



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CAMILA SAMILLE ARAÚJO MEDEIROS

**UM UNIVERSO DE SENSOS E DISSENSOS: O DESPERTAR ACERCA DAS
PRÁTICAS RESSOCIALIZADORAS DO CAPSi**

CUITÉ

2015

CAMILA SAMILLE ARAÚJO MEDEIROS

**UM UNIVERSO DE SENSOS E DISSENSOS: O DESPERTAR ACERCA DAS
PRÁTICAS RESSOCIALIZADORAS DO CAPSi**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação em Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *campus* Cuité-PB como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

CUITÉ

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M488u Medeiros, Camila Samille Araújo.

Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi. / Camila Samille Araújo Medeiros. – Cuité: CES, 2015.

96 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Mariana Albernaz de Pinheiro Carvalho.

1. Saúde mental. 2. Apoio social – saúde mental. 3. Saúde mental – criança e adolescente. I. Título.

CDU 613.86

CAMILA SAMILLE ARAÚJO MEDEIROS

**UM UNIVERSO DE SENSOS E DISSENSOS: O DESPERTAR ACERCA DAS
PRÁTICAS RESSOCIALIZADORAS DO CAPSi**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a. Ms. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a. Ms. Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal.
Membro Interno - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a. Ms. Samilla Gonçalves de Moura
Membro Externo – Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)

Dedico...

A minha mãezinha, **Maria Tazia Araújo Medeiros**, grande mulher forte, guerreira e batalhadora que sempre me incentivou a correr atrás dos meus sonhos e nunca me abandonou, sempre acreditando no meu potencial. E a meu paizinho, **Tarcísio Medeiros**, o grande amor da minha vida. Homem forte, humilde e que a mim sempre direcionou palavras de amor, carinho e incentivo. Vocês são minhas fontes de inspiração e fortaleza. Sem vocês eu não teria conseguido alcançar tantas vitórias. Dedico-lhes o meu trabalho, meu amor, a minha vida e a minha gratidão eterna. Amo vocês.

Agradecimentos

Agradecer a tudo e a todos que me acompanharam nessa longa jornada é uma tarefa difícil e que vai muito além de palavras que eu possa expressar nestes poucos parágrafos.

Primeiramente agradeço a Deus, o Senhor Todo Poderoso, Rei dos céus e da Terra, que por Sua Graça e Misericórdia me concedeu o dom da vida e me fez crescer forte para que eu pudesse vencer todos os percalços de minha trajetória, sempre me acalentando com seu abraço fraterno e amoroso, me fazendo repousar e me refugiando dos problemas. Agradeço por me dar o discernimento para saber enfrentar as situações tempestuosas às quais me deparei e me mostrar que sempre existe uma luz e por sempre ter me dado a sua mão e me carregado em seus braços quando eu dizia não mais suportar tamanha dor.

Agradeço ao meu Paizinho e minha Mãezinha do céu, o Menino Jesus e a Virgem Maria, por estarem sempre em minha guarda, me amparando em todas as minhas quedas e aliviando as minhas dores perante as batalhas que enfrentei, e agradeço também à Santíssima Nossa Senhora de Fátima, virgem de minha devoção, por ter intercedido por mim junto ao Pai, Filho e Espírito Santo nessa caminhada.

Não tenho palavras que descrevam o agradecimento aos meus amados pais, ao meu irmão, Túlio Cícero Araújo Medeiros e aos meus segundos pais e mães, meus avôs Manoel Gabriel de Medeiros, Maria Brígida de Medeiros e Joaquim Ferreira (todos *in memoriam*) e à minha vovó Maria Herotides, que a cada lágrima ou sorriso de alegria, sempre esteve comigo e me deu força e incentivo para continuar, sempre dizendo que essa não era uma escolha minha, mas uma missão dada por Deus.

Agradeço às minhas duas famílias EJC e aos grandes amigos e irmãos da Pastoral da Acolhida e Grupo de Adoração Adorai da Paroquia Nossa Senhora Das Mercês de Cuité-PB, que quando eu precisei, abriram as portas e me deram a oportunidade de servir e louvar ao meu Senhor tão amado e adorado, o Senhor Deus.

À Daluz, uma mãezona que Cuité me deu e meu coração acolheu, e a seus filhos, Dayane, Kaká e Elvis, por alegrarem os meus dias e sempre estarem dispostos a me ajudar, acolher e me oferecer palavras de carinho.

À Marlene, César, Pedro Hugo e Dona Alice, por terem me acolhido em sua casa quando mais precisei e me darem a oportunidade de iniciar essa caminhada tão linda que é a graduação em Enfermagem.

Ao meu Tio José Ferreira e João Ferreira por todo apoio e por terem ajudado a mim e aos meus pais nas horas em que mais necessitamos.

À Catarina, Dona Romana e família, pois sem o auxílio delas eu não teria como finalizar essa caminhada, e através da bondade pude concluir o meu curso.

Agradeço aos meus grandes amigos de uma vida toda, Rafaela, Dalyane, Clara, Rayssa, Poliane, Renata, Amanda, Geyce, Carol, Karlinha, Selminha, Pepeu e muitos outros que me acompanharam até o dia de hoje, e que sem o auxílio, palavras, conforto e companhia, não teria conseguido seguir em frente. É aquilo tipo de pessoa que não nos aparece mais de uma vez na vida e posso dizer com propriedade: distância nenhuma separa uma amizade em Deus.

Aos meus grandes amigos de caminhada da igreja, da vida e da graduação, por partilharem e estarem comigo nos bons e maus momentos, por se fazerem especiais pelos pequenos gestos e por terem contribuído direta ou indiretamente para minha formação acadêmica.

À uma querida professora, Alynne Mendonça Saraiva, que quando precisei me ajudou e me indicou à minha orientadora, fazendo com que eu realizasse o sonho de desenvolver uma pesquisa contemplando pediatria e saúde mental.

À minha orientadora, Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho, que soube me cobrar para que eu desse o meu melhor, mas soube me entender quando necessário, e mais que uma orientadora, se mostrou uma grande amiga.

Às crianças, adolescentes e seus respectivos cuidadores e aos profissionais do CAPSi Viva Gente de Campina Grande-PB, que me permitiram adentrar mais ainda na imensidão que é o mundo da saúde mental e viver suas singularidades, mostrando o quão bonito é a superação das dificuldades enfrentadas e por partilhar parte dos meus dias com esse público tão especial. Digo com propriedade, me tornei uma pessoa melhor e com visão mais positiva à vida e aos seus dilemas.

À banca examinadora, professoras Francilene Figueirêdo da Silva Pascoal e Samilla Gonçalves de Moura, pela disponibilidade em contribuir com a melhoria de minha pesquisa e com seus conhecimentos.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram para esse momento único e especial. À todos que citei, vocês tem um grande lugar em meu coração e aos que omiti por esquecimento, peço desculpas, mas agradeço de todo coração.

*“É proibido chorar sem aprender,
Levantar-se um dia sem saber o que fazer
Ter medo de suas lembranças.*

[...]

*É proibido não rir dos problemas
Não lutar pelo que se quer,
Abandonar tudo por medo,
Não transformar sonhos em realidade.*

[...]

*É proibido não fazer as coisas por si mesmo,
Não crer em Deus e fazer seu destino,
Ter medo da vida e de seus compromissos,
Não viver cada dia como se fosse um último suspiro.*

[...]

*É proibido não tentar compreender as pessoas,
Pensar que as vidas deles valem mais que a sua,
Não saber que cada um tem seu caminho e sua sorte.*

*É proibido não criar sua história,
Deixar de dar graças a Deus por sua vida.*

[...]

*É proibido não buscar a felicidade,
Não viver sua vida com uma atitude positiva,
Não pensar que podemos ser melhores,
Não sentir que sem você este mundo não seria igual”.*

(Pablo Neruda)

MEDEIROS, C. S. A. de. **Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi**. 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação em Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité/PB.

RESUMO

Os transtornos psiquiátricos atingem crianças, jovens, adultos e idosos, e independem de fatores socioeconômicos e quaisquer outras particularidades específicas. Projetando esta realidade para o público infanto-juvenil, identifica-se que essa demanda tem crescido sobremaneira nos serviços de saúde, seja em resposta à uma falha nas instituições onde estes sujeitos estão inseridos, seja nos serviços que oferecem atendimento em saúde. Tais questões contribuíram para a criação de serviços substitutivos responsáveis por comutar espaços que funcionassem na perspectiva manicomial, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e no caso de crianças e adolescentes especificamente, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que buscou descrever e compreender o fenômeno em questão, a partir de um instrumento de entrevista semiestruturada aplicado com os profissionais do CAPSi Viva Gente situado no município de Campina Grande/PB e com os cuidadores responsáveis pelos usuários deste serviço. A pesquisa foi realizada nos meses de Março, Abril e Maio de 2015. Para a análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin. Após as entrevistas coletadas, foram delineadas três categorias: “A dinâmica do CAPSi e sua multiplicidade de práticas terapêuticas”, “Os espinhos da caminhada: os impasses para a realização das práticas terapêuticas” e “O impacto das práticas terapêuticas na perspectiva dos cuidadores”. O estudo revelou que a Arte terapia, Expressão e Simbolização são fortemente encontradas no dia a dia do cuidado ofertado pelos CAPS em geral, sobretudo, os CAPSi em questão. Verificou-se que os profissionais em muitas situações procuram oferecer um cuidado integral e atender os usuários em suas particularidades, mas, por vezes, a demanda não depende apenas de seu encaminhamento e vontade. Tal questão reforça a omissão frente a diligência que deveria ser disponibilizada para se alcançar a efetivação e resolutividade das práticas terapêuticas. Identificou-se ainda que as crianças e adolescentes acompanhados pelo CAPSi em estudo apresentaram mudanças significativas no quesito autonomia, socialização e controle emocional, superando o isolamento e substituindo-o pela aquisição de atitudes de inclusão, cidadania e sociabilidade. Portanto, as práticas ofertadas no serviço em tela, apontam para a necessidade de contemplar os conflitos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico através de uma reabilitação que tem como base a promoção do direito ao respeito de sua singularidade, a valorização de sua subjetividade e de sua cidadania. Nesse contexto, os desafios para a efetivação das políticas em saúde mental, em especial para as ações dos CAPSi, devem contar com a participação efetiva da sociedade, gestores, familiares e demais instâncias, compreendendo aquele indivíduo enquanto um ser capaz de fazer escolhas e dotado de qualidades e habilidades que complementam o mundo em que está inserido, na medida em que ocupam seu lugar social.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Apoio social. Saúde da criança. Saúde do adolescente. Prática Profissional.

Medeiros, C. S. A. **A universe of senses and dissents: the awakening about inclusive practices CAPSi.** 2015. 96f. Work Term Paper (Diploma in Nursing) - Education Center for Health, Federal University of Campina Grande, Cuité / PB.

ABSTRACT

Psychiatric disorders among children, youth, adults and seniors, and are independent of socioeconomic factors and any other specific features. Designing this reality for children and youth, it is identified that this demand has grown greatly in health care, whether in response to a failure in the institutions where these guys are inserted, whether the services they provide health care. These issues have contributed to the creation of substitute services responsible for switching spaces that worked in the asylum perspective, like the Centers for Psychosocial Care (CAPS), and in the case of children and adolescents specifically, CAPSi. This is a descriptive study of qualitative approach aims to describe and understand the phenomenon in question, from a semi-structured interview tool applied with professional CAPSi of Campina Grande and the caregivers responsible for the users of this service. The study was developed at the Center for Psychosocial Care Children and Youth Live People located in Campina municipality Grande / PB. The sample consisted of sixteen caregivers users and eight professionals who worked in the service. For the analysis of empirical data, it used the technique of thematic content analysis of Bardin proposal. Obtaining the empirical material occurred in the months of March, April and May 2015. Since the collected interviews, three categories were outlined: "The dynamics of CAPSi and its multitude of therapeutic practices", "The thorns of the walk: the impasses for achievement of therapeutic practices "and" The impact of therapeutic practices from the perspective of caregivers. " The workshops of play therapy. The study found that art therapy, expression and symbolization are heavily found in the day to day care offered by CAPS in general, especially the CAPSi concerned. It was found that professionals in many situations seek to offer integral care and serve users in all its particulars, but sometimes the demand depends not only on their referral and will. This question reinforces the omission forward diligence that should be made available to achieve the realization and resolution of therapeutic practices. It identified also that children and adolescents accompanied by CAPSi study showed significant changes in the question autonomy, socialization and emotional control, overcoming isolation and replacing it with the acquisition of attitudes of inclusion, citizenship and sociability. It was concluded therefore that the practices offered in the service screen, point to the need to address conflicts of children and adolescents in psychological suffering through a rehabilitation that is based on guiding the right to respect for their uniqueness, valuation their subjectivity and their citizenship. In this context, the challenges for the effectiveness of mental health policies, particularly for the actions of CAPSi, must rely on the effective participation of society, managers, relatives and other bodies, including that individual as a being able to make choices and gifted qualities and skills that complement the world in which it appears, as occupying their social place.

Keywords: Mental Health Services. Social Support. Child Health. Adolescent Health. Professional Practice.

LISTA DE SIGLAS

- AATA:** Associação Americana de Arte terapia
- AVD:** Atividade de vida diária
- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS ad:** Centro de Atenção Álcool e Drogas
- CAPSi:** Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
- CERSAMs:** Centros de Referência em Saúde Mental
- DINSAM:** Divisão Nacional de Saúde Mental
- ECA:** Estatuto da Criança e do Adolescente
- IFB:** Instituto Franco Basaglia
- IPP:** Instituto Philippe Pinel
- MTSM:** Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS:** Núcleos de Atenção Psicossociais
- NASF:** Núcleo de Apoio às Estratégias de Saúde da Família
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PB:** Paraíba
- PNASH:** Plano Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar
- PTS:** Projeto Terapêutico Singular
- PVC:** Programa Volta pra Casa
- RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial
- RS:** Reforma Sanitária
- RP:** Reforma Psiquiátrica
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFCG:** Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	Introdução	12
2	Aproximação com a temática.....	17
3	Revisando a Literatura	19
3.1	Reforma Psiquiátrica: a metamorfose da atenção à saúde mental.....	20
3.2	O Centro de Atenção Psicossocial: reorganizando a rede de atenção em saúde mental	28
3.3	O CAPSi e suas práticas terapêuticas: desprendendo-se de amarras invisíveis	36
4	Método	43
4.1	Tipo de pesquisa	44
4.2	Cenário da pesquisa	44
4.3	Sujeitos do estudo.....	45
4.5	Procedimento para coleta do material empírico	46
4.6	Análise do material empírico.....	47
4.7	Delineamento ético	48
5	Discussão do material empírico.....	49
5.1	Caracterização dos participantes	50
5.2	Categorias Analíticas	50
5.2.1	A dinâmica do CAPSi e sua multiplicidade de práticas terapêuticas	51
5.2.2	Os espinhos da caminhada: os impasses para a realização das práticas terapêuticas.	59
5.2.3	O impacto das práticas terapêuticas na perspectiva dos cuidadores.....	65
6	Considerações Finais	71
	Referências	73
	Apêndices	85
	Anexos	93

1 Introdução



Fonte: Internet, 2015.

1 INTRODUÇÃO

Falar de “loucura” é algo subjetivo, pois cada ser compreende a saúde e a patologia de maneiras diferentes, visto que o normal para um, pode não ser para o outro e a concepção varia de acordo com a visão e pensamento crítico de cada ser.

No campo da saúde mental, os transtornos psiquiátricos vêm se tornando um emergente problema de saúde pública, considerando-se que tais injúrias acometem o ser humano desde os primórdios apresentando crescimento gradativo e tornando-se uma condição regular nos centros de atenção à saúde (ASSIS et al, 2009).

Os transtornos psiquiátricos atingem crianças, jovens, adultos e idosos, e independem de fatores socioeconômicos e quaisquer outras particularidades específicas. Projetando esta realidade para o público infanto-juvenil, identifica-se que essa demanda tem crescido sobremaneira nos serviços de saúde, seja em resposta à uma falha nas instituições onde estes sujeitos estão inseridos (especialmente na entidade familiar e escolar), seja nos serviços que oferecem atendimento em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2013a), transtornos mentais atingem de 10% á 12% da população infantil e juvenil, prevalecendo nas crianças, e devido o tratamento ausente ou ineficaz, este acompanha o portador em sua fase adolescente e até mesmo adulta.

Mediante à ineficácia dos métodos de tratamento e com o avançar dos estudos na área da saúde mental, pôde-se progressivamente ofertar melhores condições ao indivíduo em sofrimento psíquico. Nesse sentido, em meados da década de 80, estimulado pelo movimento de Reforma Sanitária (RS), eclode a Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, uma luta travada em favor da garantia de cidadania dos portadores de transtornos psiquiátricos, buscando oferecer maior qualidade na assistência e ofertando respeito e dignidade ao considerar os sujeitos a partir de sua individualidade (ROCHA, 2012a).

Dessa maneira, a RP é tida não somente como um movimento que busca a desinstitucionalização, mas como um processo político social complexo e completo, que abrange forças de diferentes origens, por inúmeros autores, atuando nas três esferas governamentais, no âmbito educacional e mercado de saúde, associações de pessoas portadoras de transtornos mentais, conselhos profissionais e movimentos sociais. Mesmo com desafios comuns à sua jornada, segue com uma visão pautada em valores culturais e sociais que acrescentam ao cotidiano da vida institucional da saúde mental uma realidade na qual a dignidade e sociabilidade se fazem presentes (BRASIL, 2011a).

Mediante a RP, criou-se a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, Lei da Reforma Psiquiátrica, que propunha o redirecionamento da psiquiatria, a proteção aos direitos dos portadores de transtornos mentais, tendo como estratégia a desinstitucionalização, levando à diminuição do fluxo de internações psiquiátricas através da redução de leitos públicos e privados. Tal conquista advém de longínquas reivindicações que buscavam a promoção dos serviços substitutivos (ROCHA, 2012b).

A partir da necessidade de criação de serviços substitutivos responsáveis por comutar espaços que funcionassem na perspectiva manicomial, destaca-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, assim como outros serviços que viabilizassem a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico (BRASIL, 2011a).

Os CAPS foram regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que reconheceu e ampliou seu funcionamento e complexidade. Foram subdivididos de acordo com a população, tipo de usuário e modalidade de atendimento, resultando no CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Infanto-juvenil (CAPSi), CAPS Álcool e Drogas II (CAPS ad) e CAPS ad III. São centros diurnos que viabilizam cuidados e a reintegração psicossocial de sujeitos acometidos por transtornos mentais. Diferem do modelo hospitalocêntrico na medida em que evitam as internações e favorecem o exercício da cidadania e inclusão social dos usuários e familiares (BRASIL, 2011a).

Dentre os serviços substitutivos está o CAPSi, regido de acordo com os princípios dos demais CAPS no Brasil, adequando sua assistência e as atividades desenvolvidas à faixa etária atendida (até 18 anos).

Os CAPSi oferecem ações ambulatoriais e utilizam terapias laborais, lúdicas e educacionais para o tratamento e a ressocialização familiar e comunitária do indivíduo. Acompanham sujeitos portadores de transtornos globais de desenvolvimento, alimentares, psicóticos, déficit de atenção e hiperatividade, conduta oposição desafiante, retardo mental leve, dentre outros. Representam serviços baseados em atividades de matriciamento que propõem um acolhimento diferenciado à saúde psíquica e social de seus usuários (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, supõe-se que seja necessário quebrar a metodologia do atendimento ofertado a adultos e particularizar um atendimento ao público infanto-juvenil como uma outra grande batalha que acompanha as lutas constantes da RP. Dessa maneira, o serviço deve estar apto para não somente promover a saúde, mas também perpassar o âmbito da educação,

justiça e demais particularidades que estão ligadas aos direitos desse público (RONCHI, AVELLAR, 2010).

Moraes et al (2013) ressaltam que as atividades devem ser desenvolvidas de modo a atender satisfatoriamente o público e deverão estar de acordo com as necessidades e possibilidades deste, de maneira a necessitarem de diversas avaliações e adaptações para que seja alcançada a singularidade do indivíduo, buscando promover o exercício da autonomia e fazer com que esses sujeitos sejam beneficiados com propostas terapêuticas que atuem na perspectiva da inclusão, integração e reinserção social.

Para tanto, diversas terapias são realizadas nesses serviços, a exemplo de terapias lúdicas com brinquedos e contos infantis, pintura, música, teatro, artesanato, atividades de recreação e educativas, rodas de conversa e socialização. Como exemplo tem-se os contos infantis, proposta esta que busca fazer com que as crianças e adolescentes entrem em contato e elaborem seus conflitos psíquicos mediante o que o conto tratou, estimulando o confronto com seus medos e ao mesmo tempo os mantendo distantes destes (COSTA et al, 2013).

Portanto, cabe aos profissionais que atuam no CAPSi, fazerem-se atentos às peculiaridades dos usuários sendo capazes de diferir o real do patológico, colocando-se à frente do cuidado, provendo meios que integrem uma assistência humanizada com a garantia da subjetividade, fazendo-se valer da alteridade, sensibilidade e assim, darem o melhor de si a quem necessita, provendo uma assistência regada à dignificação do sujeito e ao respeito de sua subjetividade, através de um cuidado holístico que reconhece e valoriza o ser humano (ASSIS et al, 2009).

Frente à tais prerrogativas e considerando que a saúde mental de crianças e adolescentes tem sido bastante negligenciada no contexto biopsicossocial, tanto no que se refere à ineficácia das políticas públicas quanto à incipiência de um aparato científico que a ampare efetivamente, além do despreparo profissional no que concerne às especificidades da área, destaca-se a necessidade de desenvolver estudos dessa natureza, visando contribuir para uma discussão capaz de repercutir no cotidiano e na prática destas instituições na medida em que contempla problemáticas de relevância social e científica.

