

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**LAÍS DUARTE FERRARI DA ROCHA**

**DESENVOLVIMENTO SOCIAL NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DE**  
**UM CAPSi DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Recife

2016

**LAÍS DUARTE FERRARI DA ROCHA**

**DESENVOLVIMENTO SOCIAL NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DE UM CAPSi  
DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante

Recife

2016

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB-4 1262

R672d Rocha, Laís Duarte Ferrari da.  
Desenvolvimento social na infância no contexto de um CAPSi do interior de Pernambuco / Laís Duarte Ferrari da Rocha. – 2016.  
102 f. : 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco,  
CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2016.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Psicologia. 2. Psicologia infantil – Pernambuco. 3. Desenvolvimento social - crianças. 4. Saúde mental. 5. CAPSi. I. Cavalcante, Tícia Cassiany Ferro (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2016-97)

**LAÍS DUARTE FERRARI DA ROCHA**

**DESENVOLVIMENTO SOCIAL NA INFÂNCIA NO CONTEXTO  
DE UM CAPSi DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Pompéia Villachan-Lyra  
Universidade Federal Rural de Pernambuco

---

Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho  
Universidade Federal de Pernambuco

*Aprovada em 31 de maio de 2016*

Recife  
2016

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força diária na minha vida, por ter permitido tantas graças em minha vida, por ser luz nos dias mais difíceis;

À minha família pelo apoio incondicional em todos os momentos, em especial a minha mãe e pai: obrigada por acreditarem mais em mim do que eu mesmo e não pouparem esforços nos meus estudos, e a minha irmã Luciana (Luc) pela fraternidade diária;

À Profª Drª. Pompéia Villachan-Lyra e ao Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho por terem aceitado tão gentilmente convite inicial já desde a qualificação e pelas contribuições tão relevantes ao trabalho;

Aos meus colegas de turma por todo aprendizado e acolhimento;

Aos meus lindos e queridos amigos por tanto me incentivarem e acreditarem tanto em mim;

Às lindas amigas que fiz no Pensionato Cidade Universitária, me ajudaram a tornar dias nem sempre tão fáceis, cheios de graça;

A todos aqueles que colaboraram comigo nessa caminhada, com conhecimentos, com mensagens de incentivo, ou mesmo com um simples sorriso;

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFPE por tantos aprendizados;

Aos profissionais do CAPSi que me receberam tão gentilmente e acreditaram nessa pesquisa;

Aos familiares das crianças que permitiram a realização do trabalho de videografias,

As crianças usuárias do CAPSi que me permitiram me aproximar de uma realidade tão desconhecida anteriormente;

A CAPES, pela bolsa que me permitiu a realização desse mestrado

E um agradecimento especial a minha querida orientadora Profª. Drª. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante pela paciência, compreensão, incentivo, ensinamentos, respeito, doçura, meu muito obrigada! Não existem palavras para agradecer a sorte que tive em tê-la como orientadora.

## RESUMO

Esse estudo pretendeu conhecer um pouco da realidade do desenvolvimento social infantil em um serviço CAPSi. Para tanto, esteve imerso nas discussões da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O campo escolhido foi o da infância, por isso a escolha do serviço CAPSi. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo geral analisar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social da criança usuária; e como objetivos específicos: (i) traçar o perfil das crianças usuárias de um CAPSi, (ii) identificar quais os procedimentos realizados no contexto desse CAPSi e como eles permitem o desenvolvimento e empoderamento da criança usuária; (iii) analisar a concepção dos profissionais do CAPSi acerca da contribuição da sua prática profissional no desenvolvimento social dessas crianças nesse cenário. A visão de desenvolvimento utilizada foi a de L.S.Vigotski. Participaram da pesquisa 6 profissionais de um CAPSi do interior do Estado de Pernambuco e 16 crianças usuárias que fizeram parte de momentos videografados. A coleta de dados foi constituída de três etapas: (a) análise documental de documentos do serviço; (b) entrevista semi estruturada com profissionais do serviço; (c) videografia de alguns momentos que já existem no serviço com as crianças usuárias. A metodologia utilizada foi também fundamentada na Psicologia Sociohistórica. A análise das entrevistas foram realizadas com base no conceito de Núcleos de Significação, em que foram construídos detalhadamente todos os passos (pré-indicadores, indicadores) para construção dos Núcleos. Os momentos videografados foram também transcritos para posterior análise com enfoque no desenvolvimento social das crianças. Percebeu-se que esse serviço atende uma demanda diversa, com diferentes atividades realizadas. Os profissionais do serviço, apesar de enfrentarem várias dificuldades, conseguem de certo modo impactar no desenvolvimento social dessas crianças, além de promover o empoderamento. Linguagem, ZDP, Mediação e Funções Psicológicas superiores foram conceitos teórico-metodológicos utilizadas para análise das videografias, evidenciando, em alguns momentos, a presença de alguns elementos constitutivos do desenvolvimento social das crianças usuárias nas atividades desenvolvidas.

**Palavras-chave:** CAPSi. Infância. Desenvolvimento Social. Saúde Mental.

## ABSTRACT

This study aimed to know a little of the reality of child social development in a CAPSi service. Therefore, it was immersed in discussions of the Brazilian Psychiatric Reform. The chosen field was the childhood, and the choice of a CAPSi service. In this sense, the study aimed to analyze how CAPSi collaborate with the social development of the child user; and specific objectives: (i) profile the children a CAPSi users, (ii) identify the procedures performed in the context of this CAPSi and how they enable the development and empowerment of the user child; (Iii) analyze the design of CAPSi professionals about the contribution of their professional practice in the social development of children in this scenario. The used development vision was to L.S.Vigotski. The participants were 6 professionals a CAPSi in the state of Pernambuco and 16 children users who took part in videotaped moments. Data collection consisted of three stages: (a) documentary analysis of service documents; (B) semi-structured interview with professional service; (C) videography some moments that are already in service with the users kids. The methodology used was also based on the Socio Historical Psychology. Analysis of the interviews were based on the concept of Meaning Cores, it was built in detail all the steps (pre-indicators, indicators) for construction of the Core. The videotaped moments were also transcribed for further analysis focusing on social development of children. It was noticed that this service meets a different demand, with different activities. Professional service despite facing various difficulties can somehow impact on the social development of children, and promote empowerment. Language, ZPD, Psychological Mediation and higher functions were theoretical and methodological concepts used for analysis of videographies, showing, at times, the presence of some components of the social development of children using the developed activities.

**Keywords:** CAPSi. Childhood. Social Development. Mental Health.

## SUMÁRIO

<b>Capítulo 1- Introdução</b> .....	8
<b>Capítulo 2 - Contextualização teórica</b> .....	12
2.1 A Política de Saúde Mental Infantil, infância e modernidade. ....	12
2.2 Desenvolvimento em L.S.VIGOTSKI .....	18
<b>Capítulo 3- Caminho Metodológico</b> .....	23
3.1 Campo e construção de dados.....	23
3.2 Participantes.....	23
3.3 Procedimentos.....	24
3.4 Análise dos dados.....	25
3.5 Considerações éticas.....	26
<b>Capítulo 4- Resultados e Discussão</b> .....	28
4.1 Análise documental.....	28
4.2 Análise das entrevistas.....	33
4.3 Análise das videografias.....	56
<b>5 Considerações finais</b> .....	70
Referências.....	75
Apêndices.....	80
Anexos.....	90

## CAPÍTULO 1- INTRODUÇÃO

Esse trabalho caracteriza-se por estar imerso no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Utiliza-se aqui a compreensão que Amarante (2008) coloca do campo da Saúde Mental como complexo, que atravessa diferentes campos de conhecimento, atuando em diferentes setores, ao não considerar apenas estudos de psicopatologias. Desse modo, nesse trabalho a Saúde Mental é considerada como um campo rico e diverso.

Sendo assim, parte de uma compreensão de superação do antigo modelo manicomial excludente, caracterizado por ter uma longa história que remonta na Idade Média, quando o hospital não correspondia à instituição médica, mas de caridade. Ele foi sendo transformado com o tempo. Já no século XVII existia o Hospital Geral, em que eram internadas pessoas diversas da sociedade, sendo estas estabelecidas por autoridades. Assim, o hospital foi se tornando pouco a pouco lugar de tratar os enfermos. Novas instituições assistenciais foram sendo criadas, a exemplo de orfanatos, centros de reabilitação, casas de correção e reformatórios (AMARANTE, 2008).

Nesta discussão, um nome que deve ser citado é o de Philippe Pinel, que ficou conhecido como fundador da Psiquiatria, tendo sido responsável por medicalizar o Hospital Geral de Paris. Propunha liberdade aos loucos para serem tratados em formato asilar, isolados, com um tratamento ainda moral. Foi responsável por fundar os primeiros hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2008). Esse tratamento moral correspondia a uma ordenação no espaço entre os variados casos ali presentes, em que o isolamento fazia-se necessário e os sintomas poderiam ser descritos (CASTEL, 1978 apud, AMARANTE, 1995)

No mundo todo foram realizadas diferentes experiências relacionadas à Reforma Psiquiátrica. Algumas no intuito de melhoria dos serviços já existentes; outras, rompendo com o modelo já vigente. Nesta última direção ganha destaque a experiência pensada por Franco Basaglia, na Itália, que propôs uma total ruptura, com a extinção dos manicômios (AMARANTE, 2008).

Essas evoluções no cuidado ao usuário de Saúde Mental também aconteceram no Brasil, segundo Dimenstein (2004):

Desde o final dos anos 70, o atendimento em saúde mental no Brasil vem passando por transformações importantes, apesar dos retrocessos sofridos ao longo do período em função da política neoliberal do "Estado-mínimo" adotada pelos governos brasileiros até então. Assim, temos conquistado novos espaços em substituição ao aparato manicomial e alicerçado a atenção em práticas que visam não só desmistificar a loucura, resgatando a complexidade do fenômeno, mas também denunciar concepções naturalistas que têm, historicamente, "justificado" o asilamento, a medicalização e a sua patologização. (p.113)

Hoje, no Brasil, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) configuram-se como os dispositivos estratégicos de referência no cuidado ao usuário de saúde mental. O primeiro criado foi em 1986, na cidade de São Paulo. Surgiu de um movimento social de trabalhadores em saúde mental que denunciavam a assistência nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). Esta pesquisa buscará conhecer um pouco mais de perto a realidade de um CAPSi, que são os serviços que se propõem a atender a demanda em saúde mental infanto-juvenil.

“Os CAPSi foram propostos a partir de 2002, sob os mesmos princípios que regem as demais tipologias de CAPS no país. São serviços territoriais, de natureza pública, financiados integralmente com recursos do SUS” (BRASIL, 2002).

Destaca-se que no Brasil houve historicamente uma forte tradição de institucionalização da infância, marcada pela internação. As crianças eram internadas por serem pobres, para serem educadas, por diversos motivos. Já nos anos 80, época de redemocratização do país, houve questionamentos a respeito da limitação do desenvolvimento dessas crianças, que eram também afastadas do seu meio, foi à época também de questionamento dos manicômios (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

Sendo assim, pode-se pensar que a história da Saúde Mental infantil no Brasil é nova. No século XIX não havia locais específicos e as crianças em sofrimento psíquico conviviam nos mesmos manicômios que os adultos, naquela época. A infância e adolescência eram institucionalizadas ou medicalizadas, sem haver nenhuma atenção diferenciada para esse momento do desenvolvimento. No século XX foi que surgiram as instituições filantrópicas (RIBEIRO, 2006 apud FÉLIX, 2014).

Considerando a discussão da Reforma Psiquiátrica, é válido destacar o conceito de desinstitucionalização. Boarini (2011) explica a noção de desinstitucionalização, que corresponde ao avanço no sentido de buscar promover participação, fim da exclusão e do tratamento pautado na lógica de hospital psiquiátrico.

Outro conceito que é possível de pensar nessa discussão é o explicado por Vasconcelos (2003) que traz a ideia de empoderamento, ou o que ele prefere chamar originalmente de *empowerment* que diz respeito ao: “aumento de poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (p.20).

Nesse sentido, é válido pensar na importância dessa criança falar e ser escutada no seu sofrimento, uma vez que muitas vezes é o outro que fala a seu respeito (BRASIL, 2005). Destaca-se:

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela. (BRASIL, 2005, p.12)

Assim, para promover a saúde das crianças, adolescentes e suas famílias é preciso que se fale em autonomia, que se incentive o desenvolvimento das relações interpessoais, do desenvolvimento de vínculos e também com enfoque nas redes que circunscrevem o desenvolvimento dessa criança ou adolescente (BRASIL, 2014). Ressalva-se que essa discussão está falando de saúde entendida como geral, mas que também cabe na discussão de saúde mental.

Considerando as discussões retratadas acima, pode-se pensar de uma trajetória da infância que merece mais atenção. Essas crianças e jovens que já foram internadas/institucionalizadas no passado apenas por serem pobres, hoje merecem ser vistas de modo integral. Cabe questionar quem são as crianças e jovens que chegam aos CAPSi? São realmente pessoas com graves comprometimentos psíquicos? Que demanda é essa que esses serviços têm atendido? Há uma discussão sobre autonomia e empoderamento dessa população nesse cenário? Há de se perguntar ainda como são os relacionamentos sociais nesses serviços, se eles incentivam o desenvolvimento social desse público. Esse aqui entendido a partir das discussões teóricas em Vigotski de desenvolvimento social a partir de conceitos como linguagem, mediação, ZDP.

Desse modo, a escolha dessa temática partiu de um interesse pessoal pela área de Saúde Mental, bem como da necessidade de estudos nesse cenário específico da Saúde Mental Infantil. Além da possibilidade de contribuição da pesquisa no cenário de

consolidação da Reforma Psiquiátrica, na inserção social dessas crianças usuárias do CAPSi. Além disso, espera-se poder problematizar a respeito da participação das crianças usuárias e das suas famílias na Atenção realizada pelo CAPSi.

Sendo assim, o trabalho aqui pretendido partirá tanto de discussões nas atuais Políticas de Saúde Mental no Brasil, com destaque a Política infanto-juvenil, como também a compreensão de desenvolvimento infantil realizada por L.S.Vigotski, uma vez que se buscará compreender um pouco do desenvolvimento social das crianças usuárias pelos depoimentos dos profissionais de um serviço específico escolhido – CAPSi do interior do Estado de Pernambuco.

Deste modo, o campo dessa pesquisa será: Saúde Mental, Psicologia e Infância, tendo como temática: a infância e a saúde mental. O Objeto desse trabalho será o papel das compreensões de Desenvolvimento social de profissionais no CAPSi. O problema escolhido para esse trabalho foi como o CAPSi contribui no desenvolvimento social das crianças usuárias, a partir da perspectiva do profissional e da observação de atividades desenvolvidas no CAPSi com as crianças usuárias. Essa pesquisa tem como objetivo geral: analisar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social da criança usuária. E tem como Objetivos Específicos: traçar o perfil das crianças usuárias de um CAPSi; identificar quais os procedimentos realizados no contexto desse CAPSi e como eles permitem o desenvolvimento e empoderamento da criança usuária e analisar a concepção dos profissionais dos CAPSi acerca da contribuição da sua prática profissional no desenvolvimento social dessas crianças nesse cenário.

