tem todo um histórico, tem toda uma vida de sofrimento psíquico e vive em eterno sofrimento.”*

*“Gente sempre tem um multisseriado, a gente tem usuário que nunca frequentou uma escola. Que desencadeou um transtorno e ele se privou, ele não teve mais como continuar.”*

*“Outros ficam disperso.”*

*“Tem usuário que nunca frequentou uma escola.”*

*“Tem pessoa que já tá bem avançado que já teve também, já teve oportunidade de cursar de ingressar em uma faculdade. é muito diversificado. tem do analfabeto ao superior “*

*“Nós trabalhamos com pessoas com transtornos mentais.”*

*“Que não tem coordenação motora ainda.”*

*“Ficam esquecidos.”*

*“Tem alguns que são meio ruins, são grossos.”*

*“Porque eles são pessoa que o mundo social, a vida social é muito fechada.”*

Nota-se que a realidade para estes profissionais é bastante ampla, mas os aspectos negativos são vários, muitos causados pelo uso de medicação e diversos outros fatores.

## **5.5 CATEGORIA V:PRECONCEITO**

A pessoa que recebe o diagnóstico de transtorno mental espera sofrer discriminação, e esta expectativa em si pode causar desabilidades, evidenciando as consequências negativas dos rótulos recebidos pelo diagnóstico psiquiátrico (THORNICROFT, 2006).

Nas falas das profissionais, o preconceito é algo que fica bem explícito e é relatado;

*“É um público que lá fora, eles sentem preconceito muito grande.”*

*“Mas infelizmente o preconceito ainda preconiza. Isso é uma realidade.”*

*“Quando se fala em Caps, as pessoas acham que Caps é lugar de doido.”*

*“Porque hoje, infelizmente o Caps é submetido ao preconceito.”*

*“Porque assim como eles vivem, hoje em dia de muito preconceito, fica até difícil pra eles na sociedade, conviver. “Que por sua vez tem preconceito. Infelizmente, tem preconceito.”*

A figura do paciente do CAPS é associada ao preconceito junto com a instituição, é algo que nas falas ficaram demarcadas, o fato de ser usuário e isto acarretar “problemas”. O que deveria ser visto como uma solução para quem sofre com algum problema psíquico, acaba se transformando em algo pejorativo.

*“Às vezes a gente se depara com usuário que vai no PSF e ele não é bem atendido. “não, é usuário do Caps.”*

*“Às vezes a gente se depara com usuário que vai no PSF e ele não é bem atendido. “não, é usuário do Caps.” E o usuário não é só do Caps, é usuário dos serviços. Ele é um usuário do caps porque faz um tratamento de saúde mental, mas ele precisa de um acompanhamento ginecológico, odontológico. A gente vive se deparando com isso. A gente vive em uma constante luta, uma constante briga com a sociedade, com os próprios profissionais de saúde “eu vivo é lutando em busca de melhorias pra o usuário.”*

*“Por que queira ou não é um publico, que lá fora eles sentem preconceito muito grande, quando se falam em Caps eles já acham, as pessoas acham que Caps é lugar de doido... e aqui eles se sentem como um ser humano valorizado, e eles amam.”*

Os direitos dos cidadãos e o acesso às oportunidades presentes na sociedade são indicadores da inclusão social e também objetivos da Reabilitação Psicossocial, uma questão a ser tratada no âmbito da atenção à saúde mental (SALLES; BARROS, 2013).

A nossa sociedade não consegue conviver com as diferenças e a forma que encontra de lidar é de excluí-los. Condição a partir da qual, esta sociedade se descompromete com o que é parte dela. É preciso mudar o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças, mas respeitá-las e garantir a heterogeneidade e a cidadania na sociedade. Precisa ficar claro que não é a proteção dos excluídos que propomos, mas sim relações de troca que respeitem as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações (ENCONTRO, 1993, p. 15).

## 5.6 CATEGORIA VI: ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DOS CAPS

Diz respeito aos aspectos positivos e negativos relacionados ao exercício profissional no contexto dos CAPS. Essa categoria se subdivide em duas subcategorias, sendo estas: “aspectos positivos relacionados ao trabalho” e “aspectos negativos relacionados ao trabalho”.