Diante disso surgem questões como: Quais aspectos estão inerentes às abordagens destinadas às crianças e adolescentes no CAPSi? Quais as práticas ressocializadoras desenvolvidas nesse serviço? Quais os desafios encontrados para a realização das práticas desenvolvidas no CAPSi sob o ponto de vista da equipe? Como se dão as repercussões das práticas executadas no CAPSi sob o ponto de vista dos cuidadores?

Nesse enfoque a presente investigação traz enquanto objetivo geral: Analisar os aspectos inerentes às abordagens destinadas às crianças no CAPSi e como objetivos específicos: Identificar as práticas ressocializadoras desenvolvidas no CAPSi; Revelar os desafios encontrados para a realização das práticas desenvolvidas no CAPSi sob o ponto de vista da equipe e; Investigar as repercussões das práticas executadas no CAPSi sob o ponto de vista dos cuidadores.

2 Aproximação com a temática



Fonte: Internet, 2015.

2 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Atentar para a forma como é prestada a assistência no CAPSi e como esta repercute na vida das crianças e adolescentes que a usufruem, foi uma temática almejada frente a minha paixão por crianças. Ingressei no curso de Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e mesmo não sabendo se me identificaria, com o passar das disciplinas básicas e profissionalizantes e com a realização das atividades práticas, fui me vendo enquanto futura profissional realizada e me afeiçoando à enfermagem, encantamento este que se consolidou no contato com a disciplina de Enfermagem em Neonatologia e Saúde da Criança.

Diante de tamanha realização, resolvi me aprofundar no assunto e tornei-me monitora deste componente curricular, e na perspectiva também de trabalhar o universo da qualidade de vida e promoção da saúde, foi nas atividades práticas de Enfermagem em Psiquiatria que visualizei através de simples ações, o impacto positivo que tais alternativas traziam para o usuário. Assim, uni a temática da atenção psicossocial no contexto da vivência dos transtornos mentais às terapias destinadas às crianças usuárias do CAPSi, buscando explicar quais práticas os profissionais lançam mão para contribuir com o processo de ressocialização desses sujeitos, justificando, portanto, o meu despertar para a temática.

3 Revisando a Literatura



Fonte: Internet, 2015.

3 REVISANDO A LITERATURA

3.1 Reforma Psiquiátrica: a metamorfose da atenção à saúde mental

Séculos atrás não se pensava em psiquiatria ou em saúde mental, uma vez que o transtorno psiquiátrico não era tido como doença, mas como devaneio, e assim, a saúde mental e seus atributos eram problemáticas que deveriam ser alheias à sociedade. Entretanto, o sofrimento psíquico sempre existiu e a explicação para essas alterações era de outra ordem, como espírita, mística, demoníaca, dentre outras, pois a forma como se via, pensava, explicava e vivia o sofrimento era incomum ao que hoje se vê frente a um novo paradigma que rege as abordagens preconizadas (ROCHA, 2012a).

Pensar em sofrimento psíquico atrelava-se a possessões demoníacas, maus espíritos ou mesmo castigos e repreensões, visto que os sujeitos acometidos eram condenados à prisão e escarniados da sociedade, sendo segregados juntos a todos aqueles que representassem perigo à saúde e ao bem estar social, a exemplo dos leprosos e mendigos (AMITRANO, 2011).

Ser louco era estar condenado a maus tratos e humilhações. Esse indivíduo era visto como herege e quando não asilado junto a outros doentes, era queimado vivo em fogueiras ou abandonado em navios em alto mar. Tais estratégias eram vistas como a solução que se dispunha para “limpar” o mal da sociedade. Em diversos locais do mundo existiam casas de internação e hotéis para os loucos onde a precariedade da assistência e a infraestrutura eram nitidamente inaceitáveis, transformando esses espaços em lugares que causavam medo e aversão aos não “desviantes” (ROCHA, 2012a).

Na Grécia Antiga devido à loucura ser vista como manifestação dos deuses, o doente era tido como um ser importante, pois acreditava-se que ele seria capaz de inferir positiva ou negativamente na vida dos cidadãos daquele lugar. E mesmo diante de uma visão equivocada acerca do entendimento da loucura, ainda assim não se enxergava o sofrimento psíquico com a clareza de uma condição própria e passível do ser humano adquirir, sem que este necessitasse ser endeusado ou enclausurado (AMITRANO, 2011).

Hipócrates em meio a suas teorias, desvinculou a ideia da loucura, e procurou associar o conceito de variação de humor ao acometimento deste mal, como a melancolia, psicose, histeria e afins. Ele considerava as doenças como "reações de adaptação" do organismo. E mediante essa desmistificação contínua da visão pragmática que tinha o louco, não era fácil desvincular a visão de desrazão e incredulidade do portador de sofrimento mental. E desse

modo, mesmo com o passar dos tempos, a loucura ainda era considerada uma ameaça à sociedade (ESQUINSANI; DAMETTO, 2012).

Como fator contribuinte à essa visão estava o mercantilismo do século XVII que visava privativamente o lucro. Assim, os loucos, incapacitados de gerar produção, eram mais uma vez excluídos e vistos como indignos, improdutivos e incapazes de gerir o crescimento da nação (SANTA CLARA, 2009; DANTAS, 2013).

É então no século XVIII que a psiquiatria recebe um novo conceito através dos estudos de Philippe Pinel, grande estudioso da medicina e filosofia, considerado o pai da psiquiatria, que se inspirou nas reformas políticas e sociais da Europa e França, para trazer ao tratamento desse mal a humanização da assistência. Enfatizava-se que o ser humano deveria ser visto numa perspectiva holística, não se privando apenas à loucura. Pinel destacou-se ainda por ter sido o desacorrentador dos loucos e enquanto diretor do manicômio de Bicêtre impressionado pelas condições sub-humanas encontradas, em 24 de maio de 1798 libertou os asilados daquele lugar (PEIXOTO; BERTANI, 2010).

A partir de Pinel os hospitais psiquiátricos – antes asilos nos quais estavam todos os tipos de “desviantes” - passaram a não somente isolar os loucos, mas a oferecer também tratamento medicamentoso e terapêutico. É nesse momento que se inicia a luta pelos direitos do portador de transtorno mental. Desse modo, identificou-se que o internamento em casas reservadas estritamente aos loucos provia mais dignidade à assistência destes, uma vez que o espaço de reclusão seria particularizado, a loucura objetivada e haveria a individualização do ser, onde o comportamento, hábitos, alucinações e linguagem passariam a ser observados, com maior eficácia e rigor (CALOMENI, 2010).

Conforme o mesmo autor acreditava-se que no alienado ainda era possível encontrar vestígios de pensamentos racionais, e mediante essa visão, buscava-se cada vez mais integrar a cidadania, o respeito e a individualidade no cuidado ofertado. E se antes os doentes eram exclusivamente reclusos da sociedade, a partir de Pinel e sua ideia de tratamento da loucura, propunha-se a partir de então, uma nova forma de contemplar as abordagens voltadas às pessoas em sofrimento psíquico.

Dessa forma, no Brasil a história da atenção à saúde mental se dá em consonância com outras manifestações da área nos mais diversos continentes. Um marco importante desse contexto foi a criação em 5 de dezembro de 1852 do hospício que recebeu o nome de Pedro II, fato esse considerado por muitos autores como o responsável pelo nascimento da psiquiatria brasileira. A partir de 1890 mediante a criação da Assistência Médico-legal aos Alienados, iniciou-se a construção de outros asilos pelo Brasil prosseguindo as atividades psiquiátricas

necessárias aos usuários. Nesse sentido, ao final do século XIX, a medicina psiquiátrica antes caritativa, agora passava a ser voltada à ciência, frente à atuação do médico psiquiatra (SCHNEIDER et al, 2013).

Assim, em 1903, Juliano Moreira nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados, antigo Hospício Pedro II, remodelou a psiquiatria brasileira segundo a alemã e previu a humanização do recinto, abolindo medidas de contenção, estimulando a retirada de grades e a possibilidade de proceder com a internação voluntária dos “insanos”, buscando a melhoria em seus laboratórios e ofertando terapias que viessem a distrair os pacientes. Para ele, o asilo deveria estar de “portas abertas”, pois buscava a criação de colônias, para que os doentes, antes reclusos, agora fossem tratados em ambientes extra-hospitalares até tornarem-se aptos para se reinserirem na sociedade (ROCHA, 2012a).

Desse modo, a pequenos e lentos passos a história da loucura sofria modificações, mas a submissão do louco ainda permanecia e adentrava o século XX. Nesse contexto, cabe destacar que Pinel surge como pioneiro frente à tentativa de classificar as doenças mentais, sendo estas agrupadas em “manias” ou delírios gerais, melancolias ou “delírios exclusivos”, “demências” e “idiotias”. Foi por meio dessa visão que se constituiu a primeira revolução psiquiátrica por seu modo singular de ver e tratar a doença mental (FABRIS; YKEGAYA, 2011).

Em meados de 1960 houve significativa mudança na história da saúde mental e no movimento da psiquiatria social ao se colocar em evidência as dimensões preventiva e comunitária, efetivando discussões que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica brasileira. E ao se verificar que a população acometida por transtornos psíquicos que recebia atendimento só crescia e ampliavam os custos, buscou-se reorganizar e minimizar esse impacto. Assim, o presidente Kennedy (Estados Unidos) formula um novo caminho para o doente mental, defendendo o regresso desse sujeito à comunidade. E o Brasil junto ao movimento higienista da Liga Brasileira de Higiene Mental passa a orientar-se com base no mesmo raciocínio (ROCHA, 2012a).

Tal proposta de atenção propunha que o nível primário deveria filtrar o fluxo de pacientes para os níveis secundário e terciário a fim de reduzir o custo das internações hospitalares e prover a ampliação da nova visão assistencial psiquiátrica social. No entanto, devido ao elevado número de casos, para dar conta da excessiva demanda de internações, surge a “mercantilização da loucura”, onde a categoria médico-psiquiátrica juntamente ao estado se beneficiava com a compra de serviços psiquiátricos privados (SCHNEIDER et al, 2013).

Posteriormente a Pinel surge Franco Basaglia como importante mentor de inúmeras transformações ocorridas na história da saúde mental no século XX, sendo ele o precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiana conhecido como Psiquiatria Democrática, tendo sido ainda formulador de grandes mudanças no modelo assistencial criticando a postura da medicina frente à vertente que transformava o indivíduo e seu corpo em meros objetos de intervenção clínica. Destaca-se também que ao assumir a direção do Hospital Provincial na cidade de Trieste, foi o responsável por incentivar o processo de desativação deste (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Basaglia defendia a ideia de prover a substituição do tratamento manicomial, reforçando a importância de uma rede de atendimento com visão de serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência e moradias para os loucos. Dessa maneira, em 1973 a Organização Mundial de Saúde (OMS) cria o Serviço Psiquiátrico de Trieste como exemplo de serviço digno aos necessitados da assistência psiquiátrica para a devida reformulação do cuidado na saúde mental (GUERRINI JÚNIOR, 2010).

Com a premissa de Franco Basaglia e como consequência de suas ações, em 1978 foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia" que previa a iniciativa da substituição dos hospitais psiquiátricos por outros serviços. Essa lei representou um forte símbolo na luta antimanicomial, tendo influenciado fortemente a constituição de normativas no Brasil, como a Lei Federal nº 10.216 de 2001, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica que buscava a inserção social do sujeito portador de transtorno mental através da institucionalização de seus direitos sociais e políticos pela consolidação de políticas públicas de saúde mental (GOULART, 2008).

Frente a tais discussões que visavam a necessidade de resgatar a cidadania do louco, as reivindicações antipsiquiátricas e democráticas convergem então com a constituição da Reforma Sanitária (RS) que resultou, também em 1978, na declaração de Alma Ata, durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (ROCHA, 2012b).

Nessa perspectiva, autonomia torna-se a palavra chave da RP brasileira, onde o indivíduo é visto como alguém capaz de organizar e tomar decisões acerca de seus próprios atos. O movimento foi abraçado pelos profissionais, usuários, familiares, associações e demais organizações, e teve como principal marco de sua fundação a “crise da Divisão Nacional de Saúde Mental” (DINSAM) em 1978 visto que os profissionais sentiram-se inconformados frente às péssimas condições das instituições hospitalares de cunho

psiquiátrico e em meio a tais polêmicas, muitos foram demitidos. Entretanto, em favor da justiça, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, vários destes profissionais gritaram o Manifesto de Camboriú marcando na história o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979 (ROCHA, 2012a).

Em se tratando da saúde mental e frente a essa mudança de paradigma que sofria o Brasil e consoante à Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, surgem as propostas em favor da criação de modelos substitutivos ao manicomial que se estabeleceriam como políticas públicas para a consolidação da RP brasileira como já previa Basaglia mediante sua “Lei 180” (SCHNEIDER et al, 2013).

Tais políticas preconizavam a criação de leis que contribuíssem para a melhoria do atendimento dos serviços e benefícios para os usuários, garantindo o acesso a seus direitos sociais. É então nas Conferências Nacionais de Saúde que se fortalece a necessidade de discutir tais políticas a fim de otimizar os serviços que levariam à substituição dos hospitais psiquiátricos, buscando melhorias e facilitando o processo de inclusão e inserção social na comunidade (ROCHA, 2012a).

Assim, dispor de uma política que prioriza a desospitalização e a inclusão valendo-se do universo social e cultural no qual os indivíduos portadores de sofrimento mental se encontram, significa trazer à tona a ideia de uma transformação plural e multifacetada. No entanto, não basta desospitalizar o indivíduo afim de racionalizar recursos, mas para que se alcance um cuidado efetivo e um convívio harmonioso com a comunidade, é necessário que se ofereça uma rede de serviços de qualidade onde os direitos humanos estejam resguardados e a cidadania seja garantida e preservada (MACIEL et al, 2009; OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

É em meio a esse entrave que o Brasil desperta para a importância e necessidade de se consolidar a RP, um movimento que mais que tirar os “insanos” dos muros manicomiais, propõe a criação de uma rede de serviços e estratégias territoriais de natureza comunitária, solidária, que preza pela inclusão social e pelo direito de liberdade do usuário. Contudo, para que esse movimento ganhe forças, é indispensável a atuação de todos os atores sociais envolvidos nesse processo, para que se conquiste efetivamente a redemocratização, mudanças e melhorias nos modos de se trabalhar o sofrimento psíquico (YASUI, 2010).

Mediante tais circunstâncias, se configura a ação protagonista da RP brasileira que é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Responsável por reunir as reivindicações dos trabalhadores ao discurso humanitário, ganhou ampla repercussão, tendo sido líder em anos posteriores dos movimentos que alcançaram a realidade de uma psiquiatria

de caráter definitivamente antimanicomial onde se tinha como objetivo a humanização da assistência, a racionalização do ser, a moralização do asilo e a criação de ambulatórios que pudessem receber os doentes em crise, trata-los, e devolvê-los à comunidade. Em virtude de todas essas mudanças, foi promovida, portanto, a reformulação do sistema nacional de saúde, levando a novas alternativas das políticas de saúde do Estado culminando efetivamente na RP (PARTEKA, 2014).

Os integrantes do MTSM buscavam acima de tudo a dignidade da assistência. Eles propunham condições de trabalho humanas. Se havia o pensamento de alternativas de atendimento extra-hospitalares, incitava-se a formalização dessa ideia. Posicionavam-se contra o que a antiga psiquiatria pregava no quesito da ideia de desrazão e temida periculosidade por parte dos “insanos”. Acreditavam e defendiam que os doentes não eram somente loucura. E por serem seres humanos, eram dignos de um tratamento onde sua cidadania fosse resguardada. (ROCHA, 2012a).

Nesse sentido, ao abraçar a causa da RP, o Brasil foi aos poucos se adequando e começaram a surgir os primeiros resultados dessa luta. Em 1986 houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde que impulsionou expressivamente propostas voltadas ao campo da saúde coletiva, de modo que em 1987 acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, marcando o início da desinstitucionalização que levada ao II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental consagra o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (MENEGAT, 2010).

Mediante ao grito que traz o desejo de uma sociedade sem manicômios, foi criado em 1987, no Rio de Janeiro, o Instituto Franco Basaglia, estimulado pelas reivindicações de Delgado e do povo, a fim de desenvolver outras estratégias capazes de formular políticas públicas que viessem a resgatar a dignidade e cidadania dos portadores de sofrimento psíquico (ROCHA, 2012b).

Numa guerra com muitas vitórias, o Brasil e sua Constituição Federal de 1988 definem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): igualdade, descentralização, universalidade, regionalização, hierarquização, integralidade em suas ações e a participação social. Levando em consideração tais premissas, surge a alternativa do atendimento aos doentes mentais em serviços substitutivos, que ao invés de excluí-los da sociedade, fazem agora ponte com a comunidade e os insere gradativamente (MACHADO et al, 2009; ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Dentre esses serviços pode-se destacar: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Convivência; Cooperativas Sociais de

Trabalho; Programa de Volta pra Casa (PVC); Núcleo de Apoio às Estratégias de Saúde da Família (NASF); Serviços Residenciais Terapêuticos; Programas de Supervisão clínica e Institucional para qualificação da rede e das equipes; Atenção à População Carcerária do Sistema Prisional; Programas de Redução de Danos; Atenção à População de Rua e a primazia de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. (MATTOS, 2009).

Mediante toda repercussão e reviravolta que sofreu a história da psiquiatria brasileira frente aos avanços citados, em 1989 é criado por Paulo Delgado o Projeto de Lei 3.657/89 (Lei da Reforma Psiquiátrica) que tinha como base três pilares: o impedimento da construção ou ligamento do poder público a hospitais psiquiátricos; o redirecionamento dos recursos públicos voltados à assistência antimanicomial e a comunicação da internação compulsória com comunicado obrigatório às autoridades judiciais (PITTA, 2011).

Nesse contexto, com o Projeto de Lei de Paulo Delgado ganham ascensão os debates referentes a nova era da saúde mental e as formas de se prestar assistência e frente a isso e instigada por seus pensamentos, a sociedade se mostrava cada vez mais presente, fazendo valer um dos princípios do SUS que é a participação social (ROCHA, 2012a).

Dessa forma em 1990 surge a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica realizada em Caracas que promulgou a "Declaração de Caracas", retratando o dever do compromisso à promoção da assistência psiquiátrica onde deveriam ser preservados os direitos de cidadão do usuário e de sua permanência no meio onde está inserido, revogando o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico (OTTOBELLI; ROTOLI, 2010).

Posteriormente ao final do ano de 1992 acontece a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, destacando que se deve entender o processo saúde/doença mental de maneira a englobar o modo de viver das pessoas, relevando suas origens e referências, fazendo valer a importância do direito à saúde e cidadania, onde o cuidado seja instaurado não somente em crises, mas em toda a vida, visto que a atenção psicossocial que vem a substituir a clínica provém ao sujeito um cuidado singular, incluindo atenção à sua dimensão psíquica revelando sua subjetividade e criatividade incluindo a família, trabalho e o lazer na assistência quebrando os paradigmas da antiga psiquiatria (ROCHA, 2012b).

Desse modo, em consonância com tais pensamentos, ocorre em 1996 no Rio de Janeiro, o I Congresso de Saúde Mental do Estado organizado pelos institutos dos grandes mestres da psiquiatria, sendo o Instituto Franco Basaglia (IFB) e o Instituto Philippe Pinel (IPP), trazendo grandes repercussões para o processo da RP que buscava a substituição da clínica pela atenção, valorizando o sujeito de maneira singular, não desvinculando sua dimensão

psíquica da social, proporcionando meios que integrassem família, trabalho e lazer à assistência (ROCHA, 2012a).

Ottobelli e Rotoli (2010) enfatiza que para sancionar os direitos dos portadores de transtornos mentais surge a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que redireciona o modo de organizar a saúde mental e define os tipos de internação psiquiátrica. Essa lei teve uma importante fundamentação no Movimento da Luta Antimanicomial frente ao MTSM ocorrido em 1987.

A Lei 10.216, regulamentada aproximadamente doze anos após o projeto de Lei 3.657/89, traz a obrigatoriedade do respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais, de maneira a garantir tratamentos alternativos à internação nos manicômios psiquiátricos, sendo estes preferencialmente em serviços comunitários onde o tratamento proposto vise sua reinserção social e quando necessária a internação, o usuário seja contemplado com uma assistência integral (ROCHA, 2012b).

Rocha (2012a) diz que com a conseqüente mudança no paradigma constitucional e assistencial referente à saúde mental no Brasil, o modelo substitutivo à redução dos leitos hospitalares pela regulamentação de novos serviços vem sendo efetivado pelo Plano Nacional de Avaliação do Serviço Hospitalar (PNASH), onde aqueles hospitais que não atenderem à pontuação mínima exigida pela PNASH-Psiquiatria correrão o risco de desativação caso não se adequem em até três meses. Essa iniciativa reduziu significativamente o número de leitos hospitalares que declinou de 100 mil nos anos 70 para 47.843 segundo o MS em 2004 (BRASIL, 2004).

Segundo Pereira e da Costa Rosa (2012) com a visão de fazer valer a lei da RP, foi na Marcha pela Reforma Psiquiátrica ocorrida em 30 de setembro de 2009, que contando com a participação de profissionais e usuários dos serviços de saúde mental, houve a repactuação das Políticas de Saúde Mental visando ampliar as propostas do Programa de Volta Para Casa - com inclusão de um tratamento baseado na reintegração social das pessoas com transtornos mentais que passaram por longas internações adicionado do auxílio financeiro ao doente ou a seu responsável - com o apoio da Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial e diversas outras entidades que também buscavam a humanização e integralização da assistência em saúde mental.