## **CAPÍTULO 2- CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 A Política de Saúde Mental Infantil, infância e modernidade.**

A discussão em torno da Reforma Psiquiátrica é algo que vem sendo tema de pauta e de ações ao longo dos anos. Anteriormente, o modelo de tratamento a pessoa em sofrimento psíquico caracterizava-se pela exclusão da sociedade e internamento. Houve diversas experiências de mudança desse modelo, no mundo (AMARANTE, 2008). Salienta-se que a reforma pode ser pensada nas dimensões: teórico-conceitual, responsável por revistar os conceitos teóricos; a técnico assistencial que diz respeito à construção de lugares novos de sociabilidade; o campo jurídico-político responsável por revisitar a legislação na área e o sociocultural responsável em modificar os pensamentos no entorno da loucura, procurando a inclusão dessas pessoas. (AMARANTE, 1999 apud RABELO; TORRES, 2006). Considerando as variadas experiências de Reforma Psiquiátrica no mundo, é necessário marcar que no Brasil, a lei 10.216/01 define uma mudança no cuidado a essa pessoa, não tendo mais como foco a internação, mas prevendo a existência de outros tipos de serviços e de uma atenção mais integral, com garantia de seus direitos.

No cenário atual do Brasil existem os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que são serviços que funcionam de portas abertas para a sociedade, que se propõem a atender uma demanda em saúde mental, seguindo diferentes tipos de serviços e modalidade de cuidado. Tem como objetivo favorecer a Reabilitação Psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico. Existem diferentes tipos, a exemplo daqueles que se organizam conforme o tamanho da sua equipe, e também segundo a demanda do município: o CAPS I para municípios menos populosos; o CAPS II para municípios até 200.000 habitantes, o CAPSIII para cidades com mais de 200.000 habitantes, funcionando 24h, podendo acolher os usuários em momentos de crise. Além disso, há também o CAPSad que atende a demanda de álcool e drogas e o CAPSi que atende a demanda infanto-juvenil (BRASIL, 2004). De acordo com o documento do Ministério da Saúde “Centros de Atenção Psicossocial e unidades de acolhimento como lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios – Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA”:

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agente comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL, 2015, p.10)

Segundo a Portaria GM/ MS nº3. 088 de 23 de dezembro de 2011 a RAPS, Rede de Atenção Psicossocial vem a ser instituída para construir, aumentar e articular dispositivos de atenção aos usuários com sofrimento psíquico, assim como usuários de álcool e outras drogas. Sendo assim, a citação acima destaca a importância que os CAPS possuem no fortalecimento da RAPS.

Uma estratégia que pode ser utilizada nos CAPS trata-se do PTS, Projeto Terapêutico Singular que se trata de uma reunião de propostas para uma pessoa ou caso coletivo, como no caso de famílias. Ele assemelha-se a variedade da discussão de caso clínico, em que é construído coletivamente, com uma equipe multiprofissional. Costuma ser utilizado em situações mais complicadas de resolução. Valoriza a singularidade de cada caso, sendo construído a partir de quatro momentos: diagnóstico, em que deve ter uma avaliação global do caso, contendo variadas informações. O segundo momento de definição das propostas em que são colocadas metas a serem cumpridas; o terceiro momento que é o de divisão dessas propostas, em que essas são divididas na Equipe e o último momento de reavaliação, em que será revisto todo o caso, como foi conduzido, sucessos e desafios (BRASIL, 2007).

Os PTS poderão ser realizados no CAPS utilizando-se das seguintes atividades: acolhimento inicial; acolhimento diurno e/ou noturno; atendimento individual; atenção às situações de crise; atendimento em grupo; práticas corporais; práticas expressivas e comunicativas; atendimento para a família; atendimento domiciliar; ações de reabilitação psicossocial; promoção de contratualidade; fortalecimento do protagonismo de usuários e de familiares; ações de articulação de redes intra e intersetoriais; matriciamento de equipes dos pontos de atenção da atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares e de referência; ações de redução de danos; acompanhamento de serviço residencial terapêutico; apoio a serviço residencial de caráter transitório (BRASIL, 2012).

Um dos maiores desafios da Política de Saúde Mental no Brasil é justamente a Política voltada para crianças e adolescentes, devido as suas particularidades (BRASIL,

2005). Há uma inclusão tardia da Saúde Mental Infantil nas Políticas Públicas com diversos problemas, carência de estudos, inexistência de estudos sobre a efetividade do tratamento dos transtornos infantis, até pouco tempo atrás, além da particularidade do cuidado. Além desses, há pouca literatura que explique detalhadamente o funcionamento dos CAPSi (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Vale destacar a alta incidência de problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência:

Estima-se que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais freqüentes estão a deficiência mental<sup>1</sup>, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Observamos, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes (BRASIL, 2005, p.5).

Como discutido acima, hoje há diferentes tipos e modalidades de cuidado nos CAPS, destacando aqui o CAPSi. Segundo Delfini et al. (2009), os CAPSi se propõe a atender crianças e adolescentes em sofrimento psíquico grave e persistente, e assim facilitar a sua inserção na sociedade.

São serviços que se pretendem a atender uma demanda infanto-juvenil com graves problemas psíquicos. “Estão incluídos nessa categoria os portadores<sup>2</sup> de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais” (BRASIL, 2004, p.23). Deve atuar em formato de rede articulado com a saúde, educação e assistência social, de modo mais rápido possível para que assim possa ser possível um atendimento mais ampliado a esse público (BRASIL, 2004).

Salienta-se nesse cenário infantil o papel estratégico da educação, já que, nesses espaços, as crianças e adolescentes estão em desenvolvimento em suas diversas singularidades, e são espaços em que podem ser detectados riscos, como também se pode atuar preventivamente de modo a diminuir comprometimentos psicossociais. Nesses espaços devem se promover saúde, bem como realizar a proteção integral da criança e ainda favorecer o desenvolvimento infantil a partir da autonomia e emancipação (BRASIL, 2014).

---

<sup>1</sup> Após a Declaração de Montreal (2004) a terminologia utilizada é pessoa com deficiência intelectual e não mais pessoa com deficiência mental.

<sup>2</sup> Terminologia não mais utilizada. Atualmente, utiliza-se o termo Transtorno do Espectro Autista a partir Lei n. 12.764/2012.

Um estudo realizado em um CAPSi na grande São Paulo, mostrou que nos prontuários, 24,8% não possuíam hipótese diagnóstica conforme CID-10<sup>3</sup>, a maioria dos usuários atendidos está na faixa etária de cinco a quinze anos (68,9%) e é do sexo masculino (61,2%). O grupo de transtornos de comportamento e transtornos emocionais corresponde a 21,4%, seguido pelos transtornos do desenvolvimento global (16,2%) e retardo mental (10,5%). A maioria dos usuários foi encaminhada pelo Conselho Tutelar (22,3%) e tiveram como principal motivo da consulta queixas neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%) (DELFINI et al.2009).

Destaca-se que é comum falar de infância associando a uma oposição ao adulto, considerando que não há certa maturação ainda desenvolvida e também a devida questão social, sendo comum procurar semelhanças a partir de um recorte de idade, mas que vale salientar que os papéis e desempenhos dessas crianças dependem do meio social a que fazem parte. Logo, deve-se considerar que não existe uma população igual de crianças, mas diversas populações, assim a criança deve ser percebida conforme o meio social que faz parte (KRAMER, 1982).

Ariés (1981) traz toda uma evolução de como a criança tem sido percebida na arte. Até o século XII a arte medieval não a representava, desse modo, ou não a conheciam ou não se preocupavam em representá-la. Nas fórmulas românicas até o fim do século XIII o que existem eram homens menores no tamanho (miniaturas). Em meados do século XIII algumas crianças semelhantes a da modernidade, passam a parecer que seriam estas: “o anjo”, “o menino Jesus” e “a criança nua”. (p.18, 19). Nos séculos XIV e XV essas figuras passaram a evoluir. Nos séculos XV e XVI passa a existir uma iconografia leiga. A criança passou a ser personagem central das representações, no meio das famílias, no meio do povo, a criança na escola do século XIV ao XIX. Essas representações indicavam que a criança vivia no mundo dos adultos e também de que os pintores gostavam de representar a graciosidade da criança. Hoje, tal qual no século XIX, há uma separação do mundo da criança do mundo do adulto, e “a outra ideia, ao contrário, anuncia o sentimento moderno da infância” (p. 21).

Sendo assim, para Ariés (1981):

A descoberta da infância começou sem dúvida no século XIII, e sua evolução pode ser acompanhada na história da arte e na iconografia dos séculos XV e XVI. Mas os sinais de seu desenvolvimento

---

<sup>3</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

tornaram-se particularmente numerosos e significativos a partir do fim do século XVI e durante o século XVII. (p.28)

Kramer (1981) discute os dois sentimentos da infância propostos também por Ariés. O primeiro está relacionado ao fato de que era muito comum a morte natural das crianças, quando sobreviviam já faziam parte direta do mundo dos adultos. O segundo sentimento que está relacionado ao sentimento moderno se refere à oposição: de um lado a criança ingênua e paparicada e do outro a criança imperfeita e incompleta. Assim, a concepção atual de infância está relacionada a tentar preservar essa criança, sua ingenuidade, e também desenvolvê-la, seus valores e conhecimentos.

Sendo assim, salienta-se que a discussão levantada por Kramer (1981) vem evidenciar que o conceito de infância é modificado conforme a sociedade e seu contexto histórico. Enquanto na Sociedade Feudal a criança logo já era considerada como adulto, na sociedade burguesa ela precisava ser lapidada, desenvolvida e preparada para o futuro. Assim, para trabalhar com crianças é necessário que se saiba qual conceito de infância que está sendo considerado.

Uma discussão atual sobre a infância que merece ser destacada é a respeito da terceirização da infância. Martins Filho (2014) traz uma discussão sobre as crianças de hoje em dia que vivem em uma realidade tão distinta. Ingressam muito mais cedo nas escolas, creches. Na classe média, o número de filhos diminuiu bastante, cresceu o número de filhos únicos e as famílias têm filho tardiamente. Além disso, o mundo de hoje é um mundo muito veloz. Tudo passa muito depressa. Pais costumam trabalhar bastante, mesmo nos finais de semana levam trabalho para casa. Acontece dos problemas não serem discutidos quando deveriam. Às vezes, há variadas crianças no meio da família, de relacionamentos anteriores, que levam a criança a se sentir também sozinha no meio de tantos.

Sendo assim, Martins Filho (2014) destaca que a terceirização da criança pode ter efeitos desastrosos para a criança. Uma criança que passa muitos períodos em creches, que não estão muito preocupadas com aspectos emocionais pode sofrer graves consequências, inclusive para o desenvolvimento. O autor destaca que uma amamentação prolongada é uma exceção. Nos dias de hoje pouco tempo se passa com os filhos, os mais ricos chegam a ter várias babás. Quando a babá é afetuosa a criança tem sorte. O autor inclusive dá um exemplo interessante de que atendeu uma pessoa, ao telefone, para o médico falar com a babá sobre o filho doente. Martins Filho

questiona: como não pensar que essa criança não enfrentará desafios no desenvolvimento ou de afetividade?

Desse modo, no fenômeno da terceirização há de se pensar na transferência de responsabilidades; a escola cabe só conhecimentos científicos, valores morais são adquiridos com aparelhos eletrônicos (televisão, celulares, internet). Há uma transferência de responsabilidade, estando à terceirização presente em todas as classes sociais, quando os pais precisam ser pais, por vezes não conseguem e chegam a ocorrer até acidentes, como esquecimentos dos próprios filhos (MARTINS FILHO, 2014).

Pode-se pensar nessa discussão sobre essa criança de hoje em dia e relacionar também a discussão da medicalização da vida. O próprio Conselho Federal de Psicologia no Caderno “Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida. Medicalização da educação” (CFP, 2012) vem mostrar a importância desse debate. No Caderno é abordado sobre a força da indústria farmacêutica, perdendo apenas para a indústria bélica. Hoje, existe um costume de tomar remédios. Perigoso ainda o fato de que essa questão chega à educação e os comportamentos agora explicados por causas organicistas, passam também a serem passíveis de serem medicalizados. Há também um número muito alto de crianças medicadas no país. Além disso, o caderno aponta uma preocupação de combate às drogas ilícitas enquanto a medicalização cresce aceleradamente:

Portanto, enquanto na sociedade brasileira são feitos enormes alardes em relação às drogas ilícitas e campanhas envolvendo grandes somas de dinheiro público são realizadas para o controle e tratamento de algumas delas, como o crack, há outra questão de enorme importância que é o avanço na utilização das drogas lícitas. No Brasil, por exemplo, o metilfenidato, substância dada para crianças e adolescentes com a pretensão de diminuir o chamado “déficit de atenção” na escola, subiu de 70.000 caixas vendidas em 2000 para dois milhões de caixas em 2010, inserindo o Brasil no segundo maior consumidor dessa droga no mundo, perdendo somente para os Estados Unidos (p. 5).

Sendo assim, é válido pensar que a criança que no passado não era considerada ainda com suas particularidades infantis, vem passando por variadas mudanças ao longo dos tempos atuais, em relação à forma em que se vive a infância e como ela tem sido percebida. Hoje, a infância cada vez mais solitária, longe de casa, vivida em creches e escolas passa de certo modo a também não ser vista da mesma forma. Por vezes, comportamentos infantis não são compreendidos adequadamente, sendo colocados como patologias e medicados. Parece existir uma invisibilidade dos problemas

relacionados à infância e o processo de tercerização, bem como medicalização. O que novamente tensiona a discussão do empoderamento e autonomia. Como está o desenvolvimento social das crianças na modernidade? Em relação à essa discussão anterior, articulando com o desenvolvimento infantil, esse trabalho está inspirado na teoria de Vigotski, que já trazia em seus estudos uma discussão sobre a biologização do sujeito. Os seus pressupostos, que serão discutidos abaixo, são bastante atuais e articulase aqui com a problemática da medicalização e tercerização na infância.

## 2.2 Desenvolvimento em L.S.VIGOTSKI

Uma vez que esse estudo se pretende a discutir sobre o desenvolvimento humano, no cenário de CAPSi, local esse que atende uma demanda infanto-juvenil, e estará interessado especialmente em aspectos relacionados a interação social e desenvolvimento social, o teórico aqui escolhido foi L.S.Vigotski. Ele foi um autor, que apesar de ter vivido pouco, teve grande impacto para os estudos do desenvolvimento humano, tendo sido estudado em muitos países com um arcabouço teórico que sempre valorizava os aspectos sociais e históricos do ser humano. Tem um estimado público na educação, uma vez que sua teoria implica em questões educacionais, assim como por psicólogos diversos. Apesar de seu trabalho já ter recebido inúmeras nomeações, Neves e Damiani (2006) defendem chamá-la de Teoria Sócio-Histórica.

O desenvolvimento humano para Vigotski (2003) acontece da relação entre os processos elementares de origem biológica e das funções psicológicas superiores de origem sócio-cultural. Sendo assim, para ele, as funções psicológicas superiores são elaboradas a partir de processos históricos e culturais, não tendo assim exclusividade nos aspectos biológicos do ser humano. Desse modo, há de ser considerada a mediação, com uso de instrumentos e símbolos (OLIVEIRA, 1992).

Segundo Vigotski (2003), o uso de instrumentos e da fala contribui para esse processo de mediação desde quando a criança ainda é muito pequena. Assim, com as diferentes transições que a criança vivencia ao longo do seu desenvolvimento, realizará habilidades mais complexas com a utilização de signos. Para esse teórico, a relação do homem com o mundo é mediada através de sistemas simbólicos, sendo o desenvolvimento dinâmico e caracterizado por pertencer a uma cultura (OLIVEIRA, 1997).