- **Pontos positivos**

*“Aqui é tranqüilo.”*

*“Foi uma experiência bem diferente.”*

*“É uma experiência nova pra mim, eu estou adorando.”*

*“Não só eles que aprendem com a gente. Como profissional, mas o profissional também aprende muito com os usuários.”*

*“E eu amo o meu trabalho. Gosto demais.”*

*“Enquanto profissional eu cresci muito.”*

*“Eu já me apaixonei pelo serviço, eu digo é aqui o meu lugar, então pra você trabalhar em um caps você precisa se identificar , você precisa gostar”*

*“Não é só pelo dinheiro, você tem que ter perfil, e assim a experiência foi muito valida.”*

*“É muito gratificante.”*

*“Aqui até agora graças a Deus não tive nenhuma complicação.”*

Para Gavin e Mason (2004), a felicidade no trabalho ostenta um forte auxílio para a felicidade em geral. O trabalho por si só não contribui evidentemente para a felicidade individual, mas determinado indivíduo pode ser mais ou menos feliz mediante se é mais ou menos feliz no trabalho que desempenha.

Também diz o autor Matheny (2008) que o dinheiro não é a chave para a felicidade no trabalho. Segundo o autor, apesar de o dinheiro poder melhorar a

performance a nível da gestão, não se revela muito útil quando se trata de melhorar a satisfação.

- **Pontos negativos:**

*“Eu sou da área da educação e vim pra cá, foi como cair de pára-quadras.”*

*“Eu não sabia nem como fazer, saber agir com eles”*

*“Também é um trabalho árduo.”*

*“É diferente de você trabalhar com aluno.”*

*“Porque o aluno ele tem a família Pra ajudar, tem um vizinho, tem um professor de reforço, o Caps não. O Caps somos nós que fazemos isso.”*

*“Porque a gente tem vários usuários, a gente trabalha com diversos transtornos mentais.”*

*“Só chama um pouquinho a atenção porque as vezes passa dos limites. aquelas brincadeiras que ele tem. Às vezes a gente chama atenção, ai fica assim um pouquinho chateado.”*

São as relações cotidianas dentro dos serviços, as tentativas diárias de inovar e os impasses enfrentados para tal que possibilitarão desmontar a estrutura institucional para que se possa focar não na perspectiva de cura da doença na readaptação dos indivíduos, na normalização dos sujeitos, mas na existência de sofrimento humano como objeto real de uma intervenção (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

## **5.7 CATEGORIA VII: CONTRIBUIÇÕES DOS CAPS PARA A VIDA DOS USUÁRIOS**

As contribuições dos centros de atenção de atenção psicossocial são inúmeras e de extrema importância para os usuários. Uma das falas do pedagogo nós vamos ter uma oficina que deu renda para o usuário, isso mostra a importância destas atividades e de que forma elas podem ajudar. A ampliação do que uma oficina pode proporcionar, sendo até geradora de renda. Trazendo para o usuário



uma liberdade ao produzir algo que gosta, não apenas tendo retorno na saúde, mas financeiro também.

*“Já teve usuário aqui do caps que ele já chegou até ter uma profissão. Uma atividade terapêutica e por sua vez veio deixar renda pra ele.”*

*“como, por exemplo, tem usuário que ele, começou em uma oficina pra fazer umas bijuterias, e isso ele foi se identificando ele foi gostando e eu encaminhei ele para o cras.”*

Neste novo modelo de atenção à saúde mental, entende-se que, segundo Costa e Figueiredo (2008):

As oficinas terapêuticas não devem possuir o sentido da ocupação e do entretenimento, e sim de serem promotoras da reinserção social por meio de ações que podem envolver o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a autonomia do sujeito, para que não voltemos a cair numa nova institucionalização, que pode vir a criar outros crônicos (COSTA e FIGUEIREDO, 2008, p.8).

As oficinas terapêuticas podem ser considerada como dispositivos de reabilitação psicossocial destinados à clientela psiquiatrizada, que, por sua vez, visava tanto o estímulo à criatividade, quanto à produção de objetos que, por ventura, pudessem circular no mercado e na cultura, além de contribuir significativamente para a estabilização clínica de seus usuários, através de sua reinserção social pelo trabalho e/ou pela convivência (GRECO, 2008). Em outras falas, nós vamos ter a afirmação do quanto é importante acolher e entregar de volta pra sociedade, priorizando a cidadania do paciente.