Dentre as metas buscadas na Marcha pela RP pode-se destacar: a defesa do Sistema Único de Saúde pela RP Antimanicomial a fim de alcançar uma melhor estrutura e condições no atendimento e tratamento de portadores de sofrimento mental; o cumprimento da Lei da RP (10.216/01); a reivindicação pela realização da IV Conferência Nacional de Saúde

Mental fundamental para o avanço da luta da RP Antimanicomial e a efetivação do "Programa de Volta para Casa" (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009; MACHADO, 2012).

Dessa forma, a política de saúde mental busca proporcionar a garantia de um cuidado ofertado por serviços substitutivos a usuários que antes eram destituídos da própria identidade, e privados de seus direitos mais básicos de liberdade, e agora passam a ser atuantes e constroem novas histórias no mundo devido às práticas de reinserção e reabilitação psicossocial que lhes são oferecidas, emancipando-os enquanto seres humanos (MATEUS, 2013; BRASIL, 2001).

Ante o exposto, é fortalecida cada vez mais a necessidade de serviços que subsidiem práticas integralizadas e que permitam aos usuários dos serviços de saúde mental um cuidado pautado na preservação da singularidade, cidadania e autonomia.

3.2 O Centro de Atenção Psicossocial: reorganizando a rede de atenção em saúde mental

Mediante a luta pela reinvenção da maneira de cuidado ofertado ao portador de transtorno mental, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) objetivou a criação, ampliação e articulação de unidades de atendimento de saúde para pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades frente ao uso de álcool e drogas (ROCHA, 2012a).

Dentre as unidades de atendimento pode-se destacar o CAPS, que é um serviço apto a oferecer o cuidado diário a estas pessoas, onde o atendimento se dá pelo acompanhamento clínico do usuário e da reinserção social deste. É cultuado seu direito ao trabalho, lazer, saúde, bem estar, cultura e cidadania. Busca-se tratar o usuário holística e integralmente, valorizando o meio no qual se encontra inserido garantindo aos que fazem parte deste a oportunidade de também participarem do cuidado (BRASIL, 2011a).

É um serviço oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que é tido como base para pessoas com grave sofrimento psíquico, onde haja necessidade de um cuidado intensivo por sua severidade e persistência, e para aqueles usuários que possuem transtornos relacionados às substâncias psicoativas e também crianças e adolescentes que sofrem com problemas mentais. Para que se preste o devido cuidado a esses pacientes, o CAPS conta com uma equipe multidisciplinar organizada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e demais profissionais que venham a acrescentar no serviço e ofereçam terapêuticas que estejam em consonância com a natureza deste (BRASIL, 2012a).

Como substitutivo ao modelo asilar, o CAPS serve de base para o cuidado na saúde mental, sendo este de cunho comunitário e matriciado, estando integrado à Estratégia de Saúde da Família e demais serviços de saúde. Utiliza-se do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para tratar dos usuários, proporcionando dinamismo entre a tríade equipe-usuário-família. Caracteriza-se pela visão da atenção humanizada e pelo respeito à cidadania, autonomia e a liberdade de seus usuários (BRASIL, 2013b).

O CAPS deve possibilitar ao usuário um tratamento e acompanhamento que vão “além dos muros” e que evita a cronificação deste no serviço, e para isso é necessário que os profissionais estejam atentos e assim, possam, através dos serviços prestados, promover a reinserção social destes indivíduos através do cuidado humanizado e holístico que prevê a atenção psicossocial sendo esta pautada numa ética de solidariedade. Assim, ter rompido o modelo hegemônico hospitalar curativo e verticalizado, de pouca resolutividade, é uma conquista da qual se deve ter orgulho, pois esta reviravolta na psiquiatria brasileira trouxe grandes contribuições (MARAFIGA; COELHO; TEODORO, 2009; MELO, 2012).

Por ser um projeto inovador e ser tido como marco da RP, busca acolher seus usuários de maneira a fazê-los sentirem-se em casa e “livres” à reclusos e excluídos. É nessa perspectiva que o ambiente realiza suas terapêuticas de “portas abertas”, mostrando-se acolhedor ao usuário, família e comunidade na qual no encontra-se inserido. É um serviço que valoriza a história de vida do usuário e sua cultura. Fornece suporte social àqueles que da sociedade estão sendo excluídos através de terapêuticas coletivas, grupais, individuais e comunitárias, voltadas à família, dentre outras possibilidades que venham a acrescentar no cuidado e otimizar a assistência ofertada (PINTO et al, 2011; PAULA et al, 2011).

Nesse sentido, a Portaria SAS/MS nº 854/2012 que tem por finalidade alterar e criar os procedimentos a serem realizados pelos CAPS a fim de otimizá-los, e obter maior satisfação na resposta destes para com os usuários, está para promover um melhor acompanhamento e orientar o cuidado a nível territorial de modo que o usuário seja o centro da atenção, e não o serviço, assim, dispondo ao necessitado a terapia que lhe é necessária. O serviço deve subsidiar uma estrutura física contemple um espaço social no qual o usuário sinta-se bem e seja estimulado a procurar realizar o seu melhor, sendo compreendido e visto como cidadão executor de seus direitos e deveres buscando a ampliação do seu poder de contratualidade social (BRASIL, 2013b).

A referida portaria traz como incumbência ao PTS atingir as demandas dos usuários e família, e dentre estas podem integrar o plano de cuidado o acolhimento inicial, diurno e/ou noturno; atendimento individual ou grupal; atenção às crises; práticas corporais, expressivas e comunicativas; atendimento à família e domiciliar; reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares; articulação de redes

intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da rede primária, urgência e emergência e dos serviços hospitalares de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico e apoio a serviço residencial de caráter transitório (BRASIL, 2013b).

As propostas do CAPS visam um serviço que preconiza o acolhimento contínuo a todos aqueles que se inserem neste espaço, pois traz como premissa o cuidar em liberdade de modo a reinserir os indivíduos no mundo, provendo meios que lhe assegurem os seus direitos enquanto cidadãos. Devem dispor de recursos humanos e físicos que configurem a visão do serviço substitutivo e integral que propõe em algumas de suas modalidades a oferta de atenção continuada durante as vinte e quatro horas do dia, dependendo de sua modalidade (BRASIL, 2012a; RODRIGUES, 2010).

Deve estar baseado no matriciamento, visto que é das unidades básicas de saúde e demais serviços da atenção primária, secundária ou terciária, que receberá o encaminhamento dos usuários, fazendo valer o serviço de referência e contra referência. Em conformidade com outros serviços, deve, portanto, realizar contato com outras unidades de saúde caso necessário e acolher os usuários, sejam doentes mentais ou usuários de álcool e outras drogas, independente do seu quadro e realizar a devida assistência, seja tratando no serviço ou encaminhando para outra unidade. Dessa forma, o serviço encontra-se apto a acolher as situações de crise que lhes forem apresentadas (PINTO et al, 2012).

Deve contemplar ainda ações que perpassem todos os âmbitos da vida do usuário, valorizando e trabalhando a educação, trabalho, cultura e lazer, seja de forma grupal ou individual, bem como, oferecer serviço de atendimento aos familiares, e juntamente a estes realizar reuniões a fim de avaliar o serviço e encontrar soluções para possíveis problemas. Deve também ofertar serviços de acompanhamento nas internações, principalmente as psiquiátricas, e prover visitas domiciliares e institucionais, quando em consonância com o projeto terapêutico do usuário, realizando a supervisão dos internos em situações de longa permanência (BRASIL, 2011c).

É também função desses serviços desenvolver oficinas terapêuticas a fim de trabalhar o cognitivo, lúdico e social dos usuários voltadas ao público interno e externo do CAPS, estimulando, portanto, projetos que além da terapia subsidiem fonte de trabalho e renda aos usuários, procurando desinstitucionalizá-los (MIELKE et al, 2009; NASI; SCHNEIDER, 2011).

Assim, preconizando as fundamentações das premissas e propostas do serviço, a infraestrutura deve estar em convergência com a visão inovadora e positiva do CAPS. Desse

modo, este espaço deve ter no mínimo: uma recepção para acolhimento; salas de atendimento individualizado e de atividades coletivas; espaço de convivência interno e externo; banheiro com chuveiro e sanitário adequado ao fluxo e às necessidades dos usuários; sala de medicação e posto de enfermagem; quarto coletivo e de repouso profissional; sala administrativa, de arquivo e de reunião; almoxarifado; refeitório; copa; depósito de material de limpeza; rouparia; abrigo de resíduos sólidos e lixo; área para embarque e desembarque de ambulância, dentre outros espaços (BRASIL, 2013b).

Nessa perspectiva, os CAPS são divididos conforme suas características únicas e o quantitativo de profissionais do serviço. Assim, seguindo a Lei 10.216 de 06/04/2001 e a Portaria 336/2002, eles foram articulados para atender o público em sofrimento psíquico severo ou persistente, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e demais situações clínicas que interfiram em sua cidadania e no estabelecimento de vínculos e projetos de vida, independentemente do cuidado ser de tratamento intensivo - necessita de apoio diário -, semi-intensivo - acompanhamento frequente não necessitando estar diariamente no CAPS - e não intensivo - quando o paciente apresenta o quadro clínico que não necessita de suporte assistencial (BRASIL, 2011c).

As equipes dos CAPS são compostas de acordo com a necessidade do serviço e sua modalidade, sendo minimamente compostas por um médico psiquiatra, um enfermeiro especialista em saúde mental, e profissionais da psicologia, assistência social, terapia ocupacional, pedagogia ou outro necessário ao PTS. Os de nível médio serão o técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, onde sendo de acordo com as peculiaridades poderão ser acrescentadas outras categorias profissionais. O atendimento pode ser individual, grupal, por oficinas terapêuticas; visitas domiciliares, atividades comunitárias e demais necessidades do serviço, usuário e família (BRASIL, 2013b).

Dentre as modalidades dos CAPS está o CAPS I que é aquele que se encontra presente em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funciona das 08 às 18 horas em 02 (dois) turnos nos cinco dias úteis da semana. Possui equipe técnica para o acompanhamento de 20 a 30 usuários por dia em regime intensivo, sendo esta composta por um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio (BRASIL, 2002).

O CAPS II está presente em municípios com o número de 70.000 e 200.000 habitantes, e tem seu funcionamento igualmente ao CAPS I, podendo ser acrescentado um turno e ter seu horário estendido às 21h00min, podendo atender até 45 usuários em regime intensivo. Sua

equipe deve contar com um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio (BRASIL, 2011c).

O CAPS III está para municípios com população acima de 200.000 habitantes. É um serviço ambulatorial que provém atenção durante 24 horas diárias independente de feriados e finais de semana, possuindo até cinco leitos para casos de observação, sendo que o paciente só poderá ficar até sete dias corridos ou 10 dias intercalados no serviço no intervalo de dias (BRASIL, 2011a).

O CAPS supracitado pode atender de 40 a 60 usuários por dia em regime intensivo, sendo necessária à sua equipe mínima dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco profissionais de nível superior e oito profissionais de nível médio, sendo que para o acolhimento noturno com os plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por três técnicos/auxiliares de enfermagem e um profissional de nível médio da área de apoio, e para as 12 horas diurnas um profissional de nível superior, três técnicos/auxiliares de enfermagem e um profissional de nível médio da área de apoio (BRASIL, 2013b).

O CAPS ad está para atender pacientes de todas as faixas etárias que apresentem sofrimento psíquico pelo uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço de atenção contínua e diária igualmente ao CAPS III, estando presente em municípios com número habitacional acima de cento e cinquenta mil. Sua equipe deve ser composta por no mínimo um médico psiquiatra e um clínico geral; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (BRASIL, 2011a).

O CAPS ad II está para atender municípios com população superior a 70.000, sendo referência para casos de necessidade de atendimento ambulatorial diário, e seu funcionamento se equipara ao CAPS II, sendo que deve manter dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso de pacientes pelo uso e dependência de substâncias psicoativas. Têm suas atividades de acordo com as dos outros CAPS e atendimento para desintoxicação. Recebe até quarenta e cinco atendimentos no dia, com uma equipe formada por um médico psiquiatra e um clínico geral; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2011a).

O CAPS ad III atende adultos, crianças e adolescente, sendo provido de até 12 leitos para observação e funciona as 24 horas diariamente. Implantado em municípios com população de 200 a 300 mil habitantes, o usuário pode permanecer até 14 a cada 30 dias, sendo posteriormente encaminhado a uma Unidade de Acolhimento se necessário. Atende até 60 pacientes por dia. Necessita de um médico clínico e um psiquiatra; um enfermeiro de

saúde mental; cinco profissionais de nível superior; quatro técnicos de enfermagem e cinco profissionais de nível médio, sendo acrescentado no acolhimento noturno por um enfermeiro e três técnicos, um profissional de nível médio e, no período diurno por um enfermeiro, três técnicos e um profissional de nível médio. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012b).

O CAPSi está para o atendimento de crianças e adolescentes com idade de até 17 anos 11 meses e 29 dias, sendo implantado em municípios com população acima de 150 mil habitantes e acompanha até vinte e cinco usuários por dia, sendo sua equipe composta por no mínimo seis profissionais de nível superior e cinco de nível médio, dentre eles um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra e um enfermeiro com formação em saúde mental, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2013b).

Os CAPSi são regidos igualmente aos princípios dos demais CAPS no Brasil, sendo que a assistência e as atividades desenvolvidas estarão de acordo com a faixa etária atendida, sendo adicionadas atividades comunitárias que viabilizem a integração ou reintegração do usuário na família, escola e comunidade, provendo ações fortemente voltadas às áreas de assistência social, educação e justiça por tratar de crianças e adolescentes. O público está para portadores de transtornos globais de desenvolvimento, alimentares, psicóticos, déficit de atenção e hiperatividade, conduta oposição desafiante, retardo mental leve e outros que se mostrem necessários ao cuidado prestado pelo serviço (TAVARES; SOUSA, 2009; BRASIL, 2008).

Dessa forma, até na infraestrutura os CAPS se mostram diferentes dos antigos centros de saúde voltados aos portadores de doenças mentais. É nítido, portanto, que este serviço propõe uma perspectiva de ampliação da visão à saúde mental e abandona o paradigma de saúde como ausência de doença, permitindo assim, ao usuário, ser visto como um ser dotado de capacidades e que merece o respeito como qualquer outro cidadão, sendo tratado humanamente e tendo sua dimensão biopsicossocial e cultural preservada e exaltadas no cuidar, fazendo com que ele se reinsira na sociedade, família e comunidade com sua dignidade preservada e seus direitos assistidos (ALVES, 2009; KANTORSKI et al, 2011).

Ramminger (2009) e Menezes (2014) relatam que pelo trabalho que acontece no CAPS percebe-se que a integralidade das ações acontece de maneira coletiva onde os profissionais interagem no cuidado aos familiares para prestar melhor assistência aos usuários. Para que esta seja realizada com exímio é necessário que se identifiquem meios que potencializem o serviço, e dentre eles, pode-se destacar, principalmente, a necessidade dos trabalhadores mudarem sua postura profissional e a maneira como se portam frente ao usuário, visto que,

por tratar-se de pacientes com transtornos mentais, por vezes, o corpo fala mais que a boca e, saber interpretar estas palavras pouco expressadas facilita o cuidado prestado.

Nesse sentido, levando em consideração os princípios norteadores dos CAPS e os meios utilizados para o desenvolvimento de seu trabalho, é visto que a partir das terapias – realizadas em consonância com o desejo e possibilidades dos usuários -, o indivíduo tem sua autoestima elevada por sentir-se capaz de realizar atividades por conta própria, visto que a pequenos passos está se (re)construindo enquanto ser humano capaz e possuidor de uma identidade dotada de histórias e possibilidades. E além de contribuir psicologicamente e cognitivamente, o usuário pode também contribuir oferecendo uma renda extra para sua casa, o que, porventura, o faz sentir-se emancipado, aprimorando e otimizando seu tratamento e caminho para uma melhor qualidade de vida (BURKE; BIANCHESSI, 2013; BRASIL, 2011c).

Reconhecer os riscos e avaliar a relação custo-benefício faz parte também da assistência prestada pelo serviço, pois é através desse entendimento que o usuário receberá um melhor tratamento de maneira que os problemas sejam minimizados. E para tal, faz parte da atuação dos profissionais fazerem valer sua consciência crítica frente à esses fatores, fazendo com que, o cuidado prestado seja exímio e exemplo a ser seguido nas mais diversas modalidades de atendimento na saúde mental de maneira a favorecer o exercício da autonomia dos usuários (PANDE; AMARANTE, 2011).

O CAPS traz em sua política diretrizes que favorecem o acolhimento do usuário frente à novas perspectivas enfocadas numa assistência multiprofissional, onde estes têm seus direitos resguardados e sua liberdade e cidadania garantidas, de modo que as diferenças enquanto seres humanos particulares e únicos sejam respeitadas, favorecendo, portanto, a promoção de sua saúde mental e física, ao minimizar a apreensão frente ao tratamento e ao novo estilo de vida perante o sofrimento humano, sendo este o foco da atenção, e não mais o seu transtorno, assim como acontecia no antigo modelo hegemônico e verticalizado da psiquiatria dos insanos (TAVARES, 2009; KANTORSKI et al, 2011).

Dessa maneira, compreender o sofrimento psíquico como algo além de uma patologia, é dignificar o cuidado através da ressignificação deste, fazendo valer o seu direito à cidadania e a sua contratualidade social. Assim, parte não somente do serviço e do mundo exterior, mas também do usuário, o dever de cumprir com o que lhe é dado como direito, regendo sua valorização enquanto ser humano capaz de possuir autonomia a ponto de exercer seus direitos e escolhas ativamente perante os sabores e dissabores que essa referida autonomia lhes traz (PINHO, 2010).

É, portanto, através da busca pela manutenção da ordem social, que se provém ao usuário a cidadania tão almejada em anos de luta por uma psiquiatria voltada à integralidade do ser pautada na inclusão social. Assim, restituindo-lhe seus direitos de cidadão, a atenção agora, voltada à sua condição psíquica e física, passa a ser pautada estruturalmente em pilares culturais e sociais perante à nova visão e ao novo modo de conduzir a assistência por parte dos profissionais da saúde mental (BÜRKE; BIANCHESSI, 2013).

Partindo de tais premissas, verifica-se que a reabilitação psicossocial proporciona ao cidadão a desapropriação das terapêuticas fundamentadas na patologia do ser e estrutura-se então, de acordo com as necessidades humanas básicas do usuário, através da reconstrução social deste ser, promovendo de maneira ágil e fácil, o restabelecimento de sua inclusão. Vê-se, portanto, que o cuidado se solidifica na ênfase pelo objetivo da realização dos projetos de vida desses sujeitos, acontecendo num espaço que ofereça condições para que eles se encontrem e protagonizem as suas vontades readquirindo poder, voz e voto perante seu contexto (KANTORSKI, 2011).

Assim, desapropriar-se da visão que a sociedade tem frente o portador de transtorno mental no que se refere à exclusão e discriminação para com este, é papel fundamental do CAPS, pois deve-se fazê-los enxergar que precisam contribuir para uma sociedade justa e igualitária, provendo ao usuário o respeito e dignidade merecidos, agenciando, portanto, o cuidado ao ofertar um suporte social (RAMMINGER, 2009; GUEDES, 2010).

Para que se superem tais desafios é necessária a criação de possibilidades que venham a acrescentar nos projetos de vida de seus usuários através do exercício da liberdade e integralidade do cuidado. É então pautado nessa premissa que o PTS é construído e idealizado, pois considera as potencialidades de saúde/doença e realidade social de cada usuário (RAMMINGER, 2009; BOCCARDO et al, 2011).

Nessa perspectiva, os profissionais desse serviço estão para realizar a devida escuta e posicionamento frente às crianças e adolescentes, estando sempre atentos à maneira como se portam frente à estes, pois isto implicará positiva ou negativamente no modo com este se voltará para ele (GUEDES et al, 2010).

Compreendendo que o CAPS é o núcleo do cuidado e referência de serviço que promove a autonomia do usuário e faz com este protagonize seus atos e sua vida, destaca-se que ele promove a valorização do ser, enfatizando a sua contribuição à sociedade (DOS SANTOS et al, 2012; CAMPOS-BRUSTELO; BRAVO; SANTOS, 2010).

Pela assistência oferecida pelo serviço e pela partilha de experiências, onde o cuidado busca evitar novas cronificações, não somente no recinto do CAPS, mas na própria prisão

ideológica do usuário, é relevante fortalecer a ideia de protagonismo de vida e autonomia dos atos à sociedade e à comunidade, valorizando o sujeito portador de transtorno mental enquanto cidadão (LOPES; DEUSDADO; LAGE, 2012; BOCCARDO et al, 2011).

Portanto, prover um ambiente no qual este indivíduo sintá-se incluído e participante, seja em sua residência, no ambiente escolar e/ou comunitário, no trabalho ou na sociedade, contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida, promovendo possibilidades de superação frente aos complexos de negatividade que os impedem de viver em conjunto com a sociedade de forma igualitária (MACIEL et al, 2009; CAMPOS-BRUSTELO; BRAVO; SANTOS, 2010).

Buscar transformar as mentalidades, hábitos e costumes cotidianos da comunidade e familiares das crianças e adolescentes usuárias do CAPSi é uma meta a alcançar, e para tanto deve ser fonte de um acolhimento não somente aos doentes, mas também é necessário o comprometimento dos profissionais nessa causa para que se minimizem o estigma e promovam a inclusão social (SANTOS et al, 2012).