A internalização está presente no desenvolvimento da linguagem. A criança menor faz uso de uma fala egocêntrica, que utiliza para resolver problemas, quando precisa de ajuda recorre a adultos. Apenas quando cresce que ela internaliza essa fala. Ele explica que, nos desenhos, a criança menor primeiramente desenha para posteriormente explicar, enquanto que as crianças maiores fazem do uso da fala para realizar esse planejamento. Desse modo, essa linguagem interfere no comportamento da criança (VIGOTSKI, 2003).

Na teoria Sócio-Histórica de Vigotski entende-se que há uma interação dialética entre os componentes do ser humano, incluindo seus aspectos biológicos e o mundo social. Desse modo, ele transforma a realidade, assim como a realidade o transforma. Logo, o ser humano a partir dessa perspectiva teórica está em permanente troca e transformação junto ao meio social (NEVES; DAMIANI, 2006).

Segundo Palangana (1994), Vygotsky defende a interação entre as condições sociais e a base biológica do comportamento humano. Para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, há nesse autor, o grande destaque para as trocas sociais. Vale salientar o uso da linguagem. Este baseou seu método na dialética materialista. Para ele, é na atividade prática com outros que o ser humano desenvolve suas funções psicológicas superiores. Dessa forma, para esse autor há primeiramente uma consciência social que posteriormente torna-se individual, tendo como relevância ainda o momento histórico e cultural no momento dessa pessoa.

Sendo assim, pode-se aqui destacar que a criança logo pequena, diante de dificuldades, passa a utilizar cada vez mais a fala egocêntrica, em seguida pede ajuda a adultos, e só quando crescem mais é que passam a internalizar essa fala, e agora não mais precisa de ajuda dos adultos. A linguagem, desse modo, é social e evolui conforme a interação das crianças: “a linguagem passa, assim a adquirir uma *função intrapessoal* além do seu *uso interpessoal*” (VIGOTSKI, 2003, p.37)

Outro pressuposto importante é a relação entre aprendizado e desenvolvimento. Neste, Vigotski destaca a importância das situações de aprendizagem para o desenvolvimento infantil. Aqui, considera-se esse pressuposto como essencial para entender o conceito de desenvolvimento na infância. O ambiente estimulador e de aprendizagem é imprescindível para que ocorra o desenvolvimento na infância. Dessa forma, Vigotski (2003) defende que aprendizagem e desenvolvimento estão diretamente relacionados desde que a criança nasce. Assim, para discutir a aprendizagem e desenvolvimento, ele lança a ideia de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP):

Ela é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes. (p.112)

Vigotski (1982) apud Neves e Damiani (2006) explica que, realmente algumas crianças teriam mais facilidade para determinadas atividades, inclusive por motivo de genética, mas isso não impediria elas de aprender. Ele rejeita a ideia de caracterizar as crianças por faixa etária, uma vez que entende o ser humano como mutável. Ele também não apenas recebe o que o meio oferece, mas atua sobre ele, inclusive, transformando-o.

Os ambientes estimuladores em que se proporciona atividades em grupo, permitindo que se crie ZDP favorecem o desenvolvimento, a autonomia e o empoderamento na infância. No caso da saúde mental infantil, essa prática contribui, sobremaneira, para que a criança torne-se sujeito social efetivo.

Relacionados a essa questão, estão os conceitos de deficiência primária e de deficiência secundária de Vygotsky, que serão discutidos aqui, por se achar que existem limitações impostas pela sociedade relacionadas aos processos de terceirização e medicalização já apontados, como também ao preconceito e segregação das pessoas em sofrimento mental, que repercutem no seu desenvolvimento.

Desse modo, Vygostky (1997) apud Cavalcante e Ferreira (2011) lança os conceitos de deficiência primária que estaria relacionada a aspectos orgânicos e a deficiência secundária que corresponde aos aspectos sociais relacionados à deficiência<sup>4</sup>. Assim, entende-se que apesar de haver determinados tipos de impedimentos orgânicos, os aspectos de como a sociedade e a cultura relacionam-se com a criança com deficiência (incluindo-se aí os transtornos mentais), ou outra especificidade, em muito pode interferir no seu desenvolvimento.

Nesse caso, Cavalcante e Ferreira (2011) defendem que a deficiência é muito mais fruto das relações sociais enfraquecidas que das próprias dificuldades orgânicas. Afirmam ser necessários construir instrumentos que auxiliem nas particularidades do desenvolvimento de cada criança. Assim, Vygotsky ao lançar o conceito de

---

<sup>4</sup>Sabe-se que a criança em sofrimento psíquico possui necessidades específicas. Atualmente, os impedimentos mentais também são concebidos como deficiência. Existe um documento legal que é o Decreto N<sup>o</sup> 6949 de 25 de Agosto de 2009 que promulga a Convenção Internacional sobre os direitos da Pessoa com Deficiência que define: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental (GRIFO MEU), intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2009).

compensação pretendeu exatamente não destacar as dificuldades orgânicas, mas como tais dificuldades podem ser superadas com a criação dos instrumentos ideais (CAVALCANTE; FERREIRA, 2011). A Compensação social é definida como as possibilidades de desenvolvimento do sujeito favorecidas e auxiliadas por instrumentos sociais.

Um ponto interessante é a crítica de Vigotski (1997) à biologização da pessoa, com foco na doença em detrimento da promoção da saúde e das potencialidades do sujeito, aspectos que permitem a autonomia e empoderamento. Vigotski, nessa questão, enfatiza que as leis de desenvolvimento são iguais para todas as pessoas, e o que diferencia o desenvolvimento de uma pessoa para outra é o percurso que se faz. Dessa forma, pode-se questionar se de fato estamos permitindo o desenvolvimento das funções psicológicas superiores das crianças, aspecto caro para a teoria sócio-histórica. Às vezes, em casos com as crianças em sofrimento psíquico, pode acontecer dos profissionais trabalharem apenas os aspectos mecânicos e motores, não incidindo nas funções psicológicas superiores.

Essa discussão se faz pertinente uma vez que as demandas recebidas no CAPSi, como visto anteriormente, são as mais diversas, estando situadas apenas no período infanto-juvenil, mas perpassando tanto por queixas escolares, como demandas relacionadas a transtornos diversos e deficiências. Assim, cabe problematizar como o serviço CAPSi pode contribuir no desenvolvimento social dessas crianças e jovens, já que ao enfatizar a deficiência secundária de Vygotsky pode-se pensar em como o social pode interferir no desenvolvimento dessa população. O enfoque não pode ser apenas nos aspectos orgânicos, sobretudo, por centrar nas dificuldades das crianças, mas sim nas mudanças que podem acontecer no meio. Como estão sendo os relacionamentos sociais e de aprendizagem nesse serviço?

Kassar (2000) em um estudo sobre uma pessoa com deficiência múltipla mostra como não se acredita na possibilidade de aprendizado dessa pessoa, já que ela possui sérias limitações de ordem orgânica. A deficiência é colocada como um problema individual/familiar e não se acredita no desenvolvimento dessa pessoa. Assim, essas pessoas são colocadas no lugar de exclusão social.

O estudo mencionado, apesar de focar especificadamente sobre a deficiência múltipla, faz pensar como essa discussão pode ser ampliada para as diversas deficiências e também para os transtornos psíquicos, já que os aspectos orgânicos acabam sendo muitas vezes o foco principal e o cenário social não é privilegiado. Os

sujeitos comprometidos psicicamente também são vítimas de exclusão nos mais diversos segmentos da sociedade e também precisam ser inseridos socialmente.

## **CAPÍTULO 3- CAMINHO METODOLÓGICO**

### **3.1 Campo e construção dos dados**

Para a realização dessa pesquisa, a metodologia utilizada foi pautada na Psicologia sociohistórica, buscando sentidos nos relatos dos participantes em questão. Parte-se de uma compreensão que é necessário estudar o sujeito historicamente, ampliando o olhar para além de apenas descrições. O sujeito é pensado nessa perspectiva teórica em sua singularidade. Ele usa linguagem, a transforma e transforma o mundo (AGUIAR; OZELLA, 2006). “Nossa tarefa, portanto, é apreender as mediações sociais constitutivas do sujeito, saindo assim da aparência, do imediato, indo em busca do processo, do não dito, do sentido” (AGUIAR; OZELLA, 2013, p.303).

Dessa forma, o método nessa pesquisa será pensado em como o sujeito se constitui, procurando assim promover um conhecimento que seja mais palpável (AGUIAR; OZELLA, 2013).

### **3.2 Participantes**

Como participantes dessa pesquisa, inicialmente tinham sido previstos todos profissionais que trabalham em um CAPSi do interior do Estado de Pernambuco, independente de formação profissional, que se dispusessem a participar. Entretanto, pelo envolvimento no trabalho direto com os profissionais e também pela quantidade, além da própria sugestão do Comitê de ética, optou-se por realizar entrevistas apenas com os profissionais contemplados com nível superior. Desse modo, participaram da pesquisa seis profissionais de nível superior: enfermeira, psicóloga, psiquiatra, profissional graduado em história, coordenadora com formação em psicologia e assistente social.

Fez também parte do estudo, um total de 16 crianças usuárias do serviço, a partir da participação em videografias. Foram realizadas três filmagens, um desses grupos não foi considerado na pesquisa, o que reduziu significativamente o número de crianças, já que esse possuía muitas crianças. Esse foi desconsiderado, pois foi uma atividade com muitas crianças e muito barulho, em que as falas dificilmente conseguiriam ser transcritas, acreditou-se que não seria adequado para os objetivos da pesquisa

### 3.3 Procedimentos

A coleta de dados foi dividida em três etapas:

A primeira etapa refere-se à análise documental, com objetivo de complementar as informações acerca das características dos serviços ofertados que favoreçam o desenvolvimento infantil. Nessa etapa, como critério de inclusão foram levantados todos os prontuários e documentos acessíveis no serviço. Tendo como proposta que fossem excluídos todos aqueles com dados que fossem incompreensíveis, mas para a coleta dos prontuários foi conversado com a própria equipe como esse trabalho seria feito. Foi decidido assim considerar apenas prontuários ativos, sendo percebidos melhor alguns dados prioritários.

A segunda etapa consistiu em realizar entrevistas com roteiro semi-estruturado (Apêndice I) com os profissionais do serviço escolhido, a fim de contemplar os objetivos propostos. Tais entrevistas foram gravadas para futura análise. Essas entrevistas foram norteadas por algumas temáticas como: o desenvolvimento infantil em contexto de CAPSi, relações sociais estabelecidas nesse serviço, a construção das noções de empoderamento para usuários e profissionais do CAPSi, participação dos usuários no seu cuidado e nos serviços, práticas dos profissionais (se pautadas por uma lógica de empoderamento dos usuários). A proposta foi de que seriam incluídos todos aqueles profissionais que tivessem disponibilidade em participar da pesquisa e trabalhassem nesse CAPSi, e foram excluídos todos profissionais que não desejassem participar e assinar o TCLE (Apêndice II) e que não estivessem vinculados como profissionais desse CAPSi.

Na terceira e última etapa, foram realizadas videografias de atividades que já são desenvolvidas com as crianças usuárias no serviço, para entender como se oportuniza o desenvolvimento social na infância e o empoderamento dos usuários. Nesse momento, os responsáveis pelas crianças usuárias assinaram um TCLE (Apêndice III). Nessa etapa os critérios de inclusão foram crianças que já participassem das atividades realizadas e que os pais autorizassem a sua participação na pesquisa. Sendo assim, as crianças só participaram com o aceite dos pais. As atividades, por serem em grupo não poderiam deixar de acontecer caso algum pai se recusasse a participar. Foi entendido que como era uma atividade do serviço, só seria filmada com aceitação de todos. A proposta inicial é que fossem excluídas as crianças que não participassem sistematicamente das atividades e que os pais não permitissem a

participação. Como explicado anteriormente, os grupos só foram filmados com a aceitação de todos familiares e realmente as crianças que participaram foram as que estavam indo ao serviço nos dias das filmagens.

### 3.4 Análise dos dados

A análise da primeira etapa, a documental, serviu para conhecer o serviço, as demandas atendidas e o fluxo de atendimento. Foi realizada uma análise descritiva dos aspectos: idade, sexo, diagnóstico, readmissão, encaminhamento e atividades realizadas no serviço.

A proposta metodológica adotada para as entrevistas, segunda etapa do estudo, foi a análise a partir dos Núcleos de Significação de Aguiar e Ozella (2013). Para análise do material coletado foi realizada uma leitura flutuante das entrevistas para a construção dos pré-indicadores, que são: “trechos de fala compostos por palavras articuladas que compõem um significado, carregam e expressam a totalidade do sujeito e, portanto, constituem uma unidade de pensamento e linguagem” (AGUIAR; OZELLA, 2013, p.309). Esses foram aglutinados posteriormente, por semelhanças, complementaridade e contraposição, e assim foram formados os indicadores. Mais tarde, foram construídos os Núcleos de Significação, que devem superar esses momentos anteriores, o percurso é da construção de sentidos. Sendo assim: “os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que tragam implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente e que revelem as dimensões constitutivas do sujeito” (AGUIAR; OZELLA, 2013, p.310).

Estes núcleos de significação foram posteriormente analisados, perpassando do empírico para o interpretativo, em que a pesquisadora buscou a construção das zonas de sentido e assim será possível compreender o sujeito de modo mais global (AGUIAR; OZELLA, 2013).

Os dados videografados, após transcrição, foram analisados com base em pressupostos da teoria sócio-histórica. Assim, a análise videográfica, tenta resgatar o conceito de desenvolvimento da teoria sócio-histórica, trazendo pressupostos que aparecem de forma imbricada para entender o desenvolvimento infantil. Abaixo, apresenta-se a relação dos pressupostos que serão utilizados na análise das situações videografadas em contexto de CAPSi.

- ✓ Linguagem: A linguagem para Vigotski (2003) possui funções cognitivas e sociais. A interação da criança com o ambiente é modificada conforme uso da

fala. As crianças ao resolverem problemas, fazem do uso da fala. Crianças menores utilizam fala egocêntrica que passa a ter auxílio de adultos, quando maiores internalizam essas falas.

- ✓ Mediação semiótica: A mediação é realizada a partir da utilização de instrumentos e signos, os instrumentos estão relacionados aos artefatos dispostos existentes e os signos a componentes psicológicos.
- ✓ Zona de Desenvolvimento Proximal: Para Vigotski (2003) o nível de *desenvolvimento real* é quando a criança já consegue realizar determinadas atividades sozinhas, com ciclos já completos. E a Zona de Desenvolvimento Proximal, conceito tão importante nessa discussão, seria uma faixa de distância entre aquilo que a criança realiza sozinha, sem ajuda de terceiros e aquilo que ela consegue realizar com a ajuda, que seria o *nível de desenvolvimento potencial*.
- ✓ Funções Psicológicas Superiores: Através da mediação, mencionada acima que as crianças passam a internalizar as funções psicológicas superiores, como a linguagem, a memória mediada, dentre outras.

### 3.5 Considerações éticas

Salientam-se os aspectos éticos da pesquisa que foi realizada pautada na ética dialógica baseada na competência ética (SPINK, 2000), em que os participantes envolvidos foram informados abertamente sobre a pesquisa e serão protegidos em seu anonimato e na relação com o pesquisador. Para tanto essa pesquisa foi avaliada por um Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos para assim ser possível à realização da coleta de dados. É garantido o anonimato e conhecimento do projeto aos participantes, através do uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Essa pesquisa prevê em todas as suas etapas o seguimento a resolução N°466/2012 do código de ética de Pesquisa com Seres Humanos.