*“Pra mim não tem presente maior. Porque gente diga ai, um usuário que esta fora da sociedade, marginalizado, todo mundo com preconceito, sem ninguém querer, você vem pra um serviço desse, você acolhe , você da de volta.”*

*“A dignidade do usuário através de suas habilidades do direito que você tem isso pra mim não tem preço, não tem preço a gente vê a alegria do usuário enquanto cidadão.”*

*“Não tem coisa melhor pra mim do que um usuário chegar aqui no serviço, Deprimido com transtorno, sem querer viver e passa uns dias através dos atendimento medicamentosos, das terapias que são oferecidas , e dois meses, três meses o usuário esta estabilizado, esta bem, E o usuário chegar e dizer “ a minha sorte é o caps.”*

No âmbito da educação o caps, também trouxe melhoras significativas e contundentes. Através do pedagogo nós vamos ter a seguinte afirmação:

*“E realmente não é uma sala de aula, mas é um momento muito aconchegante e significativo pra aprendizagem deles, e tem usuários aqui que chegou no Caps que botava o dedo e hoje ele assina o nome.”*

Ter maior autoestima, maior capacidade de socialização e de expressar sentimentos de felicidade, alegria e prazer, deveriam ser decorrência de qualquer tratamento em atenção psicossocial; caso contrário, corre-se o risco de nos perdermos na escolha de métodos e processos e assim, sermos incapazes de nos haver com os resultados obtidos. Não que tudo seja perfeito, mas procurar, através de pequenas melhoras na vida diária, construir um espaço de tratamento que contribua para o usuário encontrar possíveis saídas apropriadas do que seus sintomas para encarar o sofrimento inerente ao fato de existir, com a sua dor (Leite, 2000).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como proposta conhecer e analisar a experiência dos profissionais da região do Curimataú Paraibano, que trabalham como pedagogos nos Centros de Atenção Psicossocial da região. A pesquisa atingiu os objetivos, na medida em que conseguiu identificar a percepção do pedagogo sobre sua atuação, descobrir os sentimentos vivenciados por estes profissionais mediante aos usuários, e entender como eles interagem e qual os seus respectivos papéis, em um ambiente que foge ao convencional.

De forma geral, a experiência dos pedagogos, a percepção e sua atuação foram bastante explicitadas, deixando claro a sua funcionalidade nestes espaços, quais os comportamentos tidos pelos mesmos, as inúmeras situações que podem acontecer, e de que forma um profissional capacitado pode se colocar, seja para intermediar, amenizar ou vincular uma situação para os usuários do serviço.

A pesquisa se mostrou bastante significativa, visto que na região não existe uma trabalho com este teor, de apresentar e expor a educação em varias esferas, através do pedagogo, até mesmo em um lugar como o caps, onde muitas pessoas acham que não existe a atuação do mesmo. Um trabalho como esse, possibilita e desperta para varias pessoas o interesse em conhecer mais o profissional da educação, como os CAPS e seus usuários também. Foi um trabalho bastante amplo que conseguiu expor a situação da nossa região no que diz respeito ao aspecto profissional do pedagogo, mas em sua fala muito se foi absorvido, para se compreender o quão é importante a interação da educação neste meio.

O despertar para os outros conhecimentos e outras visões é essencial na interação de qualquer profissional da educação, nós vamos lidar com varias situações e com inúmeras pessoas, quanto mais soubermos e conhecermos, melhor será para atuar com vários públicos, compreendendo as limitações e tentando interagir da melhor forma possível. O saber e a educação são duas ferramentas essenciais, cabíveis para qualquer pessoa que deseje melhorar o seu aspecto profissional e como ser humano. Este trabalho esclarece e mostra a perspectiva do pedagogo na nossa região, teremos varias falas sobre o mesmo espaço de atuação, mas com vários aspectos diferentes. Foi um trabalho que enfrentou dificuldades

também, no deslocar para as cidades, em abranger todas as cidades, em conseguir marcar um horário que fosse possível para as pedagogas, por muitas vezes a delimitação de horário para terminar as entrevista.

## 2 REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BASTOS, P. A. **Revista Geografia**: Pedagógica 2.0. Recursos didáticos e sua importância para as aulas de Geografia. p. 44-50. Ministério da Educação FNDE Periódicos. Editora Escala Nacional. 2011.
- BEZERRA JÚNIOR, B. De Médico, de Louco e de Todo Mundo um Pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: GUIMARÃES, Reinaldo, TAVARES, Ricardo (Org.). **Saúde e Sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.
- BORBA, L.O.; PAES, M.R.; GUIMARÃES, A.N.; LABEONICI, L.M.; MAFTUM, M.A. A Família e o Portador de Transtorno Mental: dinâmica e sua relação familiar. **RevEscEnferm USP**; 45(2):442-9. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf> > Acesso em: 26 de novembro de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- BOTTI, N. C. L. **Oficinas em Saúde Mental**: história e função. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP): 2004.
- CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J.P.; **Entre a saúde coletiva e a saúde mental**: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública vol 22 n.5, Rio de Janeiro May 2006.
- COSTA, E. (Org.). **Manual de enfermagem psiquiátrica**: gerenciamento e cuidado. Florianópolis: IPQ/SC, 2005.
- COSTA-ROSA, A. **Saúde Mental Comunitária**: Análise dialética de um movimento alternativo. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 1987.