Assim, a desestruturação do antigo modelo hospitalocêntrico em favor dos serviços substitutivos tem sido vista como avanço na prática de cuidados. Desarticular a verticalização do cuidado é meta e promover os laços afetivos subsidiando a humanização da assistência, além da ressignificação das ações que são oferecidas aos prisioneiros dos muros invisíveis de sua subjetividade é o que preconizam os moldes da RP e as conjunturas dos serviços substitutivos, principalmente no que se refere aos CAPS e suas práticas terapêuticas (SILVA, 2013b).

3.3 O CAPSi e suas práticas terapêuticas: desprendendo-se de amarras invisíveis

A RP veio para mudar a história da psiquiatria no Brasil, sendo este um movimento dinâmico e de avanços permanentes. São notórios os benefícios que este movimento trouxe para os usuários dos mais diversos serviços de saúde mental existentes. Visando não somente a substituição dos serviços, mas também reestruturar e reorganizar as terapias oferecidas pensou-se, portanto, em estratégias capazes de potencializar o crescimento do sujeito em sofrimento psíquico (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010).

Sabendo-se que a doença mental é um problema de saúde pública mundial, sobretudo, quando se trata da faixa etária infanto-juvenil pelo fato de que por vezes a doença pode passar despercebida por certas atitudes serem consideradas aceitáveis para o comportamento de

crianças e adolescentes e frente às interfaces do desenvolvimento e da conduta, identifica-se que poderão ser ocasionado falsos, errôneos ou serem omissos os diagnósticos frente à essa problemática, o que conseqüentemente contribui para gerar a cronicidade do problema (ASSIS et al, 2009; FEITOSA et al, 2011).

Assim, deve-se estar atendo aos mínimos detalhes para prover à criança e ao adolescente a melhor assistência possível, de maneira a atender as suas necessidades, levando em conta o meio no qual está inserido, a vulnerabilidade a qual encontram-se expostos e demais peculiaridades, para que diante de uma abordagem qualificada esse público venha a ter as suas necessidades atendidas e possa receber o tratamento adequado (TANAKA; LAURIDSEN-RIBEIRO, 2009; GRICOLO, 2010).

Não obstante, tem-se ainda o déficit e a precariedade que enfrentam os serviços e políticas voltadas à esse público, seja por falta de instituições, medidas ou até mesmo o profissionalismo dos que ali estão para cuidar e tratar, contribuindo para o crescimento significativo de casos de crianças e adolescentes com transtornos mentais (AZEVEDO; MIRANDA, 2011; CAVALCANTE; JORGE; DOS SANTOS, 2012).

Buscando oferecer uma melhor assistência e pensando em meios que viabilizassem e assegurassem os direitos das crianças e adolescentes, buscou-se elaborar leis, portarias e políticas que regulamentassem ações para esse tipo de atenção. Mesmo diante da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), algumas questões não são efetivamente abordadas (CADORE et al, 2010).

Dessa maneira o CAPSi surge para assistir às crianças e adolescentes com o máximo de humanização e trazer à tona a realidade deles através de oficinas e práticas que ao mesmo tempo em que tratam, ensinam e os satisfazem por utilizar instrumentos prazerosos, transcendendo um novo caminho na psiquiatria infantil, com os devidos redirecionamentos, resultando, portanto, numa melhor assistência, agradando a quem recebe, a quem pratica e a quem assiste o cuidado (AZEVEDO; MIRANDA, 2011; KIELING; BELFER, 2012).

Ele redireciona o cuidado de tal maneira a transcender os muros existentes entre a sociedade e os jovens, trazendo uma nova perspectiva no cuidar por lançar mão dentre tantas atividades de oficinas terapêuticas para a ressocialização e tratamento de seus usuários. (CADORE et al, 2010; OLIVEIRA; RIBEIRO; COIMBRA, 2012).

Na perspectiva de desenvolver tais práticas, buscou-se integrá-las de maneira a não apenas alcançar finalidades terapêuticas, mas também recreativa, onde a criança e o adolescente no desenvolvimento da atividade não o faça porque lhe é pedido, mas por sentir-se atraído. Assim ele apresentará respostas condizentes com o tratamento e expressará a

finalidade consumada, que é a projeção do que lhes aflige e a otimização de sua socialização com os demais, potencializando a sua capacidade de trabalhar em coletividade (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

A utilização das oficinas terapêuticas data dos primórdios de 1900. Em meados de 1920 e 1930 o médico sanitarista Osório César utilizou esse método a fim de promover a espontaneidade expressional de portadores de transtornos mentais no que se refere ao enfrentamento de seus medos e angústias. Posteriormente, em 1950, a psiquiatra Nise da Silveira utilizou a arte terapia com oficinas de pintura e modelagem, atualmente as denominadas oficinas terapêuticas para tratar e mediar os transtornos mentais. Em 1999 com a aprovação da lei 9.867 houve o incentivo à utilização das oficinas terapêuticas no cuidado às crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais (MACAGNAN; 2010).

Para fazer uso de determinada prática terapêutica o usuário passará por uma avaliação da equipe multidisciplinar que discutirá a melhor abordagem para o seu caso, elaborando deste modo, o PTS de acordo com sua necessidade. Existem inúmeras modalidades de oficinas que podem vir a contemplar o PTS de crianças e adolescentes, como as de pintura, desenho, arte, música, teatro e afins, todas buscando promover a socialização do indivíduo e a projeção de seus conflitos internos, sendo estas desenvolvidas em grupo ou de forma individual (MENEZES; 2014).

O PTS de cada usuário será reavaliado de acordo com as normas e rotinas do serviço e de acordo com a necessidade do sujeito. Assim, periodicamente poderá haver mudanças no plano de cuidados deste quando em consenso com a equipe multiprofissional que o assiste, gerando, portanto, um novo PTS (BRASIL, 2007).

Até o ano de 2013 existiam 134 CAPSi no Brasil, e dentre as terapêuticas oferecidas, as atividades de psicologia se sobressaíram frente à arte terapia, atividades corporais, oficinas musicais, grupos e terapia ocupacional (BRASIL, 2013b).

Um exemplo de oficina terapêutica é a dos Contos Infantis, assim como retrata Cadore et al (2010) que a realizou através de um projeto de extensão num CAPSi de Santa Maria/RS. Na ocasião, era utilizado o lúdico para promover a escuta daqueles usuários, fazendo com que as crianças e adolescentes enfrentassem seus sofrimentos e relatassem seus conflitos internos através deles. Assim, utilizam-se do imaginário por meio do conto para retratarem sua realidade interior e exterior por meio da sublimação ou deslocamento, permitindo o extravasamento do que lhes pesa ao estimular a brincadeira e deixar de lado o mal que lhes aflige pela desordem psíquica que possuem (COSTA, 2013).

O conto também permite que a criança se socialize com os demais e trabalhe a linguagem, seja ela verbal ou não verbal. Através do conto a criança não estará somente simbolizando e narrando o que se passa de conflito interno em sua vida, mas também estimulando a fala e socializando ideias (CADORE et al, 2010).

Através dessa terapia pode-se enxergar a individualidade do sujeito e tornar possível a compreensão de seus pensamentos, reforçando sua subjetividade através da integralidade de suas ações, palavras e particularidades. O bem estar, a liberdade, a socialização, a contratualidade do poder social e a garantia da dignidade é de fato o que se busca pela substituição dos métodos terapêuticos, e a terapia dos contos infantis permite que a criança obtenha tal sensação (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Dessa maneira, a atividade de contar história não se dá somente para proporcionar prazer às crianças, mas também como meio de aliviá-las de seus conflitos internos através da ilusão e do imaginário, fazendo com que estas os exteriorizem. O conto além de ser iniciado pelo profissional, tem continuidade pelas crianças que estão nessa oficina, e isso promove o sentimento de satisfação, visto que o lúdico é um fator intrínseco à esta fase da vida. Além de se satisfazer com a brincadeira, ela cuida de si própria estimulando o seu interior a exteriorizar o que lhe aflige, para que a resposta passada por suas faces, palavras e gestos chegue ao profissional que lhe assiste e assim subsidie a devida assistência (CORSO, 2006).

Outra terapia comumente realizada nos CAPSi, ancorada na perspectiva winnicottiana, mediadora na revelação da significação da brincadeira e no processo terapêutico, é a arte terapia. Esta terapia, segundo a Associação Americana de Arte terapia (AATA) (2009), utiliza-se do lúdico e do imaginário para promover melhor qualidade de vida, bem-estar físico e psíquico a quem dela faz uso. Possui a mesma entonação do conto de histórias, valendo-se da auto expressão, seja por palavras, gestos, desenhos e afins, como meio resolutivo à conflitos internos. Segundo a ATTA este tipo de terapia ajuda na redução do estresse, estimula a autoestima e autoconsciência e otimiza o processo de socialização.

Sua metodologia é de tamanha variedade, podendo esta ser trabalhada com pintura, desenho, escultura, costura, artesanato e demais artes que permitam a expressão das crianças e adolescentes. Sua premissa é a arte. Através dela busca-se o autocontrole emocional e psíquico, fazendo com que extraiam o que lhes pesa conscientemente e estes pensamentos se façam significados em matéria bruta a ser lapidada resultando, posteriormente, numa arte expressiva (ATTA, 2009).

A confecção de bonecos(as) de pano é o foco do estudo de Camargo. Um de seus diferenciais está na responsabilidade do criador do boneco o molde físico e emocional daquela

arte, sendo ele instigado, mesmo que indiretamente, a falar de si pelo feitio do boneco. Essa terapia além de prover à criança ou adolescente a possibilidade de se mostrar num outro corpo, permite também que este aprenda uma nova oficina, o que o instiga positivamente, pois é vendo o quanto é capaz de aprender e realizar coisas novas, que ele adquire sua autoconfiança. Por esta prática o binômio realidade e ilusão se faz enxergar. Aos poucos costumaram a habilidade primordial e o foco da terapia: a revelação e aceitação do eu e sua construção enquanto ser humano. Desse modo, acontece então a construção da singularidade, premissa básica do CAPS (CAMARGO et al, 2011).

Considerando a humanização enquanto um dos principais preceitos do CAPS e tendo esta, o dever de integrar ao usuário o direito à autonomia, protagonismo, solidariedade e respeito, a assistência prestada às crianças e adolescentes; esse serviço deve selar esta aliança e prover a estes sujeitos seu fortalecimento social e cultural, estando a equipe de saúde apta a garantir possibilidades de construção de personalidade onde a sua singularidade seja respeitada e relevada, estimulando o autocontrole e a perpetuação de sua autoestima (BRASIL, 2010).

Todo esse processo leva à teoria da ambientoterapia que está para desmistificar a faceta ruim e triste inerente ao ambiente institucional frequentado pela criança e pelo adolescente. A ambientoterapia busca valorizar positivamente o ambiente no qual eles estão inseridos, trazendo à instituição a leveza e levando embora a dureza de um centro de saúde. São valorizadas as significações das relações humanas. Fazê-los expressarem-se, socializarem-se e trabalharem seus conflitos é a meta desta terapia, pois a autonomia é tida como fator primordial quando trabalhado a significação do sujeito e valorizada sua singularidade (SOARES, 2013).

Outro exemplo de oficina terapêutica é a musicoterapia. Um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSI - em Realengo na zona oeste do Rio de Janeiro desenvolve esta prática e através dela, adolescentes e crianças têm uma maior aproximação de seu inconsciente com a estrutura musical, fazendo com que este transcenda a dicção, tons de voz, faces e tudo o que existe intrinsecamente de sentimentos no indivíduo (VIVARELLI, 2010).

Através dessa prática as crianças e adolescentes aprendem a se libertar dos pensamentos que lhes aflige pela maneira com que realizam os cantos, e através desse extravasamento sentem-se capazes de realizar novas histórias para suas vidas, começando a acreditar que são seres importantes e capazes. Perdem o preconceito de loucura e perigo, e começam a se enxergar como seres sociáveis, reabilitados psicologicamente e aptos a transcender as

barreiras postas pela sociedade, pelos muros e por eles mesmos, visto que, da maneira que a realidade é construída, também pode ser modificada, sendo de incumbência de cada protagonista no cuidado ao doente mental, a tarefa de tornar o mundo um lugar melhor para um público tão especial (FARIAS, 2013).

Essa lógica de cuidado transcende os muros dos hospitais psiquiátricos e os muros ideológicos dos profissionais e familiares destas crianças e adolescentes com problemas mentais, pois por vezes mesmo libertos dessas instituições, continuam acorrentados às amarras invisíveis de suas mentes. Deixa-se de lado as tecnologias duras e fixa-se o olhar e o tato na flexibilidade e leveza da humanização concernentes às lutas da RP, isolando a ideia de um tratamento individualista, permeando um cuidado grupal – atentando para as necessidades e possibilidades de cada ser - e holístico (OLIVEIRA; PADILHA; OLIVEIRA, 2011).

As práticas terapêuticas estão para centrar seu foco nas necessidades dos indivíduos, permitindo a socialização e exteriorização de seus sentimentos, além da alfabetização ou geração de renda. Os usuários deverão ter resguardados seus direitos de cidadão, para que sejam valorizados potencialmente como seres humanos dotados de confiança e autoestima expressivas, com suas sociabilidades preservadas, sendo receptores de um cuidado multidisciplinar que garanta atenção a todas as facetas de sua patologia (PEIXOTO, 2010; BRASIL, 1991).

Partindo desse pressuposto, sugere-se que não somente os profissionais modifiquem sua visão e ação frente aos portadores de sofrimento psíquico, mas também os familiares e a sociedade, pois partilhar o cuidado e otimizá-lo só trará resultados positivos para todos os envolvidos (PANDE; AMARANTE, 2011).

Nessa perspectiva, sabendo que a comunidade e os familiares são partes essenciais no sucesso do tratamento da criança ou adolescente portador de transtorno mental, cabe ao serviço promover um acolhimento à estes e torna-los parte integrante, e não excludente do cuidado, tornando-os parceiros do serviço. Assim, mediar o cuidado através das oficinas terapêuticas produz relações benéficas ao grupo que se faz receptor e idealizador do cuidado, propiciando uma recuperação satisfatória e eficaz (PINTO et al, 2012).

Farias (2014) assegura que para se fazer e promover saúde, é necessário ter saúde. Ao se conviver com um familiar em sofrimento psíquico, os que lhes rodeiam também estão propensos a adoecer, seja por predisposição genética, pelo sofrimento que estes acompanham devido o preconceito por parte de terceiros frente àquele que sofre ou pela sintomatologia apresentada pelo seu ente.

Ronchi e Avellar (2010) enfatiza que em se tratando de cuidados prestados aos familiares de usuários do CAPSi são realizadas práticas grupais, psicoterapias, atendimento psicológico individuais e familiares para que cada vez mais possa ser fortalecido o vínculo familiar. Assim, a criança e/ou adolescente recebe dos que lhe cercam a devida atenção, sentindo-se acolhidos e protegidos, tendo seus direitos assegurados, e os cuidadores ao realizar o cuidado satisfatoriamente, provém a continuidade do serviço oferecido pelo CAPSi.

Cabe ao serviço, portanto, ofertar um cuidado especial, para que os cuidadores adquiram progressivamente mais condições de cuidar, além da consciência do papel fundamental que exercem com vistas ao sucesso terapêutico, viabilizando uma atenção psicossocial a fim de amenizar o sofrimento e sobrecarga destes. Identificar as necessidades dos que cuidam, sanar as dúvidas, integrá-los ao cuidado do serviço, realizar ação em saúde e assistencializar quando necessário, são somente algumas das ações que devem promover o serviço no qual a criança ou adolescente está inserido frente à saúde dos familiares e sociedade que os cercam (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2011).

Conquanto, ao enxergar-se maior e superior à sua doença, o indivíduo adquire artifícios para transpor a sintomatologia, não se fazendo mais vítima desta, mas autor de sua autonomia, confiança e felicidade. A criança e o adolescente redescobrem o que há de bom dentro de si, valorizando sua singularidade, e tirando lições de vida da situação na qual se faz atuante, fazendo com que a superação seja alcançada e se veja e seja visto como ser social atuante e capaz de transformar e contribuir para com a sociedade e comunidade na qual está inserido (PEIXOTO, 2010).

Nesse contexto, fazendo valer a contratualidade social, o respeito à dignidade e o exercício da cidadania, as crianças e adolescentes acompanhadas pelo CAPSi tornam-se seres capazes e importantes no próprio cuidado, além de assumirem o protagonismo no processo terapêutico aprendendo a se expressar e a conviver socialmente. Identifica-se portanto, que colaborar para um projeto de vida digno e justo aos jovens é premissa do CAPSi, pois este está para permear uma base sólida na humanização e ética, onde o sofrimento psíquico será respeitado e melhor conduzido, para que se promova a saúde e a socialização (RONCHI, 2010; MORAES, 2011).

4 Método



Fonte: Internet, 2015.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que busca descrever e compreender o fenômeno em questão, a partir de um instrumento de entrevista semiestruturada aplicado aos profissionais atuantes do CAPSi de Campina Grande e aos cuidadores responsáveis pelos usuários deste serviço.

Essa modalidade de pesquisa envolve um levantamento bibliográfico e documental afim de explanar questões acerca do tema pesquisado, levando em consideração a relação entre o mundo real e o sujeito, valorizando assim, sua subjetividade e seus aspectos mais significantes, descrevendo, portanto, a complexidade do comportamento humano viabilizando um julgamento minucioso deste. Assim, estudando a história que envolve o conjunto do tema é possível que se chegue às devidas interpretações acerca da vivência dos seres que permeiam tal ambiente, emergindo como resultado os sentimentos e pensamentos destes (LAKATOS, 2007).

A pesquisa descritiva traz aos fatos a exímia e fidedigna observação, registro, análise, classificação e interpretação sem que o pesquisador interfira no resultado, não havendo manipulação tendenciosa (CHIZZOTTI, 2006).

A escolha por esse tipo de pesquisa caracteriza-se pela aptidão em esclarecer particularidades e singularidades que os sujeitos entrevistados relatam em seus testemunhos, visto que tais informações podem não ser medidas e ou quantificadas, valendo-se da subjetividade de cada ser, sendo estes passíveis de diferentes percepções (MINAYO, 2013).

4.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Viva Gente localizado na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, nº 631, Prata em Campina Grande/PB. A escolha pelo local justifica-se por este ser referência na região para o atendimento à crianças e adolescentes que necessitam de cuidados advindos deste centro.

Conforme informações obtidas pela coordenadora da instituição¹, o CAPSi Viva Gente trabalha com uma equipe multidisciplinar através de ações intersetoriais, utilizando-se do lúdico para que sejam promovidos o acolhimento, a promoção de uma melhor qualidade e a construção de um projeto de vida, onde a dignidade e autonomia sejam priorizadas e a convivência familiar e reconstituição dos laços afetivos sejam otimizados.

O serviço em tela foi fundado em 16 de dezembro de 2005. Atualmente atende a cerca de 230 usuários, sendo aproximadamente 40 por dia, dentre eles crianças, adolescentes e adultos, visto que o acolhimento no serviço se dá para os indivíduos entre 6 e 18 anos, mas os que estão sendo atendidos, permanecem até os 25 anos de idade.

O serviço funciona de segunda a sexta-feira das 07h30min às 17h30min, onde diariamente são oferecidos os serviços de acolhimento, avaliação do transtorno mental pela oficina de observação, encaminhamentos e oficinas terapêuticas a serem realizadas na própria instituição. Durante o seu período de atendimento oferece aos usuários alimentação, ambiente de descanso e lazer. São realizadas atividades pela equipe multidisciplinar dentro e fora do serviço, assim como são feitas também visitas domiciliares, à comunidade e demais instituições de saúde ou educação em que o usuário do serviço esteja incluso. Oferece ao usuário o serviço de PTS com garantia de um atendimento mais qualificado e humanizado.

Sua equipe multidisciplinar conta com dois psicólogos; duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem; um médico psiquiatra infantil; uma pedagoga; duas fisioterapeutas; duas recepcionistas; uma coordenadora psicóloga com formação e saúde mental; uma nutricionista e; onze profissionais nível médio entre vigilantes, auxiliar administrativo e serviços gerais.

4.3 Sujeitos do estudo

Fizeram parte do estudo os cuidadores responsáveis pelos usuários que são atendidos no CAPSi Viva Gente de Campina Grande. No caso a amostra foi composta integralmente por familiares das crianças e adolescentes; e os profissionais atuantes na realização das terapêuticas ressocializadoras oferecidas no serviço quando de acordo com os critérios de inclusão.

¹ Entrevista concedida por MACIEL, Maria das Graças Mota. **Entrevista I**. Entrevistador: Camila Samille Araújo Medeiros. Campina Grande, 2015. 1 arquivo .mp3 (duração da entrevista: 10 min.)

A amostra foi composta por dezesseis cuidadores de usuários e oito profissionais que atuavam no serviço, conforme os seguintes critérios de inclusão: *Profissionais* - Profissionais de ambos os sexos e maiores de dezoito anos, que estão atuando e desenvolvendo as práticas no serviço há no mínimo três meses; *Cuidadores* - Cuidadores de usuários considerados frequentadores assíduos – há pelo menos três meses e que não faltem às terapias - e envolvidos com as propostas terapêuticas oferecidas pelo serviço e ser cuidador de usuários que conheçam e estejam integrados ao serviço. Foram excluídos do estudo: Profissionais que não atuam diretamente na execução das práticas terapêuticas voltadas aos usuários; Profissionais engajados com a dinâmica do CAPSi a tempo inferior a três meses e; Cuidadores responsáveis por usuários não integrados e partícipes efetivos das práticas desenvolvidas no referido serviço.