Riscos e benefícios: Esse estudo teve como possíveis riscos à saúde física e mental dos participantes a possibilidades de constrangimentos frente à participação nas entrevistas e filmagens. Diante disso, a pesquisadora forneceu toda assistência que foi necessária para reduzir qualquer tipo de constrangimento e também sempre deixou a livre participação dos voluntários, podendo esses desistir de participar a qualquer momento da pesquisa. Destaca-se que as identidades dos voluntários serão mantidas em sigilo com a utilização de nomes fictícios quando forem identificados.

Os benefícios que se pôde esperar com a participação nessa pesquisa será entender como ocorre o desenvolvimento social na infância. Além disso, teve como benefício a possibilidade de estar colaborando com a pesquisa científica.

Todos os dados coletados têm sido armazenados de modo sigiloso e confidencial em computador pessoal e pastas na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco no endereço: Av das Arquiteturas, s/n - Cidade Universitária (Campus Recife) 50.740-560 - Recife – PE, sendo de responsabilidade da mestranda em Psicologia, pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), da Universidade Federal de Pernambuco e da orientadora do estudo. Esta pesquisa foi avaliada nesse Comitê pelo número 1.134.803, na data de 01\07\2015. Salienta-se que essa só foi iniciada após recebimento de parecer de aceite no Comitê de Ética.

## CAPÍTULO 4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Análise documental

Depois de aceite do Comitê de Ética, a pesquisa foi iniciada com a imersão da pesquisadora no CAPSi. Nos primeiros dias foram apenas realizadas às devidas apresentações da pesquisadora e do trabalho para os profissionais que ali trabalham, bem como também entrega de documentações. Em relação à coleta, inicialmente, foi conversado com a Equipe formas possíveis para que a pesquisadora pudesse conhecer um pouco da realidade do serviço, no que se refere aos documentos que ali são utilizados. Alguns profissionais sugeriram que escolhesse não analisar a demanda de álcool e drogas, por ela não ser muito frequente no serviço e por ser toda separada das outras. Mas a pesquisadora optou em colher todos dados ativos no momento da coleta da análise documental.

Sendo assim, foram analisados todos os prontuários ativos do serviço naquele momento. Quando conversado antes com os profissionais, era imaginado que fossem menos Prontuários, com o decorrer da coleta, foi percebido que a quantidade era bem maior. Também foram disponibilizados todos os documentos e fichas que são utilizados nesse serviço, como: os modelos de entrevista, de encaminhamento, solicitação de procedimento, entre outros.

Alguns desses estão digitalizados nos anexos: modelo de triagem (anexo D), o registro que é feito para o Ministério da Saúde, o chamado RAAS, Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (anexo E), termo de readmissão (anexo F) e o regimento interno (anexo G). São muitos modelos de fichas, foram digitalizadas algumas por serem comentadas no trabalho. O regimento interno chama a atenção por conter muitas regras de funcionamento do serviço e também explicação dos motivos de alta do serviço. Salienta-se que as identificações nas fichas da cidade em que a pesquisa foi realizada foram cobertas no intuito de não identificação.

Para a análise específica dos prontuários do serviço foi montado um pequeno banco de dados no *Microsoft Excel* que será apresentado aqui apenas em caráter descritivo, uma vez que esse trabalho não se propõe a analisar quantitativamente essa instituição.

Desse momento, foram acessados 228 prontuários e todas as fichas que são utilizadas no serviço. Foi percebido que o público atendido no momento da pesquisa era de 175 usuários masculinos e 53 usuárias, com idade média de 13,4 anos. Essa média de idade foi calculada a partir da data de nascimento, pois apesar das idades terem sido coletadas, foi percebido que muitas estavam desatualizadas, ou não preenchidas. Essa média de idade alta, pensando-se no contexto infantil, deve-se aos muitos usuários da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FUNASE), usuários de drogas que vão apenas ao serviço no seu dia específico. Um fato curioso que não condiz com a realidade do serviço é que nos prontuários a idade mínima coletada foi de 8 anos de idade. Entretanto, sabe-se que há crianças menores sendo atendidas, a exemplo das crianças de 6 anos, como se pôde observar nas situações que foram videografadas. Os profissionais do serviço relataram que a idade para o atendimento no serviço é a partir de 0 ano, mas não foram encontradas crianças em idade pré-escolar. Desse modo, percebe-se que a realidade dos prontuários não é fiel, talvez por falta de atualizações, imprecisão dos dados. Há de se considerar que o prontuário é do serviço e vários profissionais têm acesso, talvez algumas informações sejam perdidas nesse caminho. Essa idade média que apareceu nos dados tabelados não parece ser a idade real que mais frequenta o serviço. Talvez seja a média de quem está inserido nos registros, mas por uma percepção visual, do que foi acompanhado no dia a dia enquanto a pesquisadora acompanhou o serviço parece ser menor. Ou seja, no serviço parecem frequentar crianças menores.

Observou-se também que em relação ao diagnóstico nos prontuários, esse é bem variado. Nem todos os prontuários estão preenchidos, em alguns é possível encontrar um código do CID, como f.70, f.90, g.40, f.91.1. Alguns com mais de um CID (Classificação Internacional de Doenças), outros com símbolo e descrição, outros com as mais variadas descrições possíveis, indo desde o nome do diagnóstico, como autismo, ou tipo de comportamento, como crises de choro, agitação. Essas informações são percebidas na leitura do prontuário. Uma questão importante é que o perfil dos usuários do CAPSi parece não está bem definido, já que alguns parecem não apresentar transtornos mentais severos. Queixas escolares não parece ser foco de um serviço de CAPSi. Algumas vezes, é necessário folhear páginas para entender sobre o caso. Apesar de já contarem com fichas padrões, as informações nem sempre aparecem bem organizadas. Algumas leituras também são de difícil compreensão, outras já são bem

organizadas. A forma de preenchimento e evolução das informações também é bastante singular, em que cada profissional parece seguir seu próprio estilo de preenchimento de prontuários, uns se preocupam mais em responder dados de ficha padrões, outros seguem um estilo mais livre

Também foi possível perceber nessa análise dos prontuários, o dado de atividades realizadas no CAPSi, pois além de haver evoluções ao longo do prontuário de atividades que a criança realiza no serviço, há também uma ficha que os profissionais preenchem com códigos. Essa ficha é preenchida todo mês, por solicitação do Ministério da Saúde e constam todas as atividades realizadas no serviço como atendimento individual e em grupo, bem como profissional que a realiza. Uma parte dessas fichas ainda não estavam preenchidas no momento da coleta, talvez por esses usuários ainda não terem passado no serviço naquele momento.

No que refere ao tipo de encaminhamento realizado ao serviço, salienta-se que nem sempre está preenchido e que aparecem os mais diversos lugares que encaminharam como APAE, escola, ESF, Hospital, NASF, CRAS, Conselho Tutelar, outro município. Há também uma demanda juvenil que vem acompanhada da FUNASE. Esses, por usarem drogas, devem participar do serviço, vindo acompanhados dos profissionais do serviço de referência.

Outro dado que também foi percebido nesse levantamento foi o número significativo de readmissões. Percebeu-se um total de 52 readmissões registradas em ficha de readmissão. Além desses, houve um que não tinha ficha de readmissão, mas tinha uma observação no prontuário do usuário, que constava a readmissão. Esse número de readmissões leva a pensar nos motivos dessas. Pelo que foi observado são diferentes motivos. Acontece, por exemplo, de o usuário deixar de frequentar o serviço e posteriormente precisar retomar, por enfrentarem um período de crises. Pode-se pensar que essas readmissões sugerem que esses usuários precisariam de cuidados e que talvez esse retorno indique que não era para os mesmos terem se afastado. Questiona-se o papel do serviço no desenvolvimento desses usuários e como o serviço trabalha a autonomia e o empoderamento dessas crianças e adolescentes. Há uma continuidade do trabalho realizado? E o acompanhamento dos usuários? A alta significa um avanço no quadro dos usuários? Talvez não pela alta taxa de readmissão no serviço. Pelo que foi observado a alta desses usuários precisaria ser realizada uma ampla investigação, se ela realmente é concreta ou por abandono. Foi possível ouvir em relatos dos profissionais

do serviço que eles conseguem dar alta efetivas, mas as altas por abandono precisariam ser mais conhecidas.

Da imersão da pesquisadora no serviço foi observada a realidade cotidiana de atividades realizadas e também a própria estrutura física e infra-estrutura. Dos atendimentos que são realizados no serviço, um que acontece de modo individual é a triagem que é quando o usuário chega ao serviço. É no momento da triagem que os profissionais avaliam se vão admitir ou não. Nesse momento da triagem, são escutados tanto os familiares como as crianças e posteriormente ambos juntos. Todos os profissionais são habilitados para fazer a triagem e a reconhece como atividade própria da sua prática profissional. Conforme documento do Ministério da Saúde sobre os CAPS (BRASIL, 2004) o usuário desse tipo de serviço deve esperar que as atividades realizadas tenham finalidades terapêuticas, com a presença de um ambiente acolhedor e com diversas modalidades de cuidado. Inclusive com o estabelecimento de terapeutas de referência que são profissionais que cada usuário tem mais de perto. No serviço aqui estudado, não se aparenta adotar essa proposta de profissional de referência para cada usuário, pois isso não foi mencionado posteriormente nas entrevistas nem apresentado em nenhum documento analisado. A pesquisadora observou apenas que alguns casos são acompanhados mais de perto por psicóloga ou estagiárias em Psicologia com a realização de atendimento individual.

Além da triagem, há os atendimentos individuais dos profissionais. O serviço conta com uma coordenadora-psicóloga, uma psicóloga, um médico psiquiatra, um historiador, uma enfermeira, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um porteiro, uma auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira e uma funcionária administrativa. O historiador é concursado da prefeitura e foi cedido para o CAPSi. Ele também realiza todas as atividades que os outros profissionais: grupo com familiares, triagem, dentre outros. Ressalta-se que o seu concurso é de nível médio. Um questionamento em relação à atuação desse profissional é a sua legitimidade para realizar atividades como grupos e triagem, já que o mesmo não tem formação específica na área.

Salienta-se que a Equipe mínima para um CAPSi proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), aponta um médico psiquiatra, neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, 4 profissionais de nível superior incluindo psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo, ou outro profissional relevante ao projeto terapêutico singular e 5

profissionais de nível médio, incluindo: técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Logo, a Equipe do CAPSi estudado é menor do que a mínima proposta. O médico psiquiatra só atende dois turnos no serviço; só há uma enfermeira; há uma coordenadora, que tem a formação em Psicologia. De nível superior só tem mais uma psicóloga, uma assistente social, e outro profissional que é graduado em história está concursado como nível médio. O serviço conta com uma técnica de enfermagem que atua diretamente com os usuários. Os outros profissionais não realizam atividades terapêuticas com os usuários do serviço. Além disso, apenas a enfermeira e psicóloga tem carga horária de 40 horas semanais. Acredita-se que a coordenadora também possua essa carga horária, mas ela nem sempre se encontra no serviço, uma vez que sempre é falado que ela está na Secretaria de Saúde.

O serviço também conta com atendimentos em grupo. Um dos grupos fica sob a responsabilidade de um profissional; enquanto os familiares permanecem sob a condução de outro profissional. Essa dinâmica sempre acontece concomitantemente, já que eles vão ao serviço acompanhados de seus familiares. O serviço também conta quase todos os dias com a colaboração de estagiários de Psicologia de uma Universidade Pública.

Salienta-se que um CAPS pode realizar diversas atividades por seus profissionais e também através de parcerias, em conjunto com outros serviços. Das atividades que eles podem realizar: oficinas terapêuticas (oficinas expressivas, de geração de renda e de alfabetização), tratamento medicamentoso, atendimento a familiares, orientação, psicoterapia, atividades comunitárias, atividades de suporte social, oficinas culturais, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2004). No tempo em que a pesquisadora fez a pesquisa, observou atividades como ida a um parque da cidade, eventos comemorativos, atividade em uma praça. Não foi percebido visitas domiciliares, talvez aconteçam, mas com pouca frequência. Provavelmente, por indisponibilidade de transporte e poucos recursos humanos.

Quanto à estrutura física e infraestrutura do serviço, trata-se de uma casa alugada com dois quartos onde são realizados atendimentos, banheiro na sala, uma sala em que os usuários e familiares aguardam atendimentos, uma sala para a Equipe Multiprofissional com banheiro, além de uma cozinha com suas dependências. Pelo documento “Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a estrutura física não atende várias propostas

mínimas obrigatórias, como propõe: três salas de atendimento individualizado, banheiros diferenciados, duas salas de atendimentos coletivos. Lá, as salas são alternadas para os dois tipos de atendimento. Pode-se questionar como é possível realizar um trabalho terapêutico com uma estrutura tão reduzida. Os profissionais conseguem diante dessas adversidades terem criatividade e desenvolver aspectos de empoderamento e desenvolvimento para essas crianças usuárias?

Foi possível ouvir que eles procuram outra casa para ser alugada, pois nessa não há uma estrutura adequada para atendimento infantil. Há uma pequena área na frente apenas, mas sem jardim, que usuários podem brincar. Os quartos, às vezes, ficam pequenos dependendo da demanda do dia. Por isso, um dia que tem muita gente, fica complicado tanto na estrutura como para os profissionais, haja vista que a Equipe é bem reduzida. Os profissionais também precisam revezar o momento de atendimento caso necessitem realizar alguma atividade enquanto salas estão sendo utilizadas. Sendo assim, o próprio espaço físico é inadequado para realização de atividades diferenciadas para esse público tão diverso.

#### 4.2- Análise das entrevistas

As entrevistas foram realizadas com cada profissional do CAPSi em um momento distinto, tendo acontecido nas salas do serviço que acontecem grupos e atendimentos individuais. Apenas a pesquisadora e o profissional estavam presentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente pela pesquisadora. Houve dificuldade na compreensão dos áudios, pois nem sempre a qualidade do som ficava muito boa, com sons indevidos, em que foi possível ouvir barulhos do lado de fora do recinto. Fato esse que interferiu na qualidade total das transcrições, uma vez que há momentos incompreensíveis.