DOMINGUES, M. A; PARAVIDINI, J L. **A construção de ofícios terapêuticos em saúde mental.** Mental, Barbacena, vol.7, n.13, 2009.

**ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL**, 1., Salvador, 1993. Relatório Final. Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios Bahia. FNS - CFP, 1993.

FALAVIGNA, G. **Inovações centradas nas multimídias repercussões no processo ensino aprendizagem.** Porto Alegre, 2009.

FERNANDES, C. À procura da senha da vida-de-senha a aula dialógica? In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Aula: gênese, dimensões, princípios e práticas.** Campinas: Papirus, p.145-165, 2008.

FERNANDES, Cleoni M.B.. Prática Pedagógica. In: MOROSINI et al. Enciclopédia de Pedagogia Universitária. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

GAVIN, J. H. e MASON, R. O. **The virtuous organization: The value of happiness in the workplace.** Organizational Dynamics, 33 (4), 379-392, 2004.

GODOY, J. **Psiquiatria no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre: Edição do autor, 1955.

GRECO, M. G. Oficina: uma questão de lugar? In: COSTA, CM & FIGUEIREDO, AC (orgs). **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania.** Rio de Janeiro, ContraCapa Livraria, p.83-94, 2008.

GRIGOLO, T.; PAPPANI, C. **Clínica ampliada: recursos terapêuticos dos centros de atenção psicossocial de um município do norte de Santa Catarina.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 1--26, 2015.

HACKMAN, J. R. **Harvard Management Update**, Janeiro 2000.

LEITE, M. S. **Psicanálise lacaniana: cinco seminários para analistas kleinianos.** São Paulo: Iluminuras, 2000.

LIBÂNEO, J. C.; PIMENTA, S. G. Formação dos profissionais em educação: visão crítica e perspectiva de mudança. In: PIMENTA, S. G. **Pedagogia e Pedagogos: caminhos e perspectivas.** São Paulo: Cortez, 2002. cap. 1. p. 11-58.

LIMA, E. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs). **Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito produção e cidadania.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições.** 11 ed. São Paulo: Cortez, p.102-119, 2001.

MATHENY, G. **Money Not Key to Happiness, Survey Finds** – The Physician Executive, ACPE.org/Career, USA, p. 14-15, 2008.

MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. **Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 25, 2008.

MENDONÇA, T. C. P. **As Oficinas na Saúde Mental: Relato de uma Experiência na Internação.** Psicologia Ciência e Profissão. Belo Horizonte. v25. n4. P. 626-635, 2005.

MENEGOLLA, M.; SANT'ANNA, I. M. **Porque planejar?** Como planejar? 5 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro. Brasil. Editora Vozes, 1997.

MENEGOLLA, M. SANT'ANNA, I. M. **Por que planejar?** Como planejar? 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, v. 9, n. 3, jul./set., 1993.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. (2006). **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 22(5), 1053-1062.

ORZECZOWISKI, S. T. **O espaço não-escolar: Profissionalização e a formação do Pedagogo.** Simpósio Internacional – VI Fórum Nacional de educação. Políticas públicas, gestão da escola. n.3. Torres/RS, 2009.

PADILHA, R. P. **Planejamento dialógico: como construir o projeto político-pedagógico da escola.** São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2001.

PIMENTA, S. G. **O Estágio na Formação de Professores** – Unidade Teoria e Prática. São Paulo: Cortez, 1994.

RANGEL, F. C. **O manejo das oficinas terapêuticas em saúde mental.** Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado, defendida no Instituto de Psiquiatria – IPUB, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais,** Araxá/MG, n. 04, p.129-148, 2008.

ROCHA, R. M. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Texto Contexto Enfermagem, 2005.

SALAS, M. R. **English Teachers as Materials developers.** Actualidades Investigativas en Educación. Vol. 4. N. 2, 2004.

SALES, A. F.; DIMENSTEIN, M. **Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.** Psicol. cienc. prof., p. 812-827, 2009.