4.4 Instrumento de coleta do material empírico

O material empírico foi coletado mediante a utilização de um caderno de campo para anotação de informações referentes ao serviço e às práticas que nele são realizadas, sendo finalizado pela realização de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICES A e B), devidamente gravada através de um aparelho mp3 player como meio de buscar a maior fidedignidade e veracidade das respostas obtidas. Subsequente à entrevista houve a transcrição destas para posterior análise. A entrevista foi realizada em ambiente reservado para manter a privacidade do colaborador e a individualidade das respostas.

O instrumento de coleta é composto por perguntas voltadas aos profissionais e cuidadores, sendo elas divididas entre duas seções, a primeira referente à identificação e caracterização do entrevistado (nome, gênero, idade, estado civil, escolaridade e ocupação, e grau de parentesco no caso dos cuidadores), e a segunda, onde estão dispostas questões subjetivas acerca das questões norteadoras do presente estudo.

4.5 Procedimento para coleta do material empírico

Para se operacionalizar as etapas concernentes à coleta do material empírico, houve um contato da pesquisadora com a Coordenação do CAPSi de Campina Grande, informando sobre o estudo e solicitando a autorização para realização desta pesquisa no recinto, bem

como, para a utilização formal do nome da instituição no relatório final. Após autorização, o projeto foi submetido à apreciação na Plataforma Brasil e devidamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Após a devida aprovação e de posse da certidão, foi iniciada a coleta do material, em consonância com o horário de funcionamento deste serviço.

Para a realização das entrevistas, os encontros foram marcados obedecendo a melhor opção para os entrevistados, respeitando um ambiente que fornecesse comodidade aos mesmos, considerando o horário que melhor se adequasse às possibilidades de cada um, sendo estas realizadas no período de março a maio de 2015.

O processo da entrevista se deu em dois momentos, onde no primeiro houve um contato prévio com o entrevistado para repasse da metodologia e os objetivos do estudo. Apresentou-se ainda o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE C), quando foi solicitada a assinatura do mesmo em duas vias, assegurando a aceitabilidade deste em participar voluntariamente do estudo, sendo uma via para a pesquisadora e outra para o entrevistado. Os entrevistados foram esclarecidos ainda sobre a possibilidade de se ausentarem da pesquisa a qualquer momento sem sofrer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

Após a aceitação e assinatura do TCLE foi iniciada a entrevista, garantindo o anonimato do entrevistado, sendo estes identificados nos discursos pela utilização da letra “C” para os cuidadores e “P” para os profissionais, seguidos da numeração sequencial das entrevistas.

4.6 Análise do material empírico

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática proposta Bardin (2011). O qual a aplicou frisando a investigação psicossociológica das palavras. Ela é tida como um conjunto de instrumentos metodológicos baseados na inferência utilizados para a análise de discursos.

À análise de conteúdo foi atribuída a descrição objetiva, sistemática e quantitativa da comunicação para inferir o que foi procurado passar pelo emissor ao receptor, mesmo que na ausência de fragmentos textuais. Dessa maneira, ela possui como objetivos a superação da incerteza e o enriquecimento da leitura, possuindo função heurística e de administração de provas – criação de hipóteses (BARDIN, 2011).

A técnica possui três fases que se organizam cronologicamente, sendo elas a pré-análise, a exploração do material e o tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados. A pré-

análise é composta por elementos como a leitura flutuante, que consiste num primeiro contato com as entrevistas, sendo que é neste momento que o pesquisador levantará as primeiras hipóteses, podendo elas virem ou não a ser confirmadas no decorrer do processo.

Adiante, está a exploração do material, que é descrita como uma etapa longa, na qual é realizada o processo de codificação das entrevistas segundo as regras previamente determinadas. Por conseguinte vem o tratamento dos resultados, que é o momento no qual se processa a análise e discussão dos dados oriundos às etapas anteriores e, por fim, vem a apresentação dos dados, na qual será utilizada a técnica da narrativa/discurso, que possibilitará a confrontação de significados à literatura pertinente e temática em questão (BARDIN, 2011).

4.7 Delineamento ético

O estudo em tela está em consonância com todos os preceitos éticos relacionados às normas constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, visto que se trata de uma pesquisa que envolve seres humanos, tendo sido portanto, submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa para que posteriormente pudessem ser iniciadas as etapas inerentes à coleta do material empírico (BRASIL, 2012a).

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Campina Grande sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 37579814.1.0000.5182.

Mediante à necessidade do sigilo e tomando por base a referida resolução, compreende-se que existem riscos inerentes à todas as pesquisas que envolvem seres humanos podendo ser eles imediatos ou tardios e, portanto, a presente pesquisa poderia apresentar o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. Entretanto, para que não acontecesse tal fato, a pesquisadora adotou os cuidados necessários para evita-los, através da preservação da privacidade dos entrevistados pela garantia do anonimato; pelo uso exclusivo das informações coletadas apenas para a execução do projeto em questão e pelo agendamento e duração das entrevistas com os colaboradores conforme a disponibilidade dos mesmos, respeitando todos os quesitos constantes na referida Resolução e suas complementares na execução desta pesquisa.

5 Discussão do material empírico



Fonte: Internet, 2015.

5 DISCUSSÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

5.1 Caracterização dos participantes

Os sujeitos dessa pesquisa foram caracterizados de acordo com as questões propostas no roteiro de entrevista semiestruturado. Foram entrevistados dezoito sujeitos, sendo dezesseis cuidadores responsáveis pelas crianças e adolescentes usuárias do CAPSi, e oito profissionais que operacionalizam as práticas terapêuticas nesse referido serviço.

Quanto aos resultados, foi encontrado um perfil de cuidadores integralmente feminino, e com vínculo familiar ao usuário do serviço. As faixas etárias predominantes predizem um perfil adulto jovem e adulto. Quanto ao estado civil, a maioria das entrevistadas referiram viver sozinhas, seja por serem solteiras, divorciadas ou viúvas. Quanto à escolaridade e ocupação, a grande maioria referiu possuir apenas o ensino fundamental e exercer o ofício de ser dona de casa. Quanto ao tempo de acompanhamento da criança e adolescente no serviço, a maioria revelou estar num intervalo de quatro a oito anos recebendo assistência no CAPSi.

Quanto aos profissionais, foi encontrado no CAPSi um perfil de trabalhadores adulto jovem. Quanto ao estado civil, a maioria referiu ser casado. Frente à escolaridade, sobressaíram aqueles com nível superior completo, sendo as formações das mais diversas áreas. Quanto ao tempo de trabalho no CAPSi, metade dos sujeitos referiu estar há mais de oito anos atuando na área.

Os quadros demonstrativo com os valores absolutos com tais achados encontram-se anexados aos apêndices, sendo o Quadro 1 referente à caracterização dos cuidadores (p.91), e o Quadro 2 referente à caracterização dos profissionais (p. 92).

5.2 Categorias Analíticas

A obtenção do material empírico ocorreu nos meses de Março, Abril e Maio de 2015. O quadro a seguir apresenta os objetivos propostos inicialmente e as categorias analíticas elaboradas a partir das falas dos entrevistados que responderão àquele questionamento investigativo. Após as entrevistas coletadas, foram delineadas três categorias: “A dinâmica do CAPSi e sua multiplicidade de práticas terapêuticas”, “Os

espinhos da caminhada: os impasses para a realização das práticas terapêuticas” e “O impacto das práticas terapêuticas na perspectiva dos cuidadores”.

Quadro 3 - Apresentação dos objetivos conforme as categorias analíticas:

Objetivos	Categorias e Subcategorias
1. Identificar as práticas ressocializadoras desenvolvidas no CAPSi;	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 1: A dinâmica do CAPSi e sua multiplicidade de práticas terapêuticas
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1.1 A arte e o brincar: Ludoterapia, Arte terapia, Expressão e Simbolização
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1.2 Atendimento individual: quando a especificidade predomina;
2. Revelar os desafios encontrados para a realização das práticas desenvolvidas no CAPSi sob o ponto de vista da equipe;	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 2: Os espinhos da caminhada: os impasses para a realização das práticas terapêuticas
3. Investigar as repercussões das práticas executadas no CAPSi sob o ponto de vista dos cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> • CATEGORIA 3: O impacto das práticas terapêuticas na perspectiva dos cuidadores
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3.1 Mudanças de atitude e comportamento: quando a resistência se transforma em coparticipação; ✓ 3.2 A ressonância das práticas do CAPSi: alcançando a sociabilidade e o aprendizado.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2.1 A dinâmica do CAPSi e sua multiplicidade de práticas terapêuticas

5.2.1.1 A arte e o brincar: Ludoterapia, Arte terapia, Expressão e Simbolização

As oficinas de Ludoterapia, Arte terapia, Expressão e Simbolização são encontradas no dia a dia do cuidado ofertado pelos CAPS em geral. E quando se trata da realidade do CAPSi, uma instituição de saúde responsável pela assistência às crianças e adolescentes com quadros

de sofrimento psíquico é que se torna importante, frente a faixa etária atendida. Nessa perspectiva Ramos (2011) complementa:

“O brincar permite com que a criança possa desenvolver suas potencialidades por completo e, de maneira geral, as atividades lúdicas conseguem promover de forma significativa novas experiências afetivas, sociais, motora e cognitiva, dentro de um ambiente educacional agradável e prazeroso. O brinquedo facilita a apreensão da realidade e é muito mais um processo do que um produto. E, ao mesmo tempo, a atividade e a experiência envolvendo a participação total do indivíduo. Exige movimentação física, envolvimento emocional, além do desafio mental que provoca.”

Através dessas oficinas, pode-se prover às crianças e adolescentes um meio de acompanhá-las utilizando-se de atividades prazerosas a quem as realiza e para que delas se beneficia. Desse modo, os profissionais explicitam em suas falas o dinamismo e a diversidade de práticas existentes no serviço, conforme segue:

“Aqui nós trabalhamos com oficinas terapêuticas e também temos algumas atividades extra CAPS. Nas oficinas temos psicólogos, fisioterapeutas, pedagogos, e a gente trabalha com o lúdico mesmo, com o brincar em cima das dificuldades de cada um.” (P4)

“O carro chefe do CAPS são as oficinas terapêuticas que utilizam o lúdico. Nessas oficinas a gente consegue avaliar a demanda do usuário, com o objetivo de ressocializá-lo e inseri-lo na sociedade.” (P6)

“Trabalhamos com simbolização a partir da pintura, arte, uso da água... então temos uma gama de atividades na parte de simbolização e expressão. Tem a psicoterapia que acontece com os psicólogos, para que eles falem dos seus problemas, dos seus dilemas, daquilo que está lhes angustiando.” (P7)

O profissional P6 menciona em seu discurso que o objetivo do CAPSi é ressocializar crianças e adolescentes, inserindo-os na sociedade, o que converge com as ideias apresentadas por Cervo (2010, p. 35) ao destacar que “A função do CAPS estaria em romper com o circuito de internação (alta/casa) e construir laços sociais, incluindo no projeto terapêutico desses sujeitos outras possibilidades de escolha”. Nesse sentido, o referido autor explicita que o serviço vem para redirecionar os moldes dados à antiga atenção à saúde mental desmistificando e integralizando práticas inovadoras à tal público.

Com a singularidade de cada profissional e a multiplicidade de ações a serem realizadas, o público atendido se torna alvo de uma gama de oficinas para que alcancem a tão esperada ressocialização, representando um dos principais objetivos da RP e dos CAPS. Para tanto, se

têm na ludoterapia um objeto de trabalho do CAPSi, pois é através desta que se proporciona à criança e ao adolescente um meio pelo qual o participante simbolizará os impasses psíquicos pelos quais sofre, e representará simbolicamente na brincadeira o que lhe atormenta, permitindo ao profissional a elaboração de seu diagnóstico (MIRANDA, 2015).

A fala de P4 reforça a ideia de que nessa terapia se trabalha as dificuldades de cada um. Assim, no momento em que a oficina está acontecendo será veiculado àquele cliente a problematização do seu problema. Pela brincadeira a criança ou adolescente pode extravasar o mal que lhe aflige. Nessa perspectiva Affonso e Teixeira (2015, p.15) reforça que a ludoterapia é “um meio pelo qual as relações ruins da criança seriam recriadas e consertadas”.

Na mesma linha que a Ludoterapia atua, a Simbolização e Expressão e a Arte terapia também trabalham. Todas essas oficinas buscam fazer com que a criança exteriorize os seus conflitos. A Arte terapia se dá através do feitiço do artesanato, e assim como a Ludoterapia, também se utiliza da brincadeira, porém ocupando-se com materiais para construir arte, a exemplo da costura de bonecas de pano, o que acontece no CAPSi cenário deste estudo.

Nesse sentido, Camargo et al (2011) trazem em sua pesquisa realizada também em um CAPSi, uma experiência semelhante, onde uma das crianças que se sentia feia, fez sem molde algum, uma boneca loira, de olhos claros e um corpo bonito. Pela confecção da boneca ela exteriorizou a vontade de possuir aquele estereótipo, característica essa que se fez presente mediante sua imaginação naquela condição.

A oficina de Criarte citada por P5 acontece por meio da construção de artesanato como modo de operacionalizar na vida das crianças e adolescentes a reabilitação psicossocial. Já a de aprendizagem é direcionada à aquisição e desenvolvimento de habilidades, que até então, não foram adquiridas por essas crianças e adolescentes.

Frente a esse elenco de práticas, as falas abaixo demonstram outras oficinas que também acontecem no serviço em tela, reforçando a importância destas e do brincar na vida de crianças e adolescentes usuários da instituição:

“As oficinas são de vários tipos. Temos a de aprendizagem, a de Criarte para aqueles usuários que se identificam com algo relacionado à arte ou artesanato.” (P5)

“No CAPS nós oferecemos oficinas terapêuticas que são extremamente importantes. Temos a de ludoterapia que vai trabalhar mais com a parte do brincar, com o objetivo de fazer com que o nosso pequeno cliente coloque à tona tudo aquilo que ele está sentindo e vivenciando. É através do brincar que ele vai demonstrar como é que está o seu eu, a sua família, a escola...” (P7)

É um meio pelo qual eles expressarão através da simbolização por meio de objetos, histórias ou quaisquer outras atividades o que lhes incomoda interiormente, conforme demonstram as falas abaixo:

“Na simbolização e expressão a gente deixa o paciente desenhar e ficar livre para expressar o que ele tem para passar. Dá para fazer uma leitura muito boa do caso dele, da vida dele no geral.” (P1)

“A gente já começa a trabalhar com socialização dentro dos grupos e as atividades são com oficinas, principalmente de simbolização que são trabalhadas com o lúdico, história, com pintura, com artes.” (P3)

Um meio pelo qual comumente a terapia de expressão e simbolização acontece é através dos contos infantis, sejam eles os já existentes, como aqueles que são criados pelos próprios usuários, pois ao utilizar-se da fantasia – característica bem frequente neste público - há o acesso ao inconsciente da criança, permitindo que através desse mundo ela tenha o prazer que não possui em sua realidade, e através da brincadeira e do imaginário podem trabalhar seus conflitos (PEREIRA; LEMOS, 2013).

Nessa perspectiva, outra oficina que também é desenvolvida no CAPSi Viva Gente é a de aprendizagem. Ela acontece para facilitar bons modos, fazer com que os participantes possam atribuir significados aos objetos, fazê-los entender em que meio estão inseridos, como agir, o que podem ou não fazer, dentre outros quesitos que são necessários para que um indivíduo cresça conhecendo, exercitando e aprimorando conceitos ao longo da vida. As falas abaixo reforçam a importância dessa prática no CAPSi:

“(…) Têm crianças às vezes que não sabe nem pegar em um lápis, não sabem nem usar as mãos, não sabe nem para que servem as mãos. Então contribui para que ele tenha a noção de pegar uma bola, de brincar.” (P8)

“Tem também a aprendizagem. Aprendizagem são aqueles casos em que a criança tem um déficit e são trabalhadas através das atividades que são elaboradas por profissionais, principalmente da área de pedagogia e psicopedagogia.” (P7)

As oficinas desenvolvidas, independente dos artifícios utilizados para sua realização, têm o objetivo de permitir às crianças e adolescentes uma vida comum, onde as limitações podem ser trabalhadas, fazendo com que estes se reintegrem à sociedade e sintam-se valorizados e incluídos. Desse modo, o uso do lúdico, da brincadeira, da arte, além de outras estratégias, buscam ofertar ao usuário um acompanhamento humanizado e reintegrador, permitindo que estes sintam-se a vontade, acolhidos e atraídos.

Nesse contexto, as práticas realizadas nos CAPS buscam ressocializar os usuários fazendo com que estes trabalhem os seus problemas mais íntimos. Portanto, as oficinas possuem objetivos em comum, sejam elas realizadas individualmente ou em grupo, por meio da brincadeira ou do artesanato. O que importa é o resultado que estas proporcionam aos usuários que delas participam. Dessa maneira, as oficinas terapêuticas buscam transpor as barreiras invisíveis que dificultam as crianças e os adolescentes a exercerem sua cidadania, permitindo que estes se encontrem enquanto sujeitos capazes e socialmente incluídos.

5.2.1.2 Atendimento individual: quando a especificidade predomina

Assim como as oficinas terapêuticas se diferenciam, os transtornos mentais também são diversificados. Dessa maneira, para cada caso existem abordagens específicas, voltadas às mais diversas demandas. No serviço em tela, a criança ou adolescente que passará a ser usuária do CAPSi terá o seu PTS elaborado e reavaliado de acordo com a sua necessidade, sendo este analisado e adaptado continuamente, ofertando-se as possibilidades particulares a cada usuário, conforme se verifica nas falas abaixo:

“(...)A gente faz o atendimento individual, principalmente para os mais necessitados que não conseguem se agrupar com os outros. Mas a gente prioriza que todos eles participem da oficina para alcançarmos a socialização, inicialmente entre eles.” (P3)

“Além das oficinas, temos o atendimento individual também, quando o quadro da criança é mais complicado, o trauma ou o problema dela é maior. Nesse atendimento eles podem conversar, contar o que aconteceu e com o tempo eles vão criando aquela confiança.” (P8)

“Temos também o atendimento médico com neurologista e um psiquiatra, além do medicamento que é disponibilizado pelo serviço.” (P7)

As falas de P3 e P8 traduzem a necessidade de um cuidado diferenciado e voltado à especificidade da criança ou do adolescente em adoecimento psíquico. Mesmo sendo a ressocialização uma das principais prerrogativas dos CAPS, o sujeito para se sentir socialmente inserido, necessita estar bem consigo. Muitos dos usuários, de acordo com suas cuidadoras, sequer interessavam-se em frequentar o serviço, mas com o avançar de suas participações nas práticas, adquiriram vontade de realizar as atividades e se integraram à equipe e aos demais usuários. Para prover uma assistência diferenciada, normalmente o profissional se dispõe a atendê-lo individualmente, inclusive sem a presença do cuidador, para

que ele possa falar verdadeiramente do que lhe aflige, sem se sentir envergonhado ou temeroso.

O atendimento individual é realizado, principalmente, no momento em que a criança ou o adolescente dá entrada no serviço e recebe o acolhimento na oficina de observação. Logo após o usuário ter seu diagnóstico firmado e sentir-se confortável para participar das atividades grupais, este o passa a fazer e tem seu PTS formulado segundo suas necessidades e possibilidades. Desse modo o processo de inserção no serviço antes iniciado com o primeiro profissional na abordagem individual, é aprimorado pela socialização com as demais crianças e adolescentes usuárias do serviço.

Nesse contexto, Barros (2010, p.67) argumenta que “o atendimento individual é indicado para clientes que necessitam de uma atenção individualizada, com o objetivo de trabalhar questões específicas ou quando não há possibilidades de inclusão nos grupos”. A fala que segue contribui para essa questão:

“Tem também além do tratamento de oficina, o individual, quando o quadro da criança é mais complicado, o trauma dela foi maior, aí tem então o tratamento individual, onde eles podem conversar, contar o que aconteceu, isso lógico sem invadir o espaço deles e com o tempo eles vão criando aquela confiança.” (P8)

Doravante, Barros (2010) enfatiza que a criança ou adolescente deverá sentir-se disposto a relatar sobre o que acontece em seu interior, preconizando que este o faça por livre e espontânea vontade, para que seja verdadeiro consigo e com outrem, exteriorizando o que lhe oprime e machuca na medida em que contribui para amenizar a sua dor. Assim, quando não se invade a privacidade e o direito da liberdade é mantido, há portanto, a criação de um ambiente onde a criança ou o adolescente se sente seguro para falar e exteriorizar seus conflitos internos.

Esse atendimento individual pode ser prestado por diversos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, sendo que no CAPSi cenário da pesquisa, são desenvolvidos frequentemente por profissionais da pedagogia e psicologia. Barros (2010, p. 68) ressalta que “o terapeuta ocupacional, o psicólogo, assistente social, enfermeiro e educador físico são os profissionais mais envolvidos. Assim, os diversos saberes e a interdisciplinaridade são aspectos que propiciam o enriquecimento terapêutico do grupo”.

As falas abaixo incorporam essa lógica, de modo que os profissionais especializados na área podem estar acompanhados de um outro com o objetivo de auxiliar e potencializar a proposta da oficina para que esta seja proveitosa e resolutiva.

“Aqui a gente oferece todo o acompanhamento médico. Também tem a psicanalítica que é da área de psicologia. A gente fica geralmente em dupla, ou seja, um psicólogo e um enfermeiro, psicólogo e um fisioterapeuta, entendeu?!” (P1)

“Esses atendimentos individuais são aqueles voltados à pedagogia, psicologia, e outras especialidades profissionais, geralmente envolvendo mais de um profissional”. (P5)

Cabe enfatizar que o atendimento individual não deve se limitar à escuta dos conflitos, mas à problematização destes por meio de outras terapias que estimulem a criança ou adolescente a falar de seus problemas sem temor, por meio da expressão em forma de arte, brincadeira, contos e afins. O foco e o resultado é simplesmente a expressão e a simbolização dos sentimentos. O objetivo da equipe multidisciplinar no atendimento às crianças e adolescentes com problemas mentais é de que a sua auto expressão seja promovida de maneira que ele passe a exercer a sua autonomia, que tenha uma interação grupal para que a ressocialização seja um processo iminente na assistência promovida pelo serviço, que sejam trabalhados os seus dilemas e este passa a saber a lidar com eles, dentre muitos outros fatores que melhorem sua qualidade de vida interior e externamente (BARROS, 2010).