Foram assim analisadas seis entrevistas de profissionais com nível superior que atuam nesse serviço. A análise que será realizada aqui é a de Núcleos de Significação (AGUIAR, OZELLA, 2006, 2013). A partir do que explicam Aguiar e Ozella (2006, 2013), foram realizadas leituras flutuantes com posterior construção de pré-indicadores, indicadores até os Núcleos de Significação. Essa construção foi pensada considerando os objetivos da pesquisa. Nesse sentido, inicialmente, foi construída uma lista de pré indicadores baseado em duas temáticas principais: *a Atuação no CAPSi e o*

*Desenvolvimento Social na Infância*, também serão colocados aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil de modo geral. Segue abaixo essa lista dos pré-indicadores:

*Pré-indicadores relacionados à atuação desses profissionais no CAPSi:*

- 1- Maior parte dos profissionais possuem outros vínculos de trabalho;
- 2- Há uma diversidade de demandas atendidas no serviço;
- 3- Profissionais relatam gostar do trabalho realizado no serviço;
- 4- Caso existisse a possibilidade de outros trabalhos, profissional iria aceitar.
- 5- Não é explicado detalhes da Política de Saúde Mental Infantil;
- 6- O serviço recebe encaminhamentos diversos;
- 7- O serviço está sendo eficiente na rede;
- 8- O serviço tem como principal desafio a demanda de álcool e droga;
- 9- Há uma diversidade de atividades realizadas no serviço;
- 10- Profissional se percebe como que tem produzido no serviço;
- 11- Pais que chegam querendo benefício;
- 12- Profissionais sem experiência de trabalho em outro CAPS;
- 13- Faltam momentos para reflexão. Supervisões aconteceram no passado;
- 14- O atendimento a álcool e outras drogas deveria ser separado.
- 15- Trabalho com crianças e adolescente vê mais fácil resultados e tem retornos.
- 16- Importância da intervenção multidisciplinar;
- 17- Alguns tratamentos precisam retirar a pessoa da sociedade, pelo menos por um tempo;
- 18- Nem sempre é necessário realizar tratamento com medicações;
- 19- O diagnóstico pode demorar;
- 20- Muitas vezes não há uma boa interação com a escola, trabalho muito por ofícios;
- 21- O CAPSi possui problemas estruturais;
- 22- Existem problemas de supermedicação pelas famílias;
- 23- Os pais muitas vezes mentem;
- 24- Relacionamento muito bom com as famílias, interação forte;
- 25- A questão do preconceito é forte;
- 26- O CAPS como serviço melhor que o privado;
- 27- Se passar em concurso, profissional aceitaria;
- 28- Profissional acaba conhecendo muita coisa das diferentes áreas;

- 29- O modo de trabalhar é diferenciado a partir da idade das crianças, mesmo que seja a mesma temática;
- 30- Existem questões burocráticas como necessidade de mais profissional;
- 31- Há profissionais com pós-graduação;
- 32- Profissional já não se vê mais sem o CAPSi;
- 33- O CAPS atende demandas que nem sempre são específicas do serviço;
- 34- Há uma sobrecarga dos pais;
- 35- O CAPS atende muitas crianças;
- 36- Existem dificuldades financeiras no serviço;
- 37- Importância do vínculo para o sucesso do serviço;
- 38- Profissional cansado, sem férias;
- 39- Existe cronograma de temas, mas não existe um cronograma de como fazer;
- 40- Para melhorar financeiramente profissional adquire outro vínculo;
- 41- Importância da família para reversão de muitos quadros;
- 42- Limitação com adolescentes usuários de drogas

Pré- indicadores relacionados ao Desenvolvimento Social das crianças usuárias e também ao Desenvolvimento infantil de modo geral.

- 43- Diversos setores da sociedade percebem o CAPSi com o papel de referência em relação as dificuldades que as crianças tem no desenvolvimento;
- 44- Habilidades são trabalhadas de crianças com transtorno mental, retraimento social, que não tem bom rendimento na escola.
- 45- Área social, rendimento na escola, interação social tem melhorado;
- 46- Apesar dos furos, o serviço consegue fazer uma boa intervenção social;
- 47- Relação terapêutica com as famílias.
- 48- Dificuldade de fazer vínculo com a família e com os usuários;
- 49- Comportamentos são colocados como patologias, mas são do funcionamento familiar;
- 50- O desenvolvimento depende de como as relações se modificam no âmbito familiar, no âmbito social, de como a criança se percebe de como a família percebe a criança;
- 51- Responsabilização da criança pelos seus pensamentos e desejos proporciona desenvolvimento;

- 52- Tentar melhorar desenvolvimento infantil, nas interações sociais, cognitivo, comportamento;
- 53- No CAPSi os usuários encontram seus semelhantes;
- 54- O CAPS favorece relação dos usuários com outras pessoas, além de potencializar as famílias;
- 55- Ajuda os usuários a se encontrar no mundo, a vê o próprio transtorno;
- 56- A criança fica pouco tempo no CAPSi para que o desenvolvimento seja resolvido, o desenvolvimento está em várias situações.
- 57- Importante perguntar a família sobre o desenvolvimento;
- 58- A criança que está inserida no CAPSi tem chance maior de desenvolvimento de sucesso na vida do que aquela que não está
- 59- Não tem como avaliar estatisticamente o desenvolvimento, não segue uma linha.
- 60- Necessidade de ter atendimento em psicopedagogia;
- 61- O CAPS também atende as famílias;
- 62- Desenvolvimento social na escola, relação familiar, relação amorosa, relação pessoal;
- 63- Maior vínculo com crianças dos grupos do que na escola;
- 64- Preconceito fora do CAPSi. Amigo chamar de doido.
- 65- Aprendem a fazer atividades sozinhos, autonomia para se cuidar fora do serviço;
- 66- Há diversidade social nos grupos, enquanto um tem tablet, outro não.
- 67- Há uma proximidade com a família;
- 68- O usuário assíduo consegue desenvolver mais que o que não é freqüente;
- 69- Dificuldade dos pais em perceber que os filhos podem estar na sociedade;
- 70- Resultados quando a interação social tem acontecido;
- 71- Importância da família acreditar;
- 72- Pais que não querem responsabilidade;
- 73- O acompanhamento no CAPSi melhorou variados aspectos das crianças;
- 74- Interação boa dos profissionais com a família;
- 75- Trabalho com desenvolvimento esbarra no preconceito da escola;
- 76- Importância de tratar a criança como criança e adolescente como adolescente;
- 77- Mãe que quer controlar filho com medicação;
- 78- O CAPSi vem tentando inserir o usuário;
- 79- O problema da criança nem sempre é a queixa dos pais;
- 80- O profissional não pode interferir tanto na dinâmica familiar;

- 81- Quando há parceria com a escola é mais significativo o resultado;
- 82- Consegue desenvolver capacidades motora, psicossocial;
- 83- Observam motricidade, se desenvolve atividades, se compreende, limitações na compreensão, consegue desenvolver propostas, questão cognitiva, psicomotora.
- 84- O CAPS tem conseguido fazer alta consciente

Abaixo a lista dos indicadores, após aglutinação dos pré-indicadores, que foi a etapa inicial. Salienta-se, ainda, que esses indicadores foram pensados na sua relação com os objetivos específicos da pesquisa. Indicador **1** relacionado ao objetivo específico **1**; indicador **2 e 3** correspondente ao objetivo específico **2**; indicadores **4 e 5** relacionados ao objetivo específico **2**; indicadores **6 e 7** relacionados ao objetivo específico **3**, a saber:

- 1 A demanda que é atendida no serviço CAPSi;
- 2 As atividades que são realizadas no serviço;
- 3 A Presença do Desenvolvimento e Empoderamento no serviço CAPS;
- 4 A forte relação do CAPS com as famílias dos usuários;
- 5 A relação emblemática do CAPSi com as escolas que os usuários estudam;
- 6 Nuances de ser um profissional do CAPSi;
- 7 O CAPSi possui uma organização complexa com desafios e realizações.

Esses indicadores reuniram-se em quatro núcleos. A organização dos núcleos foram realizadas a partir da junção dos indicadores especialmente por semelhanças, levando em consideração os objetivos da pesquisa. Esses serão discutidos um por vez. Destaca-se que os profissionais entrevistados não foram nomeados e aqui foram retratados como voluntários (V), no caso da pessoa que realizou as entrevistas é a pesquisadora (P). Segue abaixo a discussão a respeito desses Núcleos:

**Núcleo 1** – V6 *“Hum, nós trabalhamos com crianças e adolescentes é que tenham algum tipo de transtorno é, de leve, a gente atende, acaba atendendo leve, mas não é nosso principal foco, mais é de moderado a grave e adolescentes que tenham uso abusivo de álcool e outras drogas”*

O Núcleo 1 está relacionado ao indicador 1 e também ao objetivo específico 1 (**Traçar o perfil das crianças usuárias de um CAPSi**) uma vez que se refere a uma caracterização da demanda que é atendida no CAPSi. Esse Núcleo também se complementa a análise realizada pelo levantamento dos dados do serviço, uma vez que também foram observados aspectos da demanda que é atendida nesse serviço. Desse modo, fica aparente a diversidade de demandas que são atendidas no serviço, até a faixa etária de 18 anos incompletos.

Nesse núcleo, de modo geral, os profissionais repetiram ou falaram de modo diferenciado a respeito da diversidade da demanda que eles devem atender nesse serviço. Fato importante destacado por eles foi o atendimento de adolescentes usuários de drogas, em que chegam a comentar que essa é a maior dificuldade que eles possuem, que esse tipo de demanda não deveria ser atendida lá.

Um estudo que se assemelha a realidade vivenciada nesse CAPSi foi realizado em um CAPSi de Vitória do ES em que o maior número de casos atendidos lá eram de adolescentes, sendo para os profissionais, a demanda que mais tiveram dificuldades, pois precisam atuar especificadamente nessa fase do desenvolvimento (RONCHI; AVELLAR, 2010).

Na fala do profissional abaixo se percebe a variedade da demanda do CAPSi investigado:

V3: É, na verdade a gente acredita que seja uma classificação que é nossa mesmo. Não existe uma definição do que atender no CAPS em relação ao perfil. Mas a gente atende de escolares, que são aquelas demandas escolares, que geralmente é déficit de aprendizagem, transtorno de conduta, né? Os transtornos mentais que se abrangem é, é o maior número de, de atendimentos não é? E na verdade é o que eu mais gosto mesmo, é minha especialidade, que é psicofarmacologia, né? E o al, AD, de álcool e drogas, né? Que aí não é muito minha área, mas tá no bolo e aí a gente tem que pegar, né? Toda a parte, né?

O profissional menciona essa dificuldade no trabalho com usuários de álcool e droga, que parece ser uma problemática frequentemente abordada nos demais

depoimentos. Talvez o ideal é que essa demanda fosse atendida em outra unidade, já que se diferencia das características e cuidados necessários à infância. Parece existir uma **complementaridade** nos discursos dos profissionais, ao problematizarem a diversidade e a não delimitação da demanda atendida. Sugere-se que essa demanda expansiva pode estar associada à terceirização da infância, tópico discutido anteriormente. Essa terceirização parece ser não apenas das famílias, mas também dos demais profissionais, a exemplo da escola que encontra a “doença” como responsável das dificuldades relativas a aspectos metodológicos, e não individuais dos seus alunos.

Nessa direção, percebe-se que os discursos, quanto ao perfil dos usuários, são mais de **similaridade** e de **complementaridade**, trazendo os núcleos de significação de Aguiar e Ozella (2006, 2013), constituindo, assim, os sentidos de que a demanda do CAPSi é bastante variada e não delimitada exclusivamente para os transtornos mentais graves e persistentes e com comprometimento dos laços sociais. Todos concordam que a demanda de álcool e drogas, que envolve, sobretudo adolescentes, não é adequada ao contexto do serviço.

Esse Núcleo traz à tona a discussão da Política de Saúde Mental infantil no Brasil, uma vez que discute sobre a especificidade da demanda atendida. Salienta-se que o CAPS é colocado como dispositivo estratégico no cuidado a pessoas com transtornos graves e persistentes e decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004), mas o que se observa nesse serviço é que eles acabam tendo que suprir uma demanda infantil enorme de casos que não necessariamente se enquadram nessas categorias. Inclusive, as crianças de demandas variadas são acompanhadas nos mesmos grupos; a divisão que é realizada é por idades mais próximas. Tal fato leva ao questionamento: se casos mais específicos conseguem ser vistos em sua complexidade no trabalho em grupos, uma vez que além da diversidade de demandas o número de profissionais é pequeno. É sabido ainda que a depender do caso, são acompanhados também individualmente.

O estudo de Delfini et al. (2009) em um CAPSi em São Paulo também evidencia uma variedade nas queixas atendidas: queixas neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%). Sendo assim, pode-se pensar que o CAPSi, especialmente o que foi estudado na pesquisa, extrapola suas demandas, abarcando uma grande diversidade de situações referentes à infância que poderiam ser resolvidas em outros serviços. Entretanto, a própria rede de Saúde do município a qual está inserido não contém variados equipamentos em que a demanda de Saúde Mental Infantil possa

ser atendida, e a demandas às vezes mais simples precisam ser acolhidas em algum local.

**Núcleo 2** – V5 *“Não é que você vá esquecer o quê que aquela criança tem, mas não se apegar ao CID. E em si, de que a criança, de que é adolescente antes de qualquer coisa, né?”*

O núcleo 2 que está relacionado ao objetivo específico 2 (**Identificar quais os procedimentos realizados no contexto desse CAPSi e como eles permitem o desenvolvimento e empoderamento da criança usuária**) vem para enfatizar as questões das atividades que são realizadas no serviço e também a questão do empoderamento e autonomia. Salienta-se que o objetivo específico 2 por ser extenso e abranger vários aspectos ficou relacionado a dois Núcleos (2 e 3). Na fala abaixo, o profissional relata um pouco das atividades que são realizadas no serviço:

*V4: Enquanto funcionária eu realizo: escuta individual, familiar ou da criança, é triagem, é atendimento de, de primeira vez mesmo, aqui é o quê marcação de consulta, marcação de triagem, é, é justamente também explanando como é o serviço, né de primeiro atendimento, é atendimento de grupo terapêutico, tanto de grupo de usuários, tanto grupo de família, né? E as outras atividades extras que a gente realiza. Que pode ser que alguma instituição me chame pra dar algum tipo de palestra ou, ou que seja mesmo pra apresentar também o serviço, ou seja em escola, seja em qualquer outra instituição.*

Percebe-se que mesmo com pouco número de profissionais no serviço, diversas atividades são realizadas. É importante marcar nesse núcleo a questão da ênfase na criança, como a própria citação que nomeia o núcleo 2, deixa claro, que eles não se propõe a valorizar o diagnóstico, mas enfatizar a criança na sua singularidade e o adolescente também na sua singularidade. A fala seguinte detalha um pouco mais essa questão:

*P: Você falou alguma coisa assim de que eles aprendam a fazer sozinhos, como é isso?*

*V4: Não, de aprender fazer sozinho. É justamente de ter autonomia, né? É de ter autonomia na questão de eu consigo sair do CAPS e ir pra casa sozinho. Eu consigo ir pro CAPS, é, sair do CAPS e chegar é, ao shopping, chegar a algumas, a alguns lugares no qual eu não necessite é do meu responsável apesar de seu ser de menor, eu consigo ter autonomia em algumas questões também que envolva algo que só meu, que eu só consiga consertar, né, algum tipo de relacionamento ou que teve uma briga na escola, ou que eu consiga, que eu tente, ajeitar algum assim que seja, que eu não precise do meu responsável. Eu digo essa autonomia de realmente se cuidar lá fora, né? Porque o desenvolvimento social realmente a gente trabalha, acaba trabalhando algumas questões nos grupos, né? Então, e dando autonomia a eles, que eles podem.*

Essas falas remetem a discussão realizada anteriormente nesse mesmo trabalho acerca da importância de desenvolver o *empowerment* proposto por Vasconcelos (2003). Na perspectiva de fortalecer o poder e autonomia de pessoas que passaram por processos de opressão. Além da própria discussão de que nem sempre esse usuário é ouvido e escutado (BRASIL, 2015).

Desse modo, aqui pode se pensar que os profissionais mesmo com todas as dificuldades que possuem no serviço aparentam ter clareza da importância desses aspectos para esses usuários, inclusive para Reabilitação Psicossocial. Muito interessante ouvir de um profissional que não se deve focar no CID e sim na criança, pois isso faz muita diferença, se o trabalho conseguir ser realizado assim realmente, pois a criança usuária passa a ser protagonista do seu cuidado.

Além disso, essa discussão de não dar foco ao CID, permite pensar na própria Reforma Psiquiátrica quando Basaglia na Itália propôs a extinção dos manicômios, promovendo assim uma ruptura com o modelo de cuidado da psiquiatria. Esta fazia do uso dos métodos das ciências naturais, não enfocando a subjetividade humana. A ideia de Basaglia partia de uma visão de colocar a doença entre parênteses, em que a doença deixa de ser o foco principal, esse seria dado de fato a pessoa. Essa proposição de Franco Basaglia fundamentou-se em Edmund Husserl, conhecido como pai da fenomenologia com a sua ideia de colocar o conceito entre parênteses (“redução analógica”) (AMARANTE, 2008).