SALLES, M. ; BARROS, S. **Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social.** Saúde Sociedade, São Paulo, v. 4, n. 22, p.1059-1071, 2013.

SANT'ANNA M. I.; MENZOLLA, M. **Didática: Aprender a ensinar.** Técnicas e reflexões pedagógicas para a formação de fornecedores. Edições Loyola. 7ª Edição. São Paulo, 2002.

SANT'ANA, M. **O Significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Educação Biguaçu, Biguaçu/SC, 2007.

SALVALAGIO, A. R., FERNANDES, F. B. A implantação do CAPS I de Assis Chateaubriand: novos direitos para os sujeitos no campo da saúde mental. In: **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais/ 2º Seminário de Direitos Humanos.** Anais do Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais/ 2º Seminário de Direitos Humanos. Toledo: UNIOESTE, p. 1-13, 2014.

SERAPIONI, M. **Textos em sala de aula.**Mimeo, Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, 2003.

SILVA, Laura Andréa de Souza Prado e. O Pedagogo em Espaços não Escolares. In: XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Universidade Camilo Castelo Branco. São Paulo,SP, 2007.

TAVARES, R. C. & SOUSA, S. M. G. **Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental.** Saúde em Debate, 33(82), 252-263, 2009.

TENÓRIO, F. Da Reforma Psiquiátrica à Clínica do Sujeito. In QUINET, A (org). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências.** Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, p.121- 131, 2001.

THORNICROFT, G. **Shunned: discrimination against people with mental illness.** Oxford: Oxford University, 2006.

VILELLA, S de C; SCATENA, M. C. M. A Enfermagem e o Cuidar na Área da Saúde Mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 6, Brasília DF, 2004, pags. 738741.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 2ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos básicos das Grupo Terapias.** Porto Alegre: Artmed, 2000.



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada ATUAÇÃO DA PEDAGOGA NO CAPS: UM ESTUDO NAS CIDADES DO CURIMATAÚ PARAIBANO Está sendo desenvolvido por Ramana Flávia dos Santos Barros, aluna do Curso de licenciatura em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup>. Deborah Dornellas Ramos, cujo objetivo é conhecer e analisar a atuação do pedagogo no Centro de Atenção Psicossocial. É importante ressaltar que durante a entrevista a colaboradora poderá a vir a ficar em situação de constrangimento, e a este fato apontamos como um possível risco desta pesquisa. O benefício que pretendemos conseguir com esta pesquisa será que a partir do conhecimento sobre a perspectiva do pedagogo possa se entender a importância deste no Caps, sua de atuação e compreensão nestes ambientes . Os dados serão coletados por meio de uma entrevista, a qual contém perguntas sobre dados pessoais, os quais farão parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado, defendido e, posteriormente, podendo ser divulgado na íntegra ou em parte em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Desse modo, para que possamos concretizá-la, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma, voluntariamente. Informamos que será garantido seu anonimato bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Caso decida não participar do estudo ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, o seu desejo será respeitado e acatado. Os pesquisadores estarão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos sua valiosa contribuição para a realização dessa pesquisa. Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da aprovação da mesma no Comitê de Ética em Pesquisa. Estou ciente de que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelos pesquisadores, em

duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável. Cuité-PB, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável \_\_\_\_\_  
Deborah Dornellas Ramos  
Ramana  
Flávia dos Santos Barros.

Endereço profissional da pesquisadora responsável: Telefone (83) 998164393; e-mail Endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde – CES, Rua: Olho D' Água da Bica S/N Cuité – Paraíba – Brasil CEP: 58175-000. Contato do Comitê de Ética: Av. Pedro I, I n. 1826. E-mail: cep@saude.pb.gov.br Fone : 3218-7357

## **APÊNDICE B**

### **INSTRUMENTO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS**

Qual o ano de graduação?

Qual instituição a instituição em que se graduou?

Possui pós graduação , se sim em que área ?

Qual foi a forma de ingresso no serviço publico e qual foi o ano?

Quais são os tipos de praticas pedagógicas e atividades pedagógicas realizada com os usuários?

Como é feito o planejamento das atividades desenvolvidas com eles?

Que recursos didáticos pedagógicos utiliza ao trabalhar com os usuários?

Os recursos, os matérias didáticos eles são fornecidos ?

Como é a sua relação com os usuários?

Qual o interesse ou participação dos usuários pelas atividades desenvolvidas?

Qual o seu papel como pedagoga no Caps?