5.2.1.3 Sociabilidade e inclusão e a participação em ambientes sociais externos

Quanto às atividades grupais, no CAPSi em estudo, estas referem-se também às ações realizadas no ambiente extramuros e não apenas as realizadas em grupos, entre os usuários, como já citadas as de ludoterapia, psicoterapia, arte terapia, dentre outras. Trata-se de uma prática onde se reforça e estimula primordialmente a ressocialização defendida pelo paradigma da RP.

Figueiró (2010, p. 440) afirma que “a Reforma Psiquiátrica exige que a clínica saia dos espaços instituídos de seu exercício, que se arrisque a produzir movimentos diversos na sociedade, enfim, que seja uma clínica nômade”. Frente a essa questão, vale enfatizar que o serviço mantém suas portas abertas para a comunidade, contribuindo para que todo e qualquer preconceito seja desmistificado, embora o estigma acerca de espaços institucionais voltados à atenção em saúde mental ainda seja perpetuado socialmente.

Nessa perspectiva, os profissionais mostram-se comprometidos em fazer do serviço uma ponte com a sociedade para que as crianças e adolescentes sintam-se seguras e capazes de se reinserirem. A lógica desse modelo é libertar esses indivíduos do sofrimento, do preconceito,

da limitação e com o auxílio das práticas ressocializadoras trabalhar as angústias, medos e desafios.

No CAPSi cenário da pesquisa as atividades grupais acontecem diariamente, em datas comemorativas e em diversas oportunidades, segundo expressam os trechos a seguir:

“A gente realiza atividades extra CAPS que têm esse objetivo de tirar o usuário do centro e leva-lo para fora da instituição. No início e final do ano a gente trabalha com colônia de férias, utilizamos o parque da criança. Já tivemos a oportunidade de leva-los para João Pessoa, para a praia, para conhecer o zoológico”. (P6)

“Temos também algumas atividades realizadas extra CAPSi, que é exatamente a parte de inserção social que são realizados passeios, atividades como piquenique, vamos para a praia ou parque da criança, cinema, shopping, dependendo do momento, do que tem na cidade”. (P7)

Tais recortes, reforçam a ideia de que reinserir é uma alternativa indispensável para desconstruir a exclusão e o preconceito que assolam a realidade de indivíduos em sofrimento psíquico. Corroborando com as colocações dos profissionais acima, Martins et al (2015) destacam que os CAPS devem buscar reabilitar o indivíduo psicossocialmente, reinserindo-o na sociedade. Assim as atividades devem ser providas de um suporte terapêutico que extrapole os muros do serviço e que abra as portas da mente e do mundo para a aceitação e o respeito para com esses usuários.

Levá-los ao parque, zoológico, cinemas, shoppings e demais lugares, conforme relatado por P6 e P7, além de proporcionar alegria, diversão e prazer, faz com que eles sintam-se valorizados por estarem incluídos em um contexto onde encontrarão outras crianças e adolescentes favorecendo e estimulando a sociabilidade, o que coaduna com o paradigma da atenção psicossocial na perspectiva de ressignificar a atenção em saúde mental ao combater a exclusão e o isolamento. Os trechos abaixo reforçam a prática de atividades que estimulam a ressocialização por parte do serviço:

“Quando temos datas comemorativas a exemplo do São João, Dia das Mães, a gente tenta leva-los para atividades extra CAPS ou busca trazer alguém para dar uma palestra ou desenvolver uma oficina, tanto para o usuário como para a família”. (P5)

“Também atuamos na própria escola da criança. Quando há necessidade de um dos profissionais se dirigir à escola, nós vamos. Até porque a gente precisa dessa parceria para realizar um bom trabalho, e se for necessário irmos na comunidade da criança e do adolescente para ele ser atendido, para realizar uma visita na UBS ou mesmo conversar com alguém, caso ocorra alguma necessidade, isso também é possível”. (P7)

Verifica-se que os profissionais mostram-se empenhados em levar a ideologia do CAPSi além de seus muros, perpassando atividades de lazer, pois estão comprometidos em acompanhar os usuários nas mais diversas circunstâncias e contextos, inclusive no ambiente escolar, conforme relata P7, reforçando a ideia de que o cuidado não se restringe ao CAPSi, mas deve estar presente em todos os âmbitos da vida. Dessa maneira, os profissionais não apenas oferecem seus cuidados na realização de uma oficina, mas na medida em que buscam compreender melhor a realidade vivenciada pelo indivíduo, identificam variáveis que podem estar associadas à situação apresentada.

Nessa perspectiva de Pinho, Hernández e Kantorski (2010, p. 31) enfatizam que:

Há o incentivo e a preocupação do trabalhador em demonstrar que o CAPS vai até a comunidade. Através dessa estratégia, o CAPS consegue captar as necessidades mais imediatas da família ou do sujeito em sofrimento mental, entendendo melhor a dinâmica do funcionamento familiar para mediar os conflitos entre eles e a comunidade onde estão inseridos.

Deste modo, os profissionais reconhecem a necessidade de se fazerem presentes em outros ambientes, compreendendo que apenas a semente plantada pelo serviço na vida do usuário não frutificará, mas se regada pela família, pela comunidade, pela sociedade e por todos que se fazem presentes na vida desse sujeito, a tendência é que melhores resultados sejam alcançados com vistas à inclusão e sociabilidade.

5.2.2 Os espinhos da caminhada: os impasses para a realização das práticas terapêuticas.

Valendo-se do entendimento de que para a operacionalização da assistência a ser ofertada no CAPSi às crianças e adolescentes há a necessidade de subsídios, verifica-se que poderão surgir inúmeros entraves capazes de dificultar o andamento das oficinas terapêuticas.

Esta categoria englobará desde os impasses referentes à execução das práticas, até os desafios relacionados a um maior alcance e impacto destas na vida de crianças e adolescentes. As barreiras encontradas não se dão exclusivamente a nível setorial, mas a multiplicidade de fatores que coexistem para que a relação oficina-usuário seja satisfatória, depende de uma gama de condições. Assim, esses impasses tanto podem surgir no próprio ambiente institucional, à nível da sociedade e comunidade no qual o serviço encontra-se inserido, pela

participação ou não dos familiares e do contexto presente na vida dos usuários do serviço, bem como podem ser advindos da própria gestão (KANTORSKI et al, 2011).

Nessa perspectiva, os participantes da pesquisa trouxeram conteúdos significativos quando lançada a seguinte pergunta: **“Quais as dificuldades encontradas para a realização dessas terapêuticas?”**.

“Quanto à dinâmica do serviço, nos deparamos muito com carência de material, porque lidamos com crianças e não podemos repetir sempre a mesma coisa. E aí sentimos alguma falta, mas a gente vai desenrolando.”
(P3)

“Uma das principais dificuldades é a questão do material que muitas vezes a prefeitura não dispõe. Às vezes falta uma coisa ou outra e tem que improvisar.” (P1)

Outra dificuldade também é a falta de profissionais suficientes para atender a demanda, então estamos trabalhando com um número reduzido de funcionários e isso dificulta a elaboração de um bom projeto terapêutico.”
(P7)

As falas supracitadas refletem problemas relacionados a recursos físicos e humanos. Os profissionais deixam claro o quanto a carência de recursos impossibilita uma melhor assistência às crianças e adolescentes. A falta de recursos físicos, em particular, como mostra P3, é um grande problema, visto que as terapias ofertadas necessitam de materiais para serem realizadas, e sem esses recursos, a operacionalização da oficina é dificultada, uma vez que a prática de ludoterapia necessita de brinquedo; a expressão e simbolização e a arte terapia, necessitam da pintura, desenhos, contos infantis, etc.

Não obstante à falta de recursos para a realização das oficinas, têm-se a preocupação referente à diversidade das práticas a serem ofertadas, o que necessita, portanto, de uma maior variedade de materiais. Esse fato é mostrado por P3 ao mencionar que no CAPSi para cada caso, há uma necessidade diferente e a ludoterapia que poderia servir para uma criança, poderá não ser eficaz para outra.

O problema referente à insuficiência na diversidade de oficinas terapêuticas ofertadas não se resume à realidade do CAPSi de Campina Grande. Detomini e Bellenzani (2015) relatam em seu estudo que a fragilidade de algumas oficinas se dá principalmente, pelo déficit de materiais e profissionais em número adequado e/ou preparados para desenvolver tais práticas.

Em uma pesquisa semelhante realizada por Lapischies et al (2012) identificou-se grande insatisfação dos profissionais com os recursos humanos, físicos e financeiros

perfazendo um percentual de 58% aproximadamente, o que revela um número significativo. Os profissionais referem desde a falta de objetos/utensílios para a operacionalização do trabalho exercido pelos CAPS em questão, infraestrutura inadequada, falta de incentivo, dentre outras variáveis que inviabilizam uma adequada assistência aos usuários.

Silva et al (2013a) referem também essa insatisfação pela voz de mais da metade dos enfermeiros entrevistados, reforçando que a falta de tais recursos torna-se um agente problematizador frente ao desenvolvimento das oficinas realizadas nos serviços de saúde mental. Segundo Guimarães, Jorge e Assis (2011) estes problemas são os mais recorrentes quando questionados os trabalhadores sobre a insatisfação com seu ofício, o que os impossibilitam de realizarem satisfatoriamente suas atividades. A fala do profissional abaixo reforça as condições colocadas acima:

“A gente se depara com muitas dificuldades. Por exemplo, quando planejamos uma atividade extra CAPS a gente se depara com a questão da locomoção, porque nós não temos um carro que leve o usuário até determinado lugar. Muitas vezes a gente não dispõe desse meio de transporte, principalmente para o pessoal de fora porque já vem direto para o CAPS.” (P5)

“Outra coisa é a quantidade de profissional que está incompleta. Algumas vezes temos que unir muitas crianças em uma só oficina porque não tem como inserir em outra, já que não temos profissionais suficientes para distribuímos os usuários.” (P1)

Numa pesquisa realizada por Kantorski et al (2011) é relatada a dificuldade enfrentada frente à falta de recursos humanos e físicos para a realização das oficinas, e a falta de um automóvel para locomoção, desta vez referidamente para a realização das visitas domiciliares.

Adentrando às dificuldades dos recursos humanos, há outra insatisfação por parte dos trabalhadores do serviço em tela, ao trazerem em suas falas que em período anterior contavam com o apoio de um profissional que realizava visitas, minimamente mensais, para auxílio em casos específicos. Nesses encontros domiciliares eram discutidos casos que não apresentavam evolução satisfatória, e que a partir de então seriam trabalhados na perspectiva de um olhar especializado, de modo a elaborar novas estratégias de cuidado e acompanhamento. Tal fato é reforçado nas falas a seguir:

“A gente deveria ter um acompanhamento também. Ao menos uma vez por mês. Antigamente tinha, tinha uma pessoa de João Pessoa que fazia essas terapias. Às vezes a gente trabalhava um caso mais complicado, eles ensinavam como é que a gente lidava com aquele caso que não estava evoluindo, entendeu?” (P8)

Antes contávamos com um profissional que vinha de fora, e então uníamos a equipe inteira e discutíamos o caso. A gente tinha uma visão do que não tinha sido feito ainda com aquele usuário, mas que poderia ser realizado. Hoje não temos mais. Essas supervisões e os grupos de estudos que tínhamos poderiam voltar.” (P5)

Nessa perspectiva, os profissionais relataram que não somente reuniam-se com esse profissional, mas também mantinham um grupo de estudo para discussão dos casos de algumas crianças e adolescentes. Ambas as situações foram suspensas, o que dificulta na prestação de um acompanhamento diferenciado frente aos conflitos encontrados e enfrentados diariamente.

Em pesquisa realizada por Kantorski et al (2011) visualizou-se que os profissionais contavam com uma reunião envolvendo a coordenação municipal de saúde mental, onde debatiam assuntos referentes ao usuários, discutiam casos e as demais necessidades do serviço. Trata-se de um momento em que se praticava a educação permanente e eram analisadas as metodologias utilizadas para trabalhar a ressocialização dos usuários do serviço, além das atividades deste, considerando o matriciamento e a parceria estabelecida com outras instituições.

Nos estudo de Lara e Monteiro (2014) os profissionais atuantes no CAPS ao serem questionados sobre o que poderia melhorar sua atuação, 44% destes referiram necessitar de novos cursos, técnicas e teorias, seguido de 19% que referiram necessitar de aperfeiçoamento para ação em caso de surtos dos usuários e igual percentual mencionaram a importância do matriciamento para se alcançar recursos extra CAPS.

Cabe citar que esse aprimoramento deve vir acompanhado de condições dignas de trabalho, para que este seja realizado de maneira adequada. Assim, é necessário que os profissionais estejam aptos à acompanharem os usuários e que haja uma avaliação apropriada, para evitar acolhimento e demandas excessivas. No entanto, essa é uma realidade que, por vezes, foi mencionada como agente dificultador na prestação de um serviço de excelência, além de outros impasses de ordem financeira e administrativa, como elencam os trechos abaixo:

“A demanda e a procura pelo serviço é grande. Todos os dias tem acolhimento. Se você passar aqui uma semana observando verá que temos casos graves.” (P5)

“Nossa remuneração é muito defasada. Quando eu falo da questão salarial é porque a gente poderia procurar aprimorar nossos conhecimentos, mas como a gente não recebe um salário correspondente ao cargo que exercemos, fica difícil.” (P6)

“Eu acho que primeiramente a gente precisa ter um olhar diferenciado por parte dos gestores. Anteriormente a gente tinha uma gestão e uma coordenação geral de saúde mental que acreditava e conseguia passar para os técnicos o que é a verdadeira saúde mental no município. Então o que eu acho é que falta investimento, entendeu?” (P6)

“A gente têm dificuldade no que se refere à própria gestão mesmo. Temos dificuldades estruturais apesar de termos alcançado a reforma do CAPS.” (P6)

Jorge et al (2010) ressaltam não ser possível construir uma saúde mental com uma demanda excessiva e crescente de usuários. Os profissionais normalmente buscam oferecer o seu melhor, mas enfrentam impasses de diversas ordens. Oliveira e Caldana (2014) complementam destacando que o excesso de demanda, a desvalorização, a falta de recursos e as condições de trabalho desmotivam o trabalhador.

Guimarães, Jorge e Assis (2011) referem em estudo semelhante que os profissionais sentem-se insatisfeitos com os gestores devido à falta de reconhecimento por parte destes. Há um desgaste extremo dos profissionais em uma luta travada por melhores condições de trabalho, o que gera a desvalorização no campo da saúde mental.

Nesse contexto, é importante que se tenha uma gestão que valorize e incentive esse setor, provendo os recursos físicos e humanos suficientes para se operacionalizar esse cuidado. Contudo, é indispensável que a sociedade e sobretudo, a família possa trabalhar em consonância com o serviço, dando continuidade à proposta de cuidado ali ofertada, conforme retratam os trechos que seguem:

“Outra questão também é a família. Geralmente a gente faz um trabalho aqui onde a família podia cooperar, e às vezes não dá continuidade em casa apesar de ser informada, entendeu?” (P1)

“A gente desenvolve um trabalho aqui, faz a escuta, faz o esforço de atender as crianças, mas em compensação em casa eles têm um cuidado totalmente diferente. Então é por isso que às vezes a gente até tem grupo de família, para as pessoas colocarem para fora as dificuldades que tem ao lidar com os filhos e os problemas de casa.” (P8)

Mielke et al (2009, p.162) referem que “O cuidado para esses profissionais envolve também a família do usuário, que é entendida como parte fundamental para a evolução satisfatória do usuário no paradigma psicossocial de atenção à saúde mental”. Tal questão reflete a necessidade da participação familiar no projeto terapêutico que é proposto pelo CAPSi, contribuindo para potencializar o cuidado e alcançar resultados positivos.

Azevedo e Miranda (2011) explicitam a necessidade da família demonstrar interesse e ver o quão importante é participar e continuar o cuidado ofertado no CAPSi. É através dessa

visão que os familiares tornar-se-ão co-participativos e ofertarão uma assistência pautada na integralidade das ações.

Desse modo, não somente os pais, familiares, amigos e demais indivíduos que se fazem presentes na vida dos usuários, mas a sociedade também se faça propagadora e praticante da cidadania, garantindo efetivamente os direitos na individualidade e coletividade das pessoas, com vistas a desmistificar o preconceito e a exclusão no campo da saúde mental. As falas abaixo sinalizam essa questão:

“Outro fato que dificulta é a visão da sociedade. Seria importante as pessoas compreenderem melhor o que é a saúde mental, quem são os nossos usuários, o que pode ser feito, é coisas simples, é o acolher.” (P7)

“Uma das dificuldades que eu sinto, além das dificuldades com as famílias, é a que temos com a escola. A gente tenta trabalhar aqui, pede muita ajuda às famílias e à escola, porque eles também fazem parte da socialização da criança. Às vezes o diretor da escola vem aqui solicitando declaração que ateste que a escola não tem condições de conduzir a educação daquela criança.” (P3)

“Se a gente tivesse mais essa abertura de trabalhar em conjunto, a gente conseguiria muita coisa. Aqui no ambulatório a gente encaminha para fora, e às vezes a gente não tem como, então o ambulatório trava a gente. Trava assim: “você já não faz serviço no CAPS.” (P3)

Verifica-se mediante as falas que a sociedade precisa dentre outras questões, simplesmente saber acolher. Há ainda um entrave quanto às demais instituições de saúde no que se refere ao encaminhamento para outras especialidades que não são oferecidas pelo serviço, pois os profissionais destacam que ao encaminharem os usuários do CAPSi, são frequentemente impedidos e recebem o argumento de que os mesmos já estão devidamente assistidos.

Nesse íterim, percebe-se que os profissionais em muitas situações procuram oferecer um cuidado integral e atender os usuários em todas as suas particularidades, mas por vezes a demanda não depende apenas de seu encaminhamento e vontade. Tal questão reforça a omissão frente a diligência que deveria ser disponibilizada para se alcançar a efetivação e resolutividade das práticas terapêuticas. Nesse sentido verifica-se a importância da intersetorialidade na perspectiva de ampliar a operação de diversos setores para que estes trabalhem conjunta e simultaneamente.

5.2.3 O impacto das práticas terapêuticas na perspectiva dos cuidadores

5.2.3.1 Mudanças de atitude e comportamento: quando a resistência se transforma em coparticipação

Para a formulação desta subcategoria foi lançado o seguinte questionamento: **“Para você, o que seu familiar tem assimilado e descoberto a partir das atividades ofertadas pelo CAPSi?”**.

As respostas obtidas traduzem uma evolução na vida das crianças e adolescentes usuárias do CAPSi e refletem a eficácia e a necessidade de tais oficinas em suas vidas para que evoluam progressivamente e conquistem seu lugar social. Tal fato é sinalizado nas falas de algumas cuidadoras que relatam o modo através do qual as oficinas transformaram positivamente a vida do seu ente:

“O comportamento dele mudou muito. A personalidade também. Hoje ele está menos agressivo, menos nervoso. Em casa mudou também, pois antes ele agredia a irmã e hoje em dia, não.” (C2)

“Antes ela não falava, então precisou de fonoaudióloga, de pedagoga e fazia as oficinas. Hoje eu vejo que foi “desarnando”. Ela era nervosa, só chorava! Depois que eu a trouxe para cá, graças a Deus começou a desenvolver. Fala tão bem!” (C6)

“Antes ela vivia agressiva. Não obedecia ninguém. Hoje em dia ela está mudada, né?! De primeiro ela era agressiva, gritava. Agora ela está uma pessoa boa, equilibrada.” (C3)

Tavora et al (2010) reforçam em seu estudo que o cuidador antes de se integrar ao CAPS normalmente não alimenta muitas expectativas acerca da melhora de seu ente e a partir do momento em que o acompanhamento é iniciado, verifica-se uma verdadeira mudança na maneira de ser e agir dos usuários. Esse fato endossa o compromisso que o serviço e os profissionais têm com seus clientes, mesmo frente às dificuldades concernentes ao processo de trabalho. Os relatos mostrados a seguir revelam que os usuários passam a transpor as barreiras de suas limitações, vivenciando novas experiências:

“Ela não sabia tomar um banho direito, hoje ela sabe, não sabia escovar os dentes, hoje sabe também, não sabia soletrar umas palavras, hoje ela está sabendo através daqui.” (C14)

“Ela não se comunicava com as pessoas, gostava de puxar cabelo, dar beliscão, agora não, é mais comportada. Agora ela fica quieta, antes quando eu vinha para cá que eu chegava aqui eu não parava, eu não me

sentava num canto, era só atrás dela, agora não. Ela já lava colher em casa, já faz alguma coisa.” (C9)

É notável ver a transformação que o CAPSi através de suas oficinas terapêuticas opera na vida das crianças e adolescentes usuárias. Cada avanço é um passo a mais na caminhada da ressocialização e ressignificação do sujeito perante o seu eu e os que lhes rodeiam. Carvalho et al (2013) ressaltam por meio das colocações dos próprios usuários do CAPS a realidade de uma outra vida a partir do momento em que começam a participar das práticas. Eles relatam que durante as oficinas trabalham a agressividade, o equilíbrio, o controle e a solidão, sentindo-se motivados à transformarem suas vidas.