Essa discussão pode ser ainda associada a uma questão trazida por Vygotsky (2007) no seu estudo da defectologia. O autor traz uma discussão sobre deficiência, que aborda que essa permite a criação de estímulos que possibilitam a sua compensação. O estudo da deficiência deve ir além dos impedimentos e estudar os processos compensatórios do desenvolvimento infantil. O autor defende que enquanto a medicina moderna deve se preocupar com o doente e não com a doença, a defectologia não deve enfocar o estudo da deficiência, mas sim da criança que possui essa deficiência.

Sendo assim, essas discussões podem ser aproximadas, pois a criança usuária do CAPSi não deve ser vista em sua patologia, a sua condição deve ser considerada, mas sendo também pensada as suas potencialidades, ou ainda possíveis compensações. Aspectos esses que são importantes para o desenvolvimento dessa criança usuária. É interessante perceber que os profissionais parecem pensar assim, pois podem colaborar melhor com seus desenvolvimentos, pensando em alternativas para suas questões. Além disso, essa discussão permite que a criança possa inclusive ser mais participativa no seu processo de cuidado.

Trazendo os conceitos de similaridade, complementaridade e contraposição dos Núcleos de Significação de Aguiar e Ozella (2006, 2013), percebe-se uma **similaridade** nos discursos dos profissionais, em relação ao foco na criança e não na doença/medicalização. Em outros momentos, percebe-se uma **complementaridade** nos discursos, que além da ênfase no indivíduo e suas potencialidades focam também no conceito de autonomia e empoderamento.

Um depoimento que traz um pouco a **contraposição** a esses discursos de foco na subjetividade, autonomia e empoderamento do sujeito é a fala de um profissional específico, talvez pelo enfoque na medicalização na saúde mental infantil. Ele traz uma problematização grande em relação a medicações, sobretudo na infância.

*V3: Médico de sanatório ele tem a mão um pouquinho mais pesada, tem que resolver a qualquer custo. As medicações que a gente passa aqui são medicações que elas são forte e potencialmente fatais. No caso do infanto-juvenil é mais complicado ainda e é por isso que ninguém quer trabalhar. Porque quase todas as medicações que a gente passa aqui elas não são liberadas para o uso na idade. É uso, elas não são também proscritas, é uso off label. Então, você faz por sua conta em risco.*

O profissional traz uma problematização em relação à dificuldade de medicar na infância, pois a maioria dos medicamentos não é adequada à idade, mostrando que é um risco que se corre no serviço. Parece haver uma contradição em seu próprio depoimento, mas que parece ser por conta da problemática do manejo dos fármacos para casos psiquiátricos. O profissional reconhece o processo de medicalização, mas também relata que existe muito preconceito em medicar, como aparece no seu depoimento abaixo:

*V3: Em muitos casos é muito importante a ritalina pra um convívio melhor e pra uma aprendizagem em alguns casos que a gente não tenha, mas é a, a aquela questão do uso exagerado é condenado, mas quando você tem que fazer, por que não vai usar? Então existe um preconceito muito grande e um desconhecimento muito maior, inclusive do próprio remédio, daquilo que a gente tá fazendo aqui. Psiquiatria as medicações são montadas pra pessoa. Esse é o grande lance e a grande dificuldade da psiquiatria.*

Apesar desse profissional falar muito do uso de medicações, ele não demonstra ir na contramão total da Reforma Psiquiátrica, nesse aspecto, já que defende que o caso precisa ser conhecido em Equipe Multiprofissional até que se firme um diagnóstico e por vezes, esse diagnóstico pode nem mesmo acontecer. Ainda destaca que nem sempre devem ser utilizadas medicações. Nas falas anteriores a discussão mostra que o uso de medicações na infância é um uso arriscado, que deve ser bem analisado.

Entretanto, outra discussão que parece ser de **contraposição** é a respeito do atendimento em hospitais psiquiátricos; apesar dos profissionais de modo geral não entrarem em detalhes sobre esse assunto, mas chegarem a falar que seguem os princípios nacionais da Reforma Psiquiátrica. O mesmo profissional vem enfatizar a respeito de uma necessidade de atendimento isolado e apontar a Luta Antimanicomial como excludente, como se vê abaixo nas falas seguintes:

*V3: Existe também um pensamento que é muito, na minha forma de pensar, é muito errônea em relação aos tipos de tratamento. A Reforma Psiquiátrica e a, a, a questão de, de, de, de a luta, até a*

*região lutante, antimanicomial ela num abrange todo mundo, na verdade ela exclui. Porque a gente sabe que em alguns tratamentos, a gente precisa retirar um pouco, nem que seja por um momento aquela pessoa da sociedade. E os hospitais não tão preparados pra ele, pra receber esse tipo de paciente, (Inaudível), né? Então você pega um paciente em crise, nem o SAMU vai buscar, você pode ligar e dizer “ah, é um paciente psiquiátrico”. Nem o SAMU vai buscar. Então muitas vezes você se sente muito sozinho, em relação a isso, a você não ter.*

*V3: Não tem pra onde mandar, o governo tá fechando tudo, não é? E muitas vezes era pra tá no sanatório, realmente, eu sei que se eu tirar você, o que você vai fazer com um psicopata? Não é? Você vai é, é, vai curar ele? Você sabe que não vai ter uma cura pra isso, né, você precisa colocar ele em algum lugar. Então, a gente precisa rever essa questão de ser às vezes, muitas vezes a gente vê, eu vou pra palestras, eu deixei até de ir, até a gente vê até uma certa hipocrisia muitas vezes, né? A questão dos valores relacionados a,a , a, a questões de não se manter um paciente confinado, mas eu acho que pela visão que se tem do sanatório que teve, que ocorreu aqui, não é?*

Esses apontamentos desse profissional levam a questionamentos sobre o tipo de Reforma Psiquiátrica que tem sido realizada no Brasil. Dimenstein (2004) aponta para o risco de uma Reforma Psiquiátrica superficial; não adianta possuir novos dispositivos de cuidado aos usuários de saúde mental e estes serem envolvidos por uma cultura manicomial. É necessário que haja humanização. Para a autora, esse sistema psiquiátrico precisa ser desmontado, juntamente com a cultura manicomial. O profissional das falas acima demonstra preferir defender a manutenção dos Hospitais Psiquiátricos, já que não se sente contemplado com uma rede de apoios quando necessária.

Tal fato é apontado por Amarante (2003 apud DIMENSTEIN 2004, p.114) sobre o que ele nomeia de uma "capsização do modelo assistencial" (p.62) que corresponde ao fato da Reforma Psiquiátrica focar muito mais a retirada dessas pessoas dos Hospitais Psiquiátricos e colocá-las em CAPS, que apesar de ser importante não é suficiente para de fato pode ser dito que uma Reforma Psiquiátrica tem sido realizada. Os profissionais

desse campo precisam ser repensados nas suas subjetividades e também a cultura dominante precisa ser revista, para assim ser possível realizar efetivamente a desinstitucionalização no campo da saúde mental (DIMENSTEIN, 2004).

São muitas ideias que circunscrevem o universo da loucura, estigmas, preconceitos, tratamento correto que devem ser utilizados que se torna difícil para o profissional do campo da saúde mental conseguir escapar do modo de atuação proposto pelo modelo manicomial (SALES; DIMENSTEIN, 2009). Sendo assim:

Para que se possam viabilizar transformações na ordem da cultura, é preciso, pois, se engajar na mudança do lugar social dado à loucura, diminuir os estigmas colados aos loucos, trabalhando na diminuição do preconceito e na inserção desses indivíduos no jogo das relações sociais, para fugir das capturas dos “desejos de manicômio”. (SALES, DIMENSTEIN, 2009, p.824-825)

Alverga e Dimenstein (2006) explicam “desejo de manicômio” a partir de Machado e Lavrador (2001):

Eles (desejos de manicômio) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (p.46) (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p.46 apud ALVERGA, DIMENSTEIN, p. 300).

Dessa forma, os CAPS, inclusive os CAPSi, têm uma grande força nesse cenário por serem dispositivos estratégicos e lugares de referência no campo da saúde mental (BRASIL, 2004), como já foi tão discutido nesse trabalho. Todavia, não cabe exclusivamente a eles mudarem a realidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eles são dispositivos, que sozinhos não vão conseguir realizar grandes transformações, se a cultura não for modificada, bem como se os profissionais atuarem na mesma lógica excludente do manicômio. Aqui, então, se pensa que trabalhando empoderamento e autonomia, há de se contribuir também nessa luta da Reforma Psiquiátrica. Além disso, quando se trabalha os diversos aspectos do desenvolvimento Social da criança usuária do CAPSi estará também colaborando nesse processo, pois essa criança deixa de ser apenas passiva desse movimento, passando cada vez mais a ser participativa.

**Núcleo 3 – V6** *“A gente tem conseguido impactar muito porque a gente tem entrado na família, não só, a gente tem entrado em todas as circuns, todas não, mas a maioria das*

*circunstâncias que envolve a criança. A gente tem ido nas escolas das crianças que tenham dado é, que tem tido muito resultado aqui no CAPS, que não tenha evoluído muito”.*

O núcleo 3 também está relacionado ao objetivo específico 2 (**Identificar quais os procedimentos realizados no contexto desse CAPSi e como eles permitem o desenvolvimento e empoderamento da criança usuária**). Aqui se salienta novamente que como o Objetivo específico 2 é muito amplo o que não seria contemplado em apenas um Núcleo, logo se preferiu criar dois Núcleos que tentassem responder ao Objetivo específico 2.

O Núcleo 3 aborda dois importantes pontos que são muito levantados pelos profissionais durante as entrevistas que estão relacionados à questão da relação que eles conseguem estabelecer tanto com a família, como com a escola. Uma perspectiva importante para os profissionais do CAPSi é a parceria com a família e a escola, para que de fato existam ganhos para o desenvolvimento e empoderamento dos usuários. A fala abaixo lança uma questão importante de quando o serviço iniciou, pois parece ser considerado local de terceirização da infância, em que poderia se deixar a criança a cuidados dos outros (MARTINS FILHO, 2014):

*V5: Quando foi implantado o CAPSinfantil a gente se deparou com inúmeros pais é batendo aqui, “porque agora aqui tem o CAPSinfantil”, ou seja, “vou ter onde colocar minha criança, seja pra o que for”. E aí começou a bater muitas demandas na porta da gente, né? Então, a principio, assim, o impacto que teve foi de o CAPSinfantil é solução de tudo pra uma criança. Mas aí a gente foi orientando os pais, foi orientando até a própria rede, que fazia qualquer tipo de encaminhamento pro serviço, né? E aí, eu acredito que o impacto que tem causado no pensamento, fico feliz, positivo ou negativo?*

Como já discutido anteriormente, a criança contemporânea tem enfrentado essa questão da terceirização, em que os familiares, entregam-nas sobre os cuidados de outras pessoas ou de outras instituições, como babás e creches. Os próprios pais, por vezes, não estão mais preparados a cuidarem dos seus filhos devidamente (MARTINS FILHO, 2004). Fato esse mostrado nessa fala em que o CAPSi aparece como uma alternativa para essa terceirização.

O mesmo voluntário posteriormente fala da importância de manter uma boa relação com a família, quando eles acreditam no sucesso do acompanhamento no CAPS, funciona melhor o acompanhamento, já que a própria família parece não acreditar nas potencialidades do seu filho. O preconceito relacionado ao transtorno mental ainda é muito forte, inclusive dentro da própria família:

*V5: Primeiro, eu volto pro grupo de pais, porque o que a gente escuta muito grupo de pais, é que a própria família renega. Esse por exemplo, vai ter um aniversário do primo: “não fulano faz, é doido não pode participar” e aí a gente com esse grupo, porque no momento que a gente tá trabalhando a criança tá trabalhando a família. Então quando a gente começou a fazer essa dinâmica, isso teve um resultado bom porque a própria família começou a aceitar, né, então ficou muito mais fácil. Tanto o tratamento com a criança como o cuidado com família, ficou muito mais fácil, porque era até hoje algum, algumas mãe, assim, tem uma dificuldade maior de entender, de que realmente ele pode ser, pode ser cuidado, no meio, na sociedade, ele pode tá inserido na escola, pode tá inserido é, é na natação como a gente muito, faz muito encaminhamento. “Vamo colocar numa atividade”, né? Porque a criança fica muito ociosa e tem energia de sobra. E aí a gente faz o encaminhamento: “ah, mas num pode não, porque essa criança é agressiva”. “Vamo botar numa escolinha de futebol, vamo colocar pra fazer alguma atividade e ver no que é que dá”. E isso tem tido uma resposta muito boa porque a interação social tem acontecido, né? Coisas que os próprios pais achavam impossível de acontecer porque a própria família renegava. Isso tem trazido um resultado, realmente, lento porque enquanto você não conseguir transformar a cabeça dos pais, você não consegue transformar as crianças. Porque elas reproduzem muito, a criança reproduz muito o adulto. Então se o adulto não acredita, realmente a criança não vai acreditar. E a dificuldade maior que a gente tem é essa*

A fala desse voluntário é muito forte porque evidencia diversas questões e coloca em questão o quanto é importante que o adulto acredite que as crianças possam ter uma qualidade de vida diferente a partir do acompanhamento no serviço, em que os

potenciais dessa criança usuária sejam considerados. Para Mielke et al. (2010), o trabalho do CAPS, quando se enfatiza um trabalho realizado em territórios, lança mão desse desafio dos profissionais trabalharem também com as famílias desses usuários. Quando a família é acolhida passa a ser mais colaborativa na participação do cuidado ao usuário em questão.

O modelo de cuidado em hospitais colocava a família em lugar de passividade, apenas recebendo informações. No modelo de reabilitação psicossocial a família deve ser co-responsável pelo cuidado desse usuário, sendo participativa, e considerada no cuidado ao usuário. Para tanto, é importante que elas possuam lugares que possam também ser cuidadas, uma vez que passam por processos de desgastes físicos e emocionais e procuram soluções para tantas situações que precisam enfrentar. Acolhimento e escuta são ferramentas relacionais que podem ser utilizadas nos serviços de saúde com essas famílias. (MIELKE et al., 2010)

Em uma experiência com grupo de familiares em um CAPS I em um cidade pequena do interior do Rio Grande do Sul, familiares relatam uma grande mudança em suas vidas depois que um membro dessa família adoeceu, sendo necessário fazer reconfigurações. A rotina muda, com o acréscimo agora de ter que tomar medicação. Existe ainda medo de que a pessoa realize algum tipo de agressão contra si ou contra os outros. Muitas vezes uma ou duas pessoas da família fica mais sobrecarregadas. Inclusive nesse grupo, o fato de muitos participantes familiares fazerem o uso de medicamentos psiquiátricos como benzodiazepínicos e antidepressivos chamou a atenção. Há também relatos de solidão nesse momento. Logo a importância de uma rede de cuidados que englobe também essa família (SANTIN; KLAKE, 2011).

Como observado na fala do profissional, nem sempre as famílias chegam com a sensação de que o filho pode se desenvolver ou possa vir a ser inserido na sociedade. A ideia de loucura acaba por vezes, segregando e não permite o desenvolvimento social da criança por não haver participação social. Existe um papel social de cada pessoa. Então, se a família não acredita nas possibilidades de desenvolvimento, será difícil para as próprias crianças acreditarem. Esse fato pode envolver a própria auto-estima da criança e a sua credibilidade. Essa ideia de loucura remonta a própria discussão da Reforma Psiquiátrica em que os loucos ao longo da história já foram percebidos e tratados de diversos modos. O modelo anterior hospitalocêntrico, excludente o retirava da sociedade, para ser tratado. Com isso, a Reforma Psiquiátrica veio enfrentar essa situação de maus tratos sofridas pelas pessoas (AMARANTE, 2008).