De Oliveira, Cirilo e Costa (2013) obtiveram como resultado mediante o questionamento das mudanças do CAPSi na vida da crianças e adolescentes sob o ponto de vista de seus cuidadores, a ideia de que a partir do momento em que estes usuários passaram a ser acompanhados pelo serviço, alcançaram uma vida centrada no direito à dignidade e à cidadania.

“Antes eu tinha que fazer tudo por ela. Agora melhorou, mas antes ela saía até nua. Agora não, agora ela já leva a roupa dela, pega o shampoo, pega a pasta, escova os dentes, já leva a roupa para o banheiro, já está uma mocinha. Se cuida sozinha, se veste, já se pinta, já troca a roupinha dela, só que na forma dela. Isso é o CAPS que ensina.” (C6)

A conquista de habilidades é contemplada na fala acima. A cuidadora C6 relata mudanças no comportamento de sua filha referentes à realização de atividades de vida diária, como a manutenção da higiene pela aquisição do entendimento da necessidade e execução de um banho, higiene bucal e pelo auto cuidado no vestir-se. O simples hábito de reconhecer um objeto pode parecer simples aos olhos de quem tem suas faculdades mentais preservadas, mas em contrapartida, pode parecer complexo para quem possui algum tipo de limitação.

Corroborando com as questões já discutidas, Rojo e Filizola (2012) em estudo realizado com usuários de um CAPS constataram que através das oficinas, a equipe enxergou mudanças significativas nas atitudes e comportamentos dos usuários, sendo estas referidas ao alcance da autonomia e realização de pequenas atividades domésticas. Essas transformações são importantes propulsores no redirecionamento da vida dos indivíduos, pois permitem que eles sintam-se socialmente incluídos no meio em que vivem.

5.2.3.2 A ressonância das práticas do CAPSi: alcançando a sociabilidade e o aprendizado.

No que diz respeito às transformações ocorridas nos usuários do CAPSi a partir de sua inclusão nas práticas ressocializadoras, os cuidadores revelaram conteúdos consideráveis a partir do seguinte questionamento: **“Você percebeu alguma mudança no seu ente após a participação dele nas práticas desenvolvidas no serviço? Qual(is)?”**

“Ele só vivia em casa parado, hoje ele sai, conversa com os amigos. Ele era agressivo, não dormia, ficava conversando sozinho, se trancava dentro do quarto, ficava trancado la sozinho. Aí mudou. Ele está um menino que agora sai, conversa com os amigos, não é triste como antes, sabe?” (C5)

“Antigamente ele só andava se fosse comigo, agredia todas as pessoas e agora já vai sozinho para os cantos. Em casa ele quebrava muito as coisas, quebrava até o vaso sanitário, a portaria ele quebrou, quando ia para o pátio ele ficava mexendo nos carros das pessoas até derrubar. E agora eu fico mais tranquila porque isso não acontece mais.” (C16)

“Ele desenvolveu mais na escola, de conversar com os amigos, está aprendendo melhor, ele terminou já. Contribuiu na vida escolar, pessoal. Agora está ótimo, conversa mais.” (C1)

Nas falas de C5 e C16 há referência a mudanças significativas no quesito autonomia, socialização e controle emocional. O comportamento referido por C5 baseado no isolamento foi modificado pela aquisição de uma personalidade mais comunicativa e sociável.

Carvalho et al (2013) referem que a autonomia começa a ser trabalhada a partir do momento em que o conflito interno da criança ou adolescente começa a ser visto como um pequeno obstáculo frente às possibilidades de superação. O que passa a ser trabalhado é a maneira com este será enfrentado, e não a patologia em si. A partilha da dor já permite a operacionalização da autonomia pelas palavras proferidas durante a terapia pela boca do usuário. A partir desse momento há uma mudança de pensamento frente à desconstrução de pensamentos negativos. O trecho abaixo reforça o impacto dessas práticas:

“Ele não ficava na sala de aula, ele nem estudava, nem deixava ninguém assistir aula, batia em todo mundo na sala de aula, chegou até a ser expulso da escola porque agrediu a cozinheira da escola... agora ele está estudando direitinho, quer aprender.” (C12)

O relato de C12 reporta outro caso de agressividade do filho que foi abordado através das oficinas terapêuticas do CAPSi. Havia indisciplina e agressividade dentro e fora da sala de

aula. No entanto, através do cuidado obtido pelas mãos da equipe multidisciplinar do serviço, esses impasses foram trabalhados e houve uma mudança de comportamentos e atitudes e aquele adolescente, antes agressivo e desinteressado, passa a demonstrar interesses sociais antes não pretendidos.

Sanches e Oliveira (2011) enfatizam que é necessário romper com paradigmas para que se possa implementar não somente na escola, mas em qualquer ambiente, a ideia de que a segregação de indivíduos por necessitarem de atenção especial já não é mais válida, e que é necessário considerar uma sociedade onde as diferenças sejam reconhecidas e valorizadas. Para tanto, cabe também aos gestores a responsabilidade de realizar ações onde o matriciamento se faça presente e as políticas públicas sejam implementadas a fim de instituir espaços institucionais diferenciados, capazes de propiciar mudanças significativas na vida dos indivíduos.

“Ela ficou mais paciente. Mais educada, ela não responde ninguém depois que está aqui. Agora conversa bem, que nem eu tenho juízo para conversar como ela. Tudo isso depois que ela entrou aqui. Agora ninguém chama ela de louca porque ela não é.” (C6)

“Ele descobriu que é capaz de ser alguém na vida, de fazer algo diferente, não ficar só no meu pé toda hora. E hoje ele descobriu que é capaz de resolver as coisas dele, ele mesmo vai pro centro sozinho, resolve as coisas dele, vai para onde ele quer sem precisar de mim, não tem mais medo, hoje ele não tem mais medo de sair.” (C12)

“Agora ele está muito mais como um “ser humano”. Hoje ele decide como quer se alimentar, o que quer beber, o que quer e o que não quer, já recebe visita das pessoas, antigamente ele não lidava com nada disso.” (C10)

Os relatos de C6 e C12 são igualmente comoventes. Eles retratam a efetivação das respostas obtidas a partir das práticas terapêuticas no que diz respeito à ressignificação do ser e às conquistas alcançadas.

Coutinho e Meira (2012) ressaltam que a melhora na qualidade de vida se dá a partir do momento em que o indivíduo transpõe o estigma de um eu “patológico” e enxerga um eu “capaz” de transformar ao próprio ser e aos que o rodeiam. É através da reabilitação psicossocial – uma nova habitação psíquica e social – que se pode vencer às próprias limitações e aquelas impostas pelo mundo que externa os pensamentos do portador de transtorno mental, cabendo, a ele principalmente, o dever de mudar o meio em que se encontra através de suas pequenas, mas gloriosas conquistas.

Segundo Kantorski et al (2011) as oficinas realizadas no serviço permitem que o usuário restabeleça o seu cotidiano e seja dono de suas ações. Quando ele decide participar da oficina,

está exercendo a autonomia e a oportunidade de mudar e melhorar de vida. Nesse momento ele assegura os seus direitos e dá subsídios para que os outros também tenham igual atitude para com ele, pois é pelo exercício da cidadania e de sua autonomia, que ele irá transformar a sua vida.

A grande maioria das cuidadoras entrevistadas relacionaram as mudanças alcançadas referente a um tempo “antes do CAPSi” e “após o CAPSi”. Nessa perspectiva, infere-se que investir na saúde mental e respeitá-la é uma causa justa e necessária. Sendo assim, cabe a cada sujeito, conscientizar-se e contribuir para fazer da sociedade um lugar onde as diferenças são assistidas e respeitadas, instituindo portanto, uma concepção que acolhe e inclui continuamente quem necessita.

6 Considerações Finais



Fonte: Internet, 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RP veio para instaurar uma nova visão frente à saúde mental, se mostrando como uma das grandes responsáveis pela mudança no modo de trabalhar com os sujeitos em sofrimento psíquico. Diversas foram as políticas criadas para que esses indivíduos alcançassem o respeito e o direito à cidadania em seu cotidiano, e assim pudessem levar uma vida digna e humana.

Foi pelos moldes da reabilitação psicossocial que se fortaleceu o paradigma da desinstitucionalização e desospitalização de pessoas antes reclusas, e agora integrantes de uma sociedade que busca prover e fazer valer os direitos de todos.

A proposta da reabilitação psicossocial surge para exterminar abordagens antes realizadas em hospitais psiquiátricos e insere em suas atividades práticas terapêuticas que buscam redimensionar a atenção aos indivíduos em sofrimento psíquico. Tais oficinas reorganizaram o modo de se construir a saúde mental, compondo o arcabouço de serviços substitutivos que hoje se propõem a ofertar um cuidado integral, inclusivo e ressocializador.

Nesse interim, quando se trata do público infanto-juvenil, verifica-se que a problemática da atenção psicossocial tem conquistado significativo espaço na perspectiva de oferecer um cuidado pautado na diversidade demandada e no uso de recursos diferenciados, de modo a atender às necessidades específicas daquela clientela, apesar das limitações e dificuldades ainda experimentadas.

As práticas ofertadas no serviço em tela – ludoterapia, arte terapia, expressão e simbolização, atendimentos individual e grupal e atividades extra CAPSi - conforme discutido e corroborando com os achados da literatura, apontam para a necessidade de contemplar os conflitos de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico através de uma reabilitação que tem como base norteadora o direito ao respeito de sua singularidade, a valorização de sua subjetividade e de sua cidadania.

O cuidado ofertado pela instituição em tela reforça a ideia de construção de projetos de vida frente aos seus usuários de acordo com suas peculiaridades e singularidades, fazendo com que se enxergue, não única e exclusivamente a patologia, mas as possibilidades de vivência e de enfrentamento das dificuldades pelas crianças e adolescentes assistidas na instituição. É dessa maneira que se cria um espaço onde o sujeito seja o protagonista de sua vida e sintam-se operante no meio em que está inserido e assim possa ser dono de suas escolhas.

Nesse contexto, os desafios para a efetivação das práticas em saúde mental são muitos, e em especial para as ações dos CAPSi, a participação efetiva da sociedade – por uma nova visão e acolhimento frente à saúde mental -, gestores – melhoria nas condições de trabalho, incrementação de recursos humanos e físicos, apoio e incentivo à saúde mental -, familiares –

continuidade da assistência - e demais instâncias, compreendendo aquele indivíduo enquanto um ser capaz de fazer escolhas e dotado de qualidades e habilidades que complementam o mundo em que está inserido, na medida em que ocupam seu lugar social, é um objetivo a ser conquistado e reafirmado diariamente.

É necessário que essa batalha seja vencida, pois é notável a mudança que as práticas terapêuticas trazem à vida das crianças e adolescentes usuárias do CAPSi. As vozes de seus familiares refletiram mudanças de atitude e personalidade significativamente importantes aos pequenos usuários. Através das oficinas eles passaram a tornar-se sujeitos de suas vidas, compreendendo melhor o que se passa a seu redor. Dignidade, respeito e autonomia tornaram-se marcos de seu dia-a-dia. A compreensão de ser, estar e transformar o mundo em que se vive foi alcançada. Eles se reconheceram como seres capazes e contribuintes à sociedade.

Dessa maneira, esse estudo vem a contribuir significativamente para a pesquisadora enquanto ser humano e futura enfermeira, pois através das informações obtidas e apreendidas, pôde-se aprimorar a visão frente à saúde mental, considerando sempre o respeito à singularidade. Pode-se refletir que a pesquisa em tela contribuiu ainda para auxiliar na compreensão e enfrentamentos futuros dos impasses encontrados no campo da saúde mental, além de estimular uma práxis baseada em novos modos de cuidar, além de fortalecer a prática do enfermeiro atuante em saúde mental na perspectiva de retratar a realidade encontrada no contexto dos CAPSi e estimular reflexões que subsidiem processos de tomadas de decisão capazes de modificar o cenário ora vivenciado.

Destarte, para o desenvolvimento da pesquisa, foram encontradas algumas dificuldades relacionadas, sobretudo, à escassez de literatura referente à temática em estudo, justificando a importância de se galgar novos desdobramentos investigativos que contemplem os diversos contextos inerentes às atividades ressocializadoras dos CAPSi. Ante o exposto, dentre outras medidas, destaca-se que é indispensável destinar ações voltadas à capacitação, alocação de recursos humanos e materiais, profissionalização e aprimoramento dos que colaboram para o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, é fundamental que novas investigações sejam realizadas e discutidas de modo intensificar a conscientização social e a realidade por vezes negligenciada e obscurecida no contexto da saúde de crianças e adolescentes usuárias de um CAPSi.

Todas essas oposições resumem-se numa simples frase: trancar não é tratar. É por isso que o CAPS se faz um serviço de portas abertas, e delibera ao seu cliente a autonomia, o respeito, e a dignidade que ele possui e necessita. A beleza do cuidado e o acolher à saúde mental é uma causa que deve ser abraçada sem preconceito.

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, R. M. L.; TEIXEIRA, T. A ludoterapia como forma de intervenção em lutos infantis. *Revista FACISA ON-LINE*, v. 4. n.1. 2015. Disponível em < <http://periodicos.faculdadecathedral.edu.br/revistafacisa/article/view/78>>. Acesso em 19 ago. 2015.
- ALMEIDA, A. S.; FUREGATO, A. R. F. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 4. n. 1. 2015. Disponível em < <http://he.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>>. Acesso em 04 ago. 2015.
- ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 29, n. 4, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>>. Acesso em 08 abr. 2015.
- AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. About Art Therapy Reston, VA: The American Art Therapy Association. Retrieved Jan. 3, 2009. Disponível em <<http://www.arttherapy.org/aboutart.htm>>. Acesso em 05 mar 2015.
- AMITRANO, G. O louco como um outro interditado: arqueologia e biopoder. *Philosophos*. Goiânia: V.16, N. 2, P. 269-291, Jul./Dez. 2011.
- ANDRADE, E. N. de; ANDRADE, E. O. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. *Revista Bioética*, 2010, v. 18. n.1. Disponível em < http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/536>. Acesso em 09 jul. 2015.
- ANDRADE, M. T. M.; MEDEIROS, E. F.; PATRIOTA, L. M. A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do capsí (centro campinense de intervenção precoce) de campina grande – PB. *Cadernos brasileiros de saúde mental*, issn 1984-2147, Florianópolis, v. 2, n.4-5, p.47 – 59, 2010. Disponível em < <http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1103>>. Acesso em 07 mai. 2015.
- ASSIS, S.G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc. saúde coletiva*: Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, Apr. 2009. Disponível em: <pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jul. 2014.
- AZEVEDO, D. M. de; MIRANDA, F. A. N. de. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery (impr.)*: 2011, abr -jun; 15 (2):339-345. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/eann/v15n2/v15n2a17.pdf>>. Acesso em 03 mai. 2015.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 10.216, de 6 de abril de 2001*: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 09 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)*. - Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340370239Dir_Assist_Saude_Mental_SS.pdf>. Acesso em 12 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica, Saúde Mental*. MS. Brasília, 2013a. Disponível em <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/4640/4401>>. Acesso em 02 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentada de pesquisa social. Comissão Nacional e Ética e Pesquisa CONEP Resolução 466/12 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde: Brasília, 2012a. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002*. (2002). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em 06 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Balanço da Política, Análise da Expansão da Rede Brasileira de Saúde Mental e Economia Solidária e Agenda para os Próximos anos. Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Portaria nº 189 de 19/11/1991*. (D.O.U. de 11/12/1991).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em 07 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://www.mprn.mp.br/portal/transformando-destinos->

arquivos/cartilhas-e-materiais-para-estudo/livros-cardenos-e-revistas/3150-manual-de-construcao-do-caps-e-unidades-de-acolhimento/file>. Acesso em 09 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf >. Acesso em 03 mar. 2015.

_____. Ministério Público Do Rio De Janeiro. *Ministério Público e Tutela a Saúde Mental: A proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e outras drogas*. Rio de Janeiro: 2011c. Disponível em < http://www.mpba.mp.br/atuacao/infancia/saude/manuais/cartilha_saude_mental.pdf >. Acesso em 03 mai. 2015.

_____. Ministério Público Federal. *Cartilha: Direito à Saúde Mental*. Brasília: 2012b. Disponível em < <http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf> >. Acesso em 09 fev. 2015.

BARROS, M. M. M'A. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará. *Revista Ceto* . Ano 12. nº 12. 2010. Disponível em < <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-11.pdf> >. Acesso em 18 ago. 2015.

BOCCARDO, A. C. S et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14124/15942> >. Acesso em 26 abr. 2015.

BÜRKE, K. P.; BIANCHESSI, D. L. C. O trabalho como possibilidade de (re)inserção social do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da equipe e do usuário. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 957-976, 2013. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-42812013000300009&script=sci_arttext >. Acesso em 07 fev. 2015.

CADORE, C., et al. De Conto Em Conto: A Construção De Histórias Singulares. In: TERCEIRA JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE. PROMOVENDO SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE: DESAFIOS DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO. 2010. Santa Maria, RS. *Resumos...* Universidade Federal de Santa Maria, 2010. p. 1.

CALOMENI, T. C. B. A "secreta fundação" da psiquiatria: considerações sobre a análise foucaultiana da história da loucura. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Apr. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000100005&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 22 ago. 2015.

CAMARGO, V. P. et al. Costurando saúde: Possibilidades de integração por meio da confecção de bonecos(as) de pano em um CAPS infantil. *Psicol. Argum.* 2011 jan./mar., 29(64), 101-108. Disponível em < <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=4530&dd99=pdf> >. Acesso em 08 mar. 2015.

CAMPOS-BRUSTELO, T. N.; BRAVO, F. F.; SANTOS, M. A. Contando e encantando histórias de vida em um centro de atenção psicossocial. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100007&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 08 mar. 2015.

CARVALHO, M. A. P. et al. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(10):2028-2038, out, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a19v29n10.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2015.

CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; DOS SANTOS, D. C. M. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [1]: 161-178, 2012. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nexAction=lnk&exprSearch=620832&indexSearch=ID>>. Acesso em 03 mar. 2015.

CERVO, M. da R. *Entre doces e travessuras: a produção de infância no CAPSi*. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Educação Inclusiva: Experiências Profissionais em Psicologia/ Conselho Federal de Psicologia*. – Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

COSTA, A. M. et al. Oficina terapêutica de contos infantis no CAPSi: relato de uma experiência. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.38, p.235-249, jan./jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100013&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 03 mar. 2015.

CORSO, D.L.; CORSO, M. *Fadas no divã – Psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=2jsi-gx8w94C&oi=fnd&pg=PA10&dq=Fadas+no+div%C3%A3+%E2%80%93+Psican%C3%A1lise+nas+hist%C3%B3rias+infantis&ots=8Hob9x90Dv&sig=D1ET2W0rHYT-k1H8SBfVmBLrRfg#v=onepage&q=Fadas%20no%20div%C3%A3%20%E2%80%93%20Psican%C3%A1lise%20nas%20hist%C3%B3rias%20infantis&f=false>>. Acesso em 03 mar. 2015.

COUTINHO, R. F.; MEIRA, M. R. Arte, processos de criação e potencialização do Ser: Uma prática de cuidado no cotidiano de um CAPS AD. In: SEMINÁRIO DE HISTÓRIA DA ARTE-CENTRO DE ARTES – Universidade Federal do Pernambuco. 2012. Disponível em <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/Arte/article/view/1777/1652>>. Acesso em 11 ago. 2015.

DANTAS, I. A. M. A construção da noção de sujeito/dessujeito enquanto fenômeno psicológico dentro de uma historicidade e territorialização subjetivada. *Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente*, 2013, 2.1: 59-66. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/1076>>. Acesso em 17 jun. 2015.

DETOMINI, V. C.; BELLENZANI, R. Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Cadernos de Terapia Ocupacional*. v. 23. n. 3. 2015. Disponível em < <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1093>>. Acesso em 27 jul. 2015.

ESQUINSANI, R. S. S.; DAMETTO, J. Questões de gênero e a experiência da loucura na antiguidade e na idade média. *Estud. sociol.*, Araraquara, v.17, n.32, p.205-222, 2012.

FABRIS, D. R.; YKEGAYA, T. G. Da loucura ao transtorno mental: a constituição de políticas sociais e seus pressupostos. *Tempo da Ciência*. (18) 35: 137-151. 1º semestre 2011. Disponível em < <http://e-revista.unioeste.br/index.php/tempodaciencia/article/viewArticle/9005>>. Acesso em 03 jul. 2015.

FARIAS, C. de A. et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4819-4827, 2014. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04819.pdf>>. Acesso em 04 jul. 2015.

FARIAS, I. D. *Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS*. 2013. 124f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.2013. Disponível em < <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem>>. Acesso em 04 mai. 2015.

FEITOSA, H. N. et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Rev. bioét (Impr.)* 2011; 19(1): 259 – 75. Disponível em <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/521>. Acesso em 01 mai. 2015.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, Magda Diniz. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22.2: 431-446. 2010. Disponível em < <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/viewArticle/313>>. Acesso em 28 ago. 2015.

FILIZOLA, C. L. A.; MILIONI, D. B.; PAVARINI, S. C. L.. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10.2. 2009. Disponível em < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/806>>. Acesso em 08 ago. 2015.

GOULART, M. S. B. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia. Mnemosine*. Vol.4, nº1, p. 2-15. Mnemosine, 2008. Disponível em < http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/131/pdf_118>. Acesso em 18 jul. 2015.

GUEDES, A. C. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(3):547-53. Disponível em < <http://revistas.jatai.ufg.br/index.php/fen/article/view/8198>>. Acesso em 28 abr. 2015.