Assim, a ideia de loucura como patologia, que hoje apesar de tantos avanços e tantas propostas diferentes de atenção, ainda existe. Como a própria voluntária coloca, há o preconceito dentro da própria família. Existe ainda um preconceito de que a pessoa em sofrimento psíquico é uma pessoa doente, limitada. Essa discussão leva ao questionamento da infância de quem passa por sofrimento psíquico, infância muitas vezes vivida com preconceito, com limitações. Onde estaria o desenvolvimento nessa situação? Os familiares conseguem estimular essas crianças realmente a terem um desenvolvimento social? Pela fala, é possível pensar que o CAPSi contribui nesse processo da família acreditar. Quando a família acredita, fica mais fácil, inclusive, que essa criança seja mais participativa em seu cuidado. Desse modo, os discursos dos profissionais evidenciam certa **complementaridade** já que colocam a família como sendo importante nesse acompanhamento ao usuário, quanto mais a família é envolvida com o serviço CAPSi, melhor para o acompanhamento. Outro ponto é que quando desconhece o serviço, não se envolve efetivamente e atrapalha o acompanhamento, realizando práticas que são inadequadas para o acompanhamento dessa criança usuária.

Outro fato importante relacionado à família é a questão da medicação, como pode ser visto na fala seguinte:

*V6: Como eu tava essa, essa questão de supermedicar pelas mães às vezes até pra conseguir um benefício, não é? E trazer transtornos que na verdade não existem, não é? A criança num, muitas vezes não é a,a, o fator é assim de frente do atendimento, é, são os pais, né? Os pais, é como eu falei pra você, os pais mentem e mentem muito, dizem que tomam medicamento e não tomam, dizem que compram os remédios e não compram, dizem que perdeu receita e medica, a criança vem agitada demais...*

*E muitas vezes querem que mediquem, mediquem, mediquem a criança e algumas vezes a gente vê que não tem nada, não tem ligação. E pra você dizer que não tem, que não vai passar medicamento, aí é complicado, já foi ali, já fez uma consulta particular, e o médico dele já passou alguma medicação.*

A fala do profissional evidencia uma das grandes problemáticas das crianças do mundo moderno que é a questão da medicalização, esse discurso corrobora com os dados apontados pelo CFP (2012) do número elevado de crianças medicadas no Brasil, a indústria farmacêutica exercendo um forte poder. O profissional aponta que o próprio

familiar faz uso diverso dessas medicações, até para conseguir benefício, chegando a desejar que seu filho faça uso de medicação.

Kamers (2011) aponta que o diagnóstico de crianças em idade escolares, especialmente o TDAH e conseqüentemente com suas medicalizações pode ser considerada uma concreta epidemia. Sendo a medicação não relacionada apenas ao tratamento da criança, mas como forma de vigilância e controle por instâncias tutelares. A medicina tem o poder de vigiar a fronteira entre loucura e razão e aquele que desvie deixa de ser vigiado para a tutelarização pela medicina (CASTEL, 1978 apud KAMERS, 2011). Na fala seguinte pode ser observada a problemática do diagnóstico nesse serviço, em que os profissionais chegam a ser cobrados por diversas instâncias por um diagnóstico:

*V6: ...Então o diagnóstico ele é feito em conjunto com o restante da equipe. Ele é multidisciplinar. Existe a questão de você levar tempo pra fazer isso. Tem crianças que a gente faz o diagnóstico no primeiro dia, tem crianças que vão passar aqui a vida toda e a gente não vai chegar conclusão de nada. E ainda existe a questão que muitas pessoas querem e é um direito, mas é, um laudo, né? No laudo com o CID. Todo chega “áh, o delegado, mandou pedir o laudo com o CID”. E muitas vezes a gente não vai ter isso. No mês passado a gente teve uma questão de político vindo aqui pra saber por que, que é que a gente não tava. “Ah a criança tá lá há dois anos”. Ela pode passar a vida inteira, a criança não pode trabalhar. Não é? Então, ela pode passar aqui a vida inteira e a gente não chegar à conclusão, né? Tem diagnóstico que só chega depois, como é que você vai firmar um diagnóstico? Hoje em dia a gente só pode firmar diagnóstico aí mais tardiamente, o preconizado é que o de autismo você faça somente aos seis anos de idade. E tem gente que com dois anos tá dizendo que é autista, tem gente que já chegou aqui com diagnóstico de dislexia em criança que não entrou nem fase ainda de alfabetização. Como que ele é disléxico, se ele não alfabetizou ainda? Então você tem que chegar em certa idade, pra você poder diagnosticar. É, a outra questão, se existir um transtorno mental, se existe indicação ou não, de um tratamento medicamentoso...*

Salienta-se que a clínica médica com crianças surgiu a partir do cuidado a deficiência intelectual<sup>5</sup>, com médicos pedagogos ou reeducadores, em instituições na Europa (PESSOTTI, 1984 apud KAMERS, 2011). A psiquiatria infantil até o século XX não possuía relatos de sua existência, tendo raízes no trabalho pedagógico com pessoas com deficiência mental e sensoriais, tendo uma história ainda muito nova (AJURIAGUERRA, 1972, apud KAMERS, 2001). Logo, pode-se pensar na recente patologização da criança na modernidade:

Na medida em que a criança hoje é portadora dos ideais sociais do adulto, podemos pensar que o que está em cena é justamente um apagamento da infância e a tentativa de transformação de um real infantil num modo ideal de existência adulta. Sendo assim, a resposta não esperada, bem como aquela esperada, mas dada fora de tempo, são consideradas como expressão de uma patologia na criança (LAJONQUIÈRE, 1999, apud, KAMERS, 2011, p. 161)

Essa citação traz para a discussão o fato de questões discutidas anteriormente como a terceirização da infância e também a medicalização. Observa-se um processo inverso agora, enquanto no passado a infância evoluiu para ser um conceito. Hoje, têm se apagado e perdido seu espaço. Os aspectos que incomodam, que sejam desviantes, devem ser medicalizados e transformados no que é esperado pelo adulto e considerados como patológicos. Toda essa discussão alarma para o desenvolvimento infantil e empoderamento da criança. Uma infância vivida com base em medicamentos, colocada em diversas instituições e terceirizada não promove a autonomia e empoderamento dessa criança, que passa a tornar-se cada vez mais distante de uma infância bem vivida e aproveitada. A uma criança nessas situações, não são oferecidas estímulos suficientes para se desenvolver, inclusive socialmente. A interação social dessa criança fica comprometida com tantas restrições.

Destaca-se que no caso de transtornos de uma demanda infanto-juvenil é mais difícil de ter resultados positivos, se tratados isoladamente, sem o envolvimento da família (BRASIL, 2004). Assim, reitera-se a importância da participação da família no cuidado ao usuário do CAPSi. Deve-se pensar que o usuário não é um paciente do CAPSi, ele pertence a sua família, que inclusive passa mais tempo com ela do que no

---

<sup>5</sup> Para designar este grupo têm sido utilizados vários termos: atraso mental, deficiência intelectual, déficit cognitivo e mais recentemente dificuldades de aprendizagem. Adota-se aqui o termo deficiência intelectual de acordo com a orientação da Declaração sobre Deficiência Intelectual, elaborada em Montreal, Canadá, em outubro de 2004. Essa Declaração surgiu também como tentativa de diferenciar a Deficiência intelectual dos Transtornos Mentais.

serviço. As famílias que estão aptas a acompanhar devidamente conseguem colaborar melhor no acompanhamento dessa criança.

Outra temática significativa é a da escola, esta aparece como um grande desafio no relato dos profissionais, uma vez que eles sempre falam desse contato, de quanto é importante, já que os usuários estão inseridos no seu contexto escolar cotidianamente. Enquanto que nesse CAPSi, por regra, apenas frequentam uma vez na semana. A fala abaixo vem problematizar um pouco essa situação:

*V3: ... “Muitas vezes que a gente não tem uma interação muito grande com a questão é escolar. Parece até que há uma certa rixa ou a questão de, de, de sempre um com pé atrás do que o outro. Então aqui se eu faço um relatório pra escola, se a escola pediu por escrito, né? A escola também é da mesma forma. E tudo é feito através de, de ofícios, não de reuniões pra gente sentar e fazer: “ oh nós vamos, pra parte educacional” e eu acho que nessa, nesse caso aqui tinha que ter uma interação maior.”*

Sendo assim, a interação com a escola é variável, mas acontece de escolas comunicarem-se através de relatórios, o que não é interessante já que se trata de um acompanhamento contínuo de um usuário que deve ser acompanhado coletivamente. De certo modo, há nesse discurso desse profissional uma **contraposição**, já que os outros profissionais não dão essa ênfase à questão escolar, enfocando, por exemplo, apenas a importância da inserção da criança no meio escolar, ou chegam a abordar que a criança torna-se mais amiga do colega do CAPSi do que do colega da escola.

Durante a imersão da pesquisadora no serviço, foi possível observar que a psicóloga, às vezes, se ausentava do serviço para ir fazer visitas às escolas. Momentos muito importantes, pois a escola pode perceber, muitas vezes, melhor o desenvolvimento dessa criança. Ressalta-se que o usuário só terá benefícios a partir dessa articulação. Uma questão simples que talvez possa fazer a diferença nesse diálogo escola e serviço refere-se ao uso dos medicamentos. Às vezes, a criança passa o tempo escolar inteiro dormindo ou bastante sonolenta. Esse diálogo pode favorecer o aprendizado e desenvolvimento da criança usuária, na medida em que o médico pode mudar o horário da medicação, fazendo com que a criança fique mais alerta no tempo escolar. Salienta-se que pode acontecer de uma criança mais calada, às vezes por estar

medicada ou mesmo está enfrentando algum problema, pode não ser de interesse da escola, pois não incomoda. Enquanto que crianças muito agitadas podem perturbar a ordem e serem enquadradas como desviantes da norma e pensada como possibilidades de uso de medicação.

**Núcleo 4- V4** *“É, eu o perfil que a gente trabalha a gente tem que tá sempre inovando, tem que tá sempre inovando porque, porque é tem criança, é, são crianças, né? São crianças, então criança sempre traz algo novo, então a gente sempre tem que levar algo novo pra elas.”*

O núcleo 4 está relacionado ao objetivo específico 3 (**analisar a concepção dos profissionais dos CAPSi acerca da contribuição da sua prática profissional no desenvolvimento social dessas crianças nesse cenário**). Esse núcleo enfoca as questões das nuances de ser um profissional do CAPSi, bem como os desafios que esse serviço encontra, e também realizações.

Aqui, vale trazer novamente a discussão de Kramer (1981) sobre os dois sentimentos da infância propostos por Ariés, em que o primeiro as crianças que sobreviviam já eram colocadas no mundo dos adultos e o segundo da infância incompleta e também paparicada. Esse é o sentimento pensado pelo profissional de desenvolver a infância, seus valores e sentimentos. Pode-se pensar que essa criança moderna é uma criança que precisa de estímulos para se desenvolver da melhor forma possível. É uma criança ainda não finalizada. Esse discurso do profissional sobre singularidade infantil aparece como **semelhanças**, não tão claro como a fala aqui representada, mas de outras formas os profissionais discutem de estar trabalhando com a criança nos seus diversos contextos, englobando variados aspectos.

Essa singularidade que esse profissional coloca para infância remete às ideias de Vygostsky a respeito de que quando for estimular a criança há uma necessidade de incidir sobre as funções psicológicas superiores e não permitir que a criança apenas realize atividades executivas/ mecânicas e sem sentido. Essas atividades não garantem o desenvolvimento da criança, como é citado por Carlo (2001). Quando se refere à criança usuária de CAPSi, esse aspecto do desenvolvimento deve ser considerado para garantir a estimulação e consequentemente aprendizado da criança usuária.

Assim, a infância nos CAPSi deve ser pensada não apenas como um momento singular, diferente, que ainda precisa de maiores vivências, mas como um algo

específico do desenvolvimento que deve ser levado em consideração também na atuação dos profissionais, já que é um momento também de aprendizado. Essa discussão ainda pode ser pensada que, ao se considerar a singularidade da infância, também é possível pensar na visão diferenciada de enxergá-la como capaz de ser participativa desse cuidado que lhe é ofertado. De certo, pode-se pensar na aproximação dos conceitos de empoderamento e desenvolvimento. A possibilidade aqui pensada é de que um influencia o outro e que nesse cenário da saúde mental infantil se fazem extremamente importantes.

Outra discussão pensada para esse Núcleo encontra-se na fala seguinte, que aponta certas dificuldades que os profissionais enfrentam no seu dia a dia:

*VI: Num, num é vaidade assim, de achar que por ser um serviço que eu tou inserida é um serviço excelente, não! Temos muita coisa que precisa ser melhorada, do ponto de vista principalmente da clínica da, da demanda de álcool e droga. Eu vejo muitos pontos fracos, mas também muitos pontos fracos por conta da própria demanda, de ser adolescente, de ser uso de droga, de ser uma fase da vida em que ele tá é almejando de uma certa forma, um comportamento mais subversivo, mais rebelde e não entender que, que talvez a droga teja comprometendo alguns, alguns elementos da sua vida como a relação familiar*

Essa fala retrata um pouco da realidade de ser um trabalhador de CAPSi, em que os profissionais falaram de que acreditam no trabalho do serviço; acreditam sim que o serviço tem sido eficiente, que eles têm conseguido fazer a diferença na autonomia desses usuários e inclusive também no desenvolvimento social dessas crianças usuárias. Sendo assim, eles acreditam no potencial terapêutico do serviço CAPS, que deve atender crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos. Tendo com clareza que há casos em que não será possível modificar totalmente sua condição, mas quando há melhoras no desenvolvimento, já pode mudar significativamente as suas vidas e de suas famílias também (BRASIL, 2004). Esse discurso é claro de **semelhanças**, pois falam muito de tantas dificuldades enfrentadas em suas atuações, mas que o resultado do trabalho é positivo. Eles conseguem enxergar mudanças nas crianças e também chegam a ouvir de outros lugares sobre a efetividade do serviço.