GUERRINI JR, I. Loucos por diálogo: um estudo de programas de rádio realizados por pessoas com transtornos mentais no Estado de São Paulo. In: INTERCOM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO. XXXIII, 2010. Caxias do Sul. *Trabalhos...*

Caxias do Sul, RS: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. 2010.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 16(4):2145-54. 2011. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000400014&script=sci_arttext> . Acesso em 22 ago. 2015.

GRIGOLO, T. M. *O Caps me deu voz, me deu escuta": um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários*. 2010. 283 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) -Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

JORGE, M. S. B. et al. "Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 23.3. p. 221-230. 2010. Disponível em <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2019>>. Acesso em 12 ago. 2015.

KANTORSKI, L. P. et al. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. *Rev. enferm. saúde*, Pelotas (RS), jan-mar;1(1):4-13. 2011. Disponível em < <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3401>>. Acesso em 18 ago. 2015.

KIELING, C.; BELFER, M. Oportunidade e desafio: a situação da saúde mental da infância e adolescência no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34:241-244. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462012000300002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 02 mar. 2015.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6a.ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LARA, G. A.; MONTEIRO, J. K. Reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos psicóticos: atuação dos psicólogos nos CAPS de Santa Catarina. *Contextos Clínicos*, vol. 7, n. 1, janeiro-junho. 2014. Disponível em < <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2014.71.05/4119>>. Acesso em 21 ago. 2015.

LAPISCHIES, S. R. C. et al. O trabalho em serviços da rede de atenção psicossocial: dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*, 17.4. 2012. Disponível em < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/30376>>. Acesso em 17 ago. 2015.

LOPES, L. A.; DEUSDADO, M. M. S.; LAGE, A. C. A reforma psiquiátrica na perspectiva da construção da autonomia dos portadores de transtornos mentais. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL” DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. João Pessoa. Anais Eletrônicos... João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012. p. 3515.

LUSSI, I. A. de O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. *Mundo saúde (Impr.)*, v. 29, n. 3, 2011. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=562020&indexSearch=ID>>. Acesso em 03 mar. 2015.

MACAGNAM, M.F. *Arteterapia e Saúde Mental: Oficina como espaço de participação e criação*. 2010. 74 f. Monografia (Especialização em Arteterapia). Universidade Feevale, Novo Hamburgo. 2010.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. Goiânia, v. 11, n. 1. p. 181-187, 2009. Disponível em <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/v11n1a23.pdf>>. Acesso em 08 ago. 2015.

MACHADO, P. de F. “*Vai ouvir a nossa voz*”: reforma psiquiátrica, psicologia e política. 2012. 79 f. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre Dezembro, 2012.

MACIEL, S. C. et al. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicol. cienc. prof., Brasília*, v. 29, n. 3, set. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300002>. Acesso em 19 jul. 2015.

MARAFIGA, C. V.; COELHO, E. R.; TEODORO, M. L.M. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 12, jun. 2009. p. 77-95. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272009000100005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 09 jul. 2015.

MARTINS, A. K. L. et al. Práticas de equipes de saúde mental para a reinserção psicossocial de usuários. Ceará. *Revista de Políticas Públicas*, 2015. v. 14. n. 2. p.43-50, jul./dez. – 2015. Disponível em <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/823/494>>. Acesso em 12 jun. 2015.

MATEUS, M. D. Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental do CAPS Luiz R. Cerqueira. *São Paulo: Instituto de Saúde*, 2013. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699591&indexSearch=ID>>. Acesso em 04 jul. 2015.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Revista Interface - Comunicação Saúde Educação*. v.13, supl.1, p.771-80, 2009. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v13s1/a28v13s1.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2015.

MELO, A. M. da C. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 2013, v. 4.n. 10. p. 201-213. Disponível em <

<http://stat.entrever.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2358/2860>>. Acesso em 09 jul. 2015.

MENEGAT, D. R. A desinstitucionalização do portador de doença mental e a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do Ministério Público do RS Porto Alegre*, 2010, 66: 33-64. Disponível em < http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/13-_A_DESINSTITUCIONALIZA%C3%87%C3%83O_do_portador_de_doen%C3%A7a_mental.pdf>. Acesso em 08 ago. 2015.

MENEZES, L. A. F. *Clínica da Criatividade: considerações acerca do trabalho em um CAPS Infante Juvenil*. 2014. 26 f. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, 2014.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):159-164, 2009. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a21v14n1>>. Acesso em 03 mar. 2015.

MILHOMEM, M. A. G. C.; DE OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial–CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 12.1. 2007. Disponível em <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/8277>>. Acesso em 06 ago. 2015.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ª ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

MIRANDA, A. F. A importância dos jogos e brincadeiras no ensino aprendizagem na educação infantil. *Cadernos da FUCAMP*, v. 13.n. 19. 2014. Disponível em < <http://fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/530>>. Acesso em 22 ago. 2015.

MORAES, N. de A. de. et al. Intervenção em saúde mental: construindo um ambiente terapêutico em um CAPS Infante-Juvenil. *Revista Contexto & Saúde*, 2013, 11.20: 1055-1060.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(5):1157-63. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a18.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2015.

NEVES, H. G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf>>. Acesso em 17 jun. 2015.

OLIVEIRA, L. V.; CIRILO, L. S.; COSTA, G. M. C. O cuidar do portador de transtorno mental: significado para a família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37.1: 164. 2013. Disponível em < <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/364>>. Acesso em 12 ago. 2015.

OLIVEIRA, N. A.; RIBEIRO, M. H. L.; COIMBRA, V.C. C. Saúde Mental infante-juvenil em Pelotas: relato de experiência. *J Nurs Health*. 2012. Disponível em < <http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3488>>. Acesso em 03 mar. 2015.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; CALDANA, R. H. L. Práticas Psicossociais Em Psicologia: Um Convite Para O Trabalho Em Rede Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 9.2: 184-192. São João del-Rei, julho/dezembro/2014. Disponível em < http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/viewArticle/924>. Acesso em 12 ago. 2015.

OLIVEIRA, W. F. de; PADILHA, C. dos S.; OLIVEIRA, C. M. de. Um breve histórico do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil contextualizando o conceito de desinstitucionalização. *Saúde em Debate*, 2011, 587-596. Disponível em <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/his-29881>>. Acesso em 12 ago. 2015.

OTTOBELLI, C.; ROTOLI, A. Buscando a reinserção dos pacientes psiquiátricos junto à comunidade: um relato de experiência. *Revista de Ciências Humanas*, v. 11, n. 16, 2010. Disponível em < <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/333>>. Acesso em 24 jul. 2015.

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. D. C.; Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2067-2076, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a06.pdf>>. Acesso em 08 mar. 2015.

PARTEKA, T. “Liberdade, só fora do hospício”: Rodrigo de Souza Leão, as instituições e as políticas de assistência psiquiátrica”. *Boletim Historiar*, n. 05, set./out. 2014, p. 43-53. Disponível em < <http://seer.ufs.br/index.php/historiar/article/view/3011/2654>>. Acesso em 09 jul. 2015.

PAULA, G. S. de, et al. Saúde mental e atenção psicossocial. *Journal of Nursing UFPE* (online). v. 5. n. 9. f. 2335-2336. 2011. Disponível em < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2033>>. Acesso em 05 ago. 2015.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Interface comun saúde educ*, 2008, 12.25: 295-307. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v12n25/a06v1225.pdf>>. Acesso em 05 ago. 2015.

PEIXOTO, P. C.; BERTANI, Í. F. A constituição do corpo do doente mental. *Proceedings of the 1nd Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca*, 2010. Disponível em < http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100026&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 03 jul. 2015.

PEIXOTO, M. J. R. et al. Os cuida-dores: qualidade de vida e características relacionais de pais e/ou mães de crianças e adolescentes usuárias de um CAPSi. In: JORNADA PSICOLOGIA E SAÚDE : PERSPECTIVAS ATUAIS DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE. 2010. Santa Maria, RS. *Anais...Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia*, 2010. 124 p.

PEREIRA, E. C.; DA COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde e Sociedade*, 2012, v. 21. n. 4. p.

1035-1043. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>>. Acesso em 03 jul. 2015.

PEREIRA, V. O. B.; LEMOS, M. F. A função terapêutica dos contos de fadas: sentimentos e conflitos humanos. *Perspectivas em psicologia*, v. 17, n. 2, 2013. Disponível em < <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/28086>>. Acesso em 26 ago. 2015.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9.1: 28-35. 2010. Disponível em < <http://educem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6824>>. Acesso em 23 ago. 2015.

PINTO, A. G. A. et al . Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, Mar. 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2015.

PINTO, D. M. et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, Sept. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300010&script=sci_abstract>. Acesso em 06 ago. 2015.

PITTA, A.M.F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc. Saude Colet.*, v.16, n.12, p.4579-89, 2011. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em 02 jul. 2015.

RAMMINGER , T. “Cada Caps é um Caps”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. 2009. 226 f. Tese (Doutorado em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, M. da C. A. L. Jogar e brincar: representando papéis, a criança constrói o próprio conhecimento e, conseqüentemente, sua própria personalidade. Disponível em: <http://www.icpg.com.br/artigos/rev01-07.pdf>. Acesso: 27 ago. 2015.

ROCHA, R. M. *Enfermagem em Saúde Mental*. 2. Ed., atual. e ampl 12. reimpr. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2012a.

ROCHA, T. S. *A saúde mental como campo de intervenção profissional dos assistentes sociais: limites, desafios e possibilidades*. 2012. 73 p. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, Polo Universitário de Rio das Ostras. Rio das Ostras: 2012b.

RODRIGUES, R. C. *Loucura e preconceito no contexto da reforma psiquiátrica: sujeito, território e políticas públicas*. 2010. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

ROJO, P. T.; FILIZOLA, C. L. A. Construindo sentidos e possibilidades: a experiência da equipe de incubação de um empreendimento solidário. *Revista da Escola de Enfermagem da*

- USP, 2012, 46.5: 1109-1116. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/11.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2015.
- RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z.. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo , v. 12, n. 1, 2010.
- SANCHES, A. C. G.; DE OLIVEIRA, M. A. F. Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2011, 27.4: 411-418. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/04.pdf>>. Acesso em 11 ago. 2015.
- SANTA CLARA, C. J. S.. Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. *Mental*, Barbacena , v. 7, n. 13, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jul. 2015.
- SANTOS, E. O. et al. Serviços substitutivos na perspectiva da reabilitação psicossocial: um relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*, 2012 Jul/Set; 11(3):588-592. Disponível em <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15417>>. Acesso em 09 mai. 2015.
- SANTOS, C. B. T. et al. Estudo da demanda de um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade de médio porte: imagens dos desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *IGT na Rede*, 2013, v. 10. n. 19. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=440>>. Acesso em 12 jun. 2015.
- SCHNEIDER, D. R. et al. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira?. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.553-570. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=680063&indexSearch=ID>>. Acesso em 12 jul. 2015.
- SILVA, N. S. et al . Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 66, n. 5, p. 745-752, Oct. 2013a. Disponível em <<http://he.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>>. Acesso em 15 ago. 2015.
- SILVA, S. V. M. O cuidado da família e dos profissionais de enfermagem em relação ao sujeito com transtorno mental no processo de desospitalização. 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado da Universidade Católica do Salvador) – Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea. 2013.
- TANAKA, O.Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência Saúde Coletiva*, v.14, n.2, p.477-486, 2009. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>>. Acesso em 05 abr. 2015.
- TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. O Usuário De Caps: Quem É Esse Sujeito?. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, MS. v. 1. n. 1. f: 40-49. 2009. Disponível em <<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/12/20>>. Acesso em 03 mar. 2015.

TÁVORA, R. C. O. et al. Atendimento de crianças e adolescentes em caps: visão dos familiares. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, out/dez. 2. Ed. Supl. 2010. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1096/pdf_260>. Acesso em 12 ago. 2015.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm*, 20.1: 119-26. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/14.pdf>>. Acesso em 06 ago. 2015.

VIVARELLI, B. A clínica da Infância e a Musicoterapia. In: XVI Fórum Estadual de Musicoterapia e VIII Jornada Científica de Musicoterapia. 2010. *Resumos...* Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192 p.

ZERBETTO, S. R., et al. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13.1: 99-109. 2011. Disponível em <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/9079>>. Acesso em 09 ago. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta do Material Empírico

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRECIONADA AOS
PROFISSIONAIS**

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

1. Quais as atividades realizadas para o tratamento e ressocialização dos usuários do CAPSi?
2. Quais as dificuldades encontradas para a realização dessas terapêuticas?
3. Você acha que algo poderia ser modificado? O quê, por exemplo?
4. Na sua opinião, qual(is) a(s) repercussão(ões) de tais práticas na vida dos usuários que dele se beneficiam?

APÊNDICE B – Instrumento para Coleta do Material Empírico

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DIRECIONADA AOS
CUIDADORES**

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____

Grau de parentesco com o(a) usuário (a) do CAPSi: _____

Tempo de acompanhamento da criança/adolescente pelo serviço: _____

1. O que você acha das práticas/atividades que são oferecidas pelo CAPSi?
2. Para você, o que seu familiar tem assimilado e descoberto a partir das atividades ofertadas pelo CAPSi?
3. Você percebeu alguma mudança no seu ente após a participação dele nas práticas desenvolvidas no serviço? Qual(is)?

APÊNDICE C - TCLE

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**ESTUDO: Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi**

Eu,, atuante na profissão de, residente e domiciliado em, portador da Cédula de identidade RG, e inscrito no CPF/MF, nascido(a) em ____/____/____, estou sendo convidada a participar da pesquisa intitulada: *Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi*, que tem como pesquisador responsável: **Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho**, professora orientadora e **Camila Samille Araújo Medeiros**, orientanda. A mesma será desenvolvida Unidade de Saúde da Família Raimunda Domingues de Moura situada no município de Cuité/PB, tendo em vista os seguintes objetivos: Geral – Analisar aspectos inerentes às abordagens destinadas às crianças no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) de Campina Grande-PB - e Específicos - Identificar as práticas ressocializadoras desenvolvidas no CAPSi; Revelar os desafios encontrados para a realização das práticas desenvolvidas no CAPSi sob o ponto de vista da equipe e Investigar as repercussões das práticas executadas no CAPSi sob o ponto de vista dos cuidadores. E se justifica, pois é fundamental destinar um olhar diferenciado e especial a essa clientela, visto que a abordagem das práticas ressocializadoras nos serviços dos Centros de Atenção Psicossociais se fazem como ressocializadoras das crianças e adolescentes que do serviço utilizam, e se fazem como um *continuum* para a promoção da melhoria da qualidade de vida, onde o bem-estar, cidadania, direitos e outras características sociais que permeiam e constroem a personalidade e o mundo subjetivo desses indivíduos estejam respeitados e valorizados.

Tomando-se por base a Resolução 466/12, todas as pesquisas que envolvem seres humanos envolvem riscos, sejam eles imediatos ou tardios, dessa forma a pesquisa em tela tem o risco de exposição do sujeito, constrangimento ou quebra de sigilo e anonimato com relação aos dados obtidos. No entanto, a pesquisadora adotará todos os cuidados necessários

para evitar tais situações, como: preservar a privacidade dos entrevistados cujos dados serão coletados, garantindo-lhes o anonimato e atribuindo-lhes pseudônimos; as informações serão utilizadas exclusivamente para a execução do projeto em questão; as entrevistas com os colaboradores serão previamente agendadas conforme disponibilidade do participante respeitando-se todas as normas da referida resolução e suas complementares na execução deste projeto. Quanto aos possíveis benefícios: ao término dessa pesquisa espera-se fornecer subsídios e achados para identificar e fortalecer práticas enquanto ferramentas terapêuticas a serem implementadas na Atenção Primária em Saúde de modo a impulsionar discussões e a disseminação de conhecimentos em diversos contextos na perspectiva de operar melhorias na qualidade de vida de gestantes. Oferecerá ainda suporte científico para outras investigações que possam sedimentar novos vieses epistemológicos rumo a um olhar diferenciado no que tange a esse período significativo na vida da mulher.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial e ética, conforme preconizado na resolução anteriormente citada, revelando os resultados sempre que solicitados pelo participante ou pela Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité (local este selecionado enquanto cenário da pesquisa) e ao término da investigação. Destaca-se que o pesquisador responsável conhece e respeita devidamente as exigências constantes nos itens IV.3 e IV.4 da referida resolução, conforme se expressa nos esclarecimentos que seguem.

Foi-me esclarecido que:

- Não haverá utilização de nenhum indivíduo placebo, visto que não haverá procedimentos terapêuticos neste trabalho científico.
- Minha participação é voluntária e não remunerada.
- Poderei recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho proposto sem necessidade de justificativa, não havendo penalização ou prejuízo para mim.
- Sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo, inclusive após sua finalização.
- Serei acompanhado e informado adequadamente quanto às questões relacionadas ao desenvolvimento e minha colaboração com o estudo.
- Foi-me garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho assegurando assim a minha privacidade neste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da instituição responsável. Entretanto, quando da existência

- de dispêndio de minha parte, serei ressarcido devidamente ou em casos de danos decorrentes de minha participação, serei indenizado adequadamente pelo aluno pesquisador (orientando);
- Após minha leitura e/ou leitura da pesquisadora ou aluna participante da pesquisa acerca desta pesquisa, assinarei duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via será minha e outra via ficará com a pesquisadora.
 - Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimento poderei contar com a equipe científica no número: (83) 8719-3134 e com o respectivo e-mail: mary_albernaz@hotmail.com.
 - Foi me repassado que outras informações podem ser solicitadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro/HUAC/UFCG (situado na Rua: Carlos Chagas, S/N, bairro: São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande/PB. Contato: 2101-5545), bem como possíveis denúncias.
 - Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse, e a outra com o pesquisador responsável. Todas as folhas serão rubricadas por mim e pelo pesquisador, apondo as assinaturas na última folha.
 - Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

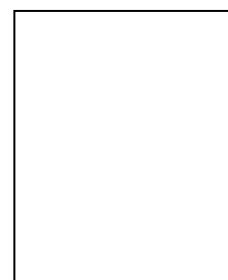
Campina Grande, _____ de _____, de _____.

Participante

Testemunha

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Orientadora/Pesquisadora

Camila Samille Araújo Medeiros
Orientanda



APÊNDICE D

Quadro 1 - Caracterização dos cuidadores responsáveis pelas crianças e adolescentes do CAPSi Viva Gente. Campina Grande/PB. Brasil, 2015.

Gênero	Faixa Etária		Estado Civil	Escolaridade		Ocupação		Parentesco		Tempo de Acompanhamento		
	F. A.	F. A.		F. A.	F. A.	F. A.	F. A.	F. A.	F. A.	F. A.		
Feminino	30-39 anos	06	Solteira	08	Ensino Fundamental	02	Do lar	09	Mãe	13	0-4 anos	05
Masculino	40-49 anos	04	União Estável	01	Ensino Fundamental Incompleto	08	Doméstica	02	Madrasta	01	4-8 anos	05
	50-59 anos	06	Casada	03	Ensino Médio	03	Comerciante	02	Avó	02	8-12 anos	03
			Viúva	01	Ensino Médio Incompleto	03	Agricultora	02			12-16 anos	03
			Divorciada	03			Cuidadora de Criança	01				

*F.A.: Frequência Absoluta

Fonte: Arquivos da autora, 2015.

APÊNDICE E

Quadro 2 - Caracterização dos profissionais atuantes nas práticas terapêuticas do CAPSi Viva Gente. Campina Grande/PB. Brasil, 2015.

Gênero	Faixa Etária		Estado Civil	Escolaridade		Profissão		Tempo de Trabalho no CAPSi		
	F. A.	F. A.		F. A.	F. A.	F. A.	F. A.	F. A.		
Feminino	20-29 anos	02	Solteiro (a)	02	Curso Técnico	02	Enfermagem	01	0-2 anos	01
		01					Fisioterapia	02	2-4 anos	02
	40-49 anos	03	Casado (a)	06	Enfermagem	01	0	0	0	
Masculino	40-49 anos	03	Casado (a)	06	Ensino Superior	06	Psicologia	02	6-8 anos	01
		01					Técnico em Enfermagem	02	8-10 anos	04
	50-59 anos	01								
	60-69 anos	01								

*F.A.: *Frequência Absoluta*

Fonte: Arquivos da autora, 2015.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es)**Termo de Compromisso do(s) Pesquisador(es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada “*Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi e sua significação*” assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 13 de outubro de 2015.

Camila Samille Araújo Medeiros

Camila Samille Araújo Medeiros

Autora da Pesquisa

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho

Orientadora

ANEXO B
Anuência da Instituição



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
CAMPUS CUITÉ
Sítio Olho D'Água da Bica, S/N,
CEP: 58175-000, Tel: (83)3372-1900

DECLARAÇÃO

Eu, MARIA DAS GRAÇAS MOTA MACIEL, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil Viva Gente, situado no município de Campina Grande/PB, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“Um universo de sentidos e dissensos: o despertar acerca das práticas ressocializadoras do CAPSi e sua significação”**, que será realizada no referido serviço, previsivelmente no meses de fevereiro e março de 2015, tendo como orientadora a professora Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho e orientanda Camila Samille Araújo Medeiros acadêmica da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Campina Grande, 16 de SETEMBRO de 2014.

Maria das Graças Mota Maciel
CPF 250.372.784-20
RG 3.073.459/PB

(Coordenador(a) do CAPSi Viva Gente – Campina Grande/PB)

ANEXO C


Declaração de Aprovação – Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO**

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 37579814.1.0000.5182, Número do Parecer: 931.861 intitulado: **UM UNIVERSO DE SENSOS E DISSENSOS: O DESPERTAR ACERCA DAS PRÁTICAS RESSOCIALIZADORAS DO CAPSi E SUA SIGNIFICAÇÃO.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.


Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 27 de Janeiro de 2015.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br