Outro profissional discute a respeito de como eles têm conseguido atuar, segue abaixo dois trechos desse mesmo voluntário:

*V5: Nos, assim, tem tem uma criança que eu sou muito realizada com ela que eu vim perceber meu trabalho de CAPSinfantil não só em, em encaminhamentos, como em atendimentos de grupos, né? Que é (usuário do CAPSi), que ele é um autista e aí a gente começou a chegar mais perto dele e a gente teve uma, uma identificação muito grande, né? E aí teve um dia que ele, a gente terminou o grupo e ele veio e me abraçou: “tchau tia”. Ah nesse dia foi quando eu me vi assim totalmente realizada. Dizer é “é realmente eu tou conseguindo me realizar como profissional, eu tou conseguindo atingir o objetivo”. E, desde esse dia assim eu procuro realmente não é fácil, porque trabalhar com saúde mental às vezes abala a nossa saúde, né?*

*V5: No acolhimento, é uma das partes que eu mais percebo, porque eu volto a questão de, de (um usuário do CAPSi), como alguns pacientes que tem aqui, que chegou cada um no seu mundinho, cada um no seu espaço. Até as próprias crianças que, que vem com questão, que é uma demanda que a gente tem muito, que é questão de agressividade elas conseguem interagir umas com as outras e aí os próprios pais tem trazido resultado positivo de melhora na escola, de melhora no âmbito familiar.*

Desse modo, mesmo abalando a saúde, com tantas dificuldades de infraestrutura, de quantidade de profissionais, eles chegam a relatar que conseguem ver sim resolutividade no serviço. Destaca-se aqui o desenvolvimento dessas crianças usuárias que às vezes chegam ao serviço com muito pouca interação social e após um tempo conseguem ir participando das atividades e passam a interagir com os profissionais. O Ministério da Saúde no documento sobre os CAPS coloca:

O tratamento deve ter sempre estratégias e objetivos múltiplos, preocupando-se com a atenção integral a essas crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os

adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos (BRASIL, 2004, p.23)

Essa citação retrata a importância do Núcleo 4 da singularidade dessa infância, que precisa ser devidamente assistida, não só lembrada de aspectos da psicopatologia, mas aspectos variados, em todos âmbitos que ela encontra-se inserida, inclusive na escola, aspectos educacionais precisam ser observados. Todos esses pontos culminam na observação do desenvolvimento dessa criança usuária do CAPSi. Quando o profissional explica que se sente realizada ao ver uma criança autista, antes no seu mundo agora interage e se comunica, ela está falando do avanço no Desenvolvimento que essa criança conseguiu desde que está inserida nessa realidade de acompanhamento no serviço CAPSi.

Logo, imagina-se que aspectos do Desenvolvimento Social colocados por Vygotski (2003) têm conseguido, de certa forma serem trabalhados. Nesse caso, explicado pela profissional a linguagem é destacada, já que a criança não interagira e agora já consegue se comunicar com a profissional. Provavelmente, essa criança também realizou a mediação, e realizou a internalização dessa linguagem, com desenvolvimento dessa função psicológica superior. Assim, um simples “tchau tia” pode indicar todos esses aspectos e ainda evidenciar a carga emocional que esse profissional demonstra ao relatar sobre esse caso. Parece haver envolvimento emocional com essa mudança dessa criança.

#### **4.3- Análise das videografias**

A análise das videografias foi realizada após transcrição de duas das três filmagens realizadas, pois uma foi desconsiderada para análise; tendo sido uma atividade que seria difícil a própria transcrição em vídeo, com muitos usuários e falas. Para essa análise foram considerados alguns aspectos importantes do Desenvolvimento Social em Vygotsky, como a linguagem, a mediação, A Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), e as funções Psicológicas Superiores. Além desses conceitos, foram considerados também pontos relacionados ao empoderamento e autonomia.

##### **4.3.1 – Descrição das atividades: (1) desenhar e pintar um sapo; (2) atividade do boneco**

Na atividade de pintar o sapo, a profissional (enfermeira) solicitou a seis crianças que desenhassem um sapo, as crianças tinham como recursos: lápis coloridos e folhas de ofício. A profissional também possuía um exemplo de um sapo. Nessa atividade as crianças tinham faixa etária de aproximadamente seis anos de idade. As crianças, juntamente com a profissional, encontravam-se sentadas no chão para realizar a atividade. Essa atividade resumiu-se a desenhar o sapo e depois pintá-lo.

A segunda atividade foi conduzida por outra profissional (psicóloga) com a participação de dez crianças na faixa etária aproximada dos oito anos. A profissional levou um boneco e discutiu a respeito da limpeza, posteriormente solicitou que as crianças desenhassem o que eles faziam em suas rotinas diárias para ficarem limpos. Nessa tarefa as crianças estavam divididas em duas mesas no mesmo recinto.

Ambas as atividades evidenciam não terem sido devidamente planejadas. Considerando o foco necessário no desenvolvimento e no empoderamento das crianças, o planejamento prévio é imprescindível. Nesse sentido, não aparenta haver objetivos claros dos profissionais ao desenvolvê-las. Mesmos não tendo sido pensados de forma improvisada, não se evidenciou terem sido planejadas com objetivos que explorassem o desenvolvimento social, com estímulos de realização de atividades coletivas. Na atividade do boneco fica claro que a profissional pretendeu discutir sobre limpeza, possivelmente com o objetivo de que essas crianças realizassem suas higiênes, mas não foi muito além dessa discussão. No que se refere à atividade do sapo, não ficaram claros os objetivos. Para Vigotski (2014), o desenho é a forma preferida de atividade artística das crianças. Coincidência que ambas as atividades aqui analisadas foram atividades que fizeram uso do desenho. Desse modo, o desenho acaba sendo um momento facilitador de expressão da criatividade infantil. Já que o desenho tem essa relevância na expressão de atividade artística de crianças, e foi utilizado nesses dois momentos, haveria possibilidades deles terem sido mais explorados.

Salienta-se que nas duas atividades não foi possível ouvir na íntegra todas as falas completas das crianças. Algumas vezes as crianças falavam ao mesmo tempo, outras vezes estavam de costas para filmagem, o que dificultou a escuta, além de algumas não se expressarem de modo que possam ser compreendidas, talvez pelo próprio momento no desenvolvimento, ou ainda por apresentarem problemas com a fala.

A própria filmagem algumas vezes não conseguia alcançar todos ao mesmo tempo. Na atividade do sapo, por serem menos crianças que estavam sendo filmadas, foi

um pouco mais fácil esse acompanhamento. Na atividade do boneco por serem duas mesas, algumas crianças estavam de costas para a filmagem, e em alguns momentos quando se moviam não apareciam na tela da filmagem. A pesquisadora optou em permanecer em apenas um lugar no intuito de não interferir na dinâmica dos momentos. Salienta-se que como abordado na parte metodológica, os aspectos escolhidos para análise das videografias foram: Linguagem, Mediação semiótica, Zona de Desenvolvimento Proximal e Funções Psicológicas Superiores.

### **A) ZDP e MEDIAÇÃO**

Na atividade de pintar o sapo, a profissional solicitou que as crianças pintassem um sapo individualmente. Entregou folhas de ofício e material de pintura a cada um, sendo assim, uma atividade realizada individualmente. Não houve momentos em que as crianças pudessem trocar o que estavam fazendo, nem de colaboração.

Desse modo, a atividade parece não incidir sobre a criação da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), proposta por Vigotski (2003), já que não se observa uma maior atenção ao que a criança consegue fazer sem a ajuda de terceiros e do que ela consegue fazer sozinha. Para Vigotski (2003) aprendizagem e desenvolvimento estão diretamente relacionados, a criança começa a aprender mesmo antes de entrar na escola, nas relações sociais que ela já estabelece antes da escola. O desenvolvimento real da criança está relacionado aos ciclos já completos e o desenvolvimento potencial refere-se aos aspectos desenvolvidos sem auxílio de terceiros. A distância entre esses dois momentos configura-se como a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP).

Para esse autor, as atividades que elas conseguem realizar com ajuda evidenciam melhor o seu desenvolvimento do que as que elas conseguem realizar sozinhas. Logo, a ZDP vem para possibilitar perceber não apenas o que já foi concluído, mas entrar em contato com questões que ainda estão em desenvolvimento. Vygotsky (2003), em estudos com deficiência intelectual, marcou que não adiantava trabalhar apenas com concretos, pois acabava enfatizando a própria deficiência. Cavalcante e Santa-Clara (2010) destacam o que seria uma nova fórmula proposta por esse autor, de que “bom aprendizado” é aquele que está adiantado ao desenvolvimento.

Nessa atividade parece que isso não foi observado como se percebe nos turnos de fala abaixo:

T30 (profissional): desenhar o sapo, desenhar. Pronto, venha desenhar, quer não desenhar?

CAROLINA E SÉRGIO QUE ESTAVAM AO LADO DA PROFISSIONAL NA PORTA DEIXAM O QUARTO.

T31(Romário): (Incompreensível)

T32(profissional): vamo desenhar, desenhar.

T33(Romário): (incompreensível)

T34(profissional): ham?

T35(Romário): aqui ó desenhar, venha chegue

ROMÁRIO PARECE QUERER SAIR DO RECINTO. SÉRGIO ENTRA NOVAMENTE NA SALA. ENQUANTO ISSO ROMÁRIO TENTA SAIR, MAS PROFISSIONAL NÃO DEIXA.

Em poucos momentos da atividade a profissional chega a falar de outras questões como medo de animais e como estão na escola, mas mesmo essas questões são breves e com apenas algumas crianças. No que se refere à mediação, essa poderia ser mais bem explorada nesse momento, pois as crianças fazem do uso de instrumentos para realização dessa, mas os signos como a linguagem poderia ter sido mais bem aproveitada, caso a atividade aparecesse mais coletiva.

A segunda atividade também parece não incidir na criação da ZDP, pois apesar de ser teoricamente em grupo, de modo geral, as crianças apenas respondem as perguntas da profissional, depois realizam sua pintura e posteriormente a explicam. Também não existe um momento em que elas possam realizar coletivamente. O foco acaba ficando em perguntar e responder às atividades. A mediação também poderia ter sido mais explorada, pois não existem troca nem atividades realizadas em conjunto.

Essas atividades poderiam ter sido mais estimuladas com ênfase na mediação e criação da ZDP. Observa-se que, apesar de surgir esses momentos, o enfoque acaba ficando na realização da tarefa solicitada como se observa abaixo:

T43(Lazáro): (BARULHO DE SAPO) OLHA PARA CÂMERA.

T44(profissional): (risos), como é Lazáro?

T45(Lazaro): (barulho de sapo)

T46(profissional): muito bem

FALAS AO MESMO TEMPO. ROMÁRIO APROXIMA-SE DA CÂMERA E A PESQUISADORA TENTA FAZÊ-LO SE RETIRAR.

T47(profissional): (imcompreensível), tem que fazer a atividade.

T48(Télio): (incompreensível), sapo.

T49(profissional): o quê que o sapo faz, Télio?

T50(Télio): fica assim pulando.

T51(profissional): o sapo é de que cor?

T52(Gabriel): verde  
 T53(Télio): dessa cor aqui ó. PEGA LÁPIS DE COR.  
 T54(profissional): dessa cor? É dessa cor?  
 T55(Gabriel): é verde.  
 T56(Télio): sapo (incompreensível)  
 T57(profissional): é verde , é?  
 T58(Gabriel): é.

Nesse recorte, dá para perceber que a atividade parece fugir do desenhar (momento individual) quando Lázaro no T43 e T45 traz o “barulho de sapo”. Apesar de no T47 a profissional apontar que tem que fazer a tarefa, há possibilidades de desenvolver uma atividade em grupo, que poderia atuar como Zona de Desenvolvimento Próximo, permitindo a interação entre os pares.

No que se refere ao empoderamento dos usuários, no primeiro momento pouco se fala de coisas diferentes da própria atividade, talvez pela formação da profissional e também pela idade das crianças que são menores. Já na segunda atividade, as crianças se colocam um pouco mais, falando coisas que fazem mais. É possível observar isso nos turnos seguintes de T86 a T87 na atividade do sapo e de 246 a T247 na atividade do boneco:

T86(profissional): Peraí, deixa aqui. Ele olha. Seu sapo. ENTREGA OUTRA FOLHA DE OFÍCIO PARA SÉRGIO. Cadê seu sapo? Xô fazer a boca de seu sapo.

T87(Sérgio): (incompreensível)

T88(profissional): Pera lá, deixa eu fazer. Tu vai desenhar o sapo?

SÉRGIO BEM SILENCIOSO NO COLO DA PROFISSIONAL, ENQUANTO ELA FAZ PARA ELE, QUANDO ELE FALA NÃO É POSSÍVEL COMPREENDER.

T246(Alice): tia, pinta aqui pra mim, vai.

T247(profissional): Não, você que tem que fazer.

Sendo assim, nessas falas percebe-se que a primeira profissional parece não pensar na questão do empoderamento proposto por Vasconcelos (2003) de possibilitar condições de empoderamento a essas pessoas em sofrimento psíquico, quando ela mesma se oferece para desenhar o sapo. Pode-se questionar nesse momento como que essa criança usuária vai ser mais participativa no seu cuidado e ter maiores

possibilidades de desenvolvimento com a própria profissional que está no lugar de promover tais atitudes diz que vai fazer para ela.

A segunda profissional ainda diz que a criança que tem que fazer, mas também não parece estimular melhor nesse caso. O foco, de certo modo, acaba sendo também uma espécie de dever de ter que fazer o que é solicitado. Há uma situação diferente em que a profissional chega a explicar para uma criança como desenhar algumas coisas, como uma torneira, porque a criança solicita essa ajuda. Diante disso, há de se questionar as atitudes dos profissionais junto a essas crianças, pois é possível pensar na possibilidade de estarem em um lugar talvez não terapêutico, não estimulador. A percepção que aparenta é que as crianças devem cumprir a realização de tarefas. É possível ouvir uma ou outra criança as chamá-las de “pró”, o que leva ao questionamento: Qual lugar que os profissionais encontram-se dentro do CAPSi, para as crianças que são ofertadas esses cuidados?

#### **B) ATIVIDADE MECÂNICA/ EXECUTIVA QUE NÃO INCIDE SOBRE AS FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES.**

A atividade de desenhar e pintar o sapo, da forma em que foi conduzida, reduz as possibilidades de estimular o desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Em geral, são atividades silenciadoras e realizadas individuais, a linguagem, função psicológica superior, não é aqui explorada.

Vygotsky enfatizou bastante a questão do social no desenvolvimento. Para ele o cérebro deveria ser considerado como aberto e plástico, sem fixar nos padrões biológicos. Desse modo, o autor compreende as funções psicológicas superiores não fixadas a padrões biológicos, mas sendo construídas histórica e socialmente, através da mediação que essas crianças vão realizando com uso de instrumentos e signos (OLIVEIRA, 1992). Assim, nos tempos seguintes, essa questão das funções psicológicas superiores podem ser problematizadas:

T71(profissional): Já pintou? Vá pintar o sapo

TÉLIO E GABRIEL CONVERSAM EM OUTRO LUGAR DA SALA

T72(Télio): Não. (incompreensível)

T73(profissional): vá pintar o sapo, tu vai pra onde?

T74(Romário): (incompreensível)

T75(profissional): ham?

PROFISSIONAL AINDA SEGURA ROMÁRIO, MAS ELE LOGO SAI DA SALA.

T147(profissional): quem você desenhou?

T148(Télio): poxa, um sapo grande. Eu digo tá aqui ó. DEVOLVE SEU DESENHO A MESA NOVAMENTE.

T149(profissional): hum, sapo grande, não foi?

T150(Télio): (incompreensível), PEGA PINCÉIS NOVAMENTE.

T151(profissional): ótimo. Tu gosta? Tu tem medo de algum animal?

T152(Télio): Tenho sim, medo de sapo.

T153(profissional): medo de sapo?

T154(Télio): sim

T155(Gabriel): (Incompreensível), sapo, (incompreensível)

T156(profissional): foi? Tem medo de algum bicho, Lazaro?

T157(Lazaro): hum?

T158(profissional): Tem medo de algum bicho?

T159( Lazaro): Só de aranha caranguejeira e de cobra.

T160( Télio): (incompreensível)

T161(Gabriel): eu tenho medo de lobisomem.

T162(profissional): tem medo de lobisomem?

BALANÇA A CABEÇA AFIRMATIVAMENTE.

T163(profissional): e lobisomem, onde é que você vê lobisomem?

T164(Gabriel): eu nunca vi ele.

T165(profissional): Você já viu algum lobisomem, já? Você viu aonde o lobisomem?

PROFISSIONAL SENTA NA PORTA PARA IMPEDIR QUE ALGUÉM ENTRE, É POSSÍVEL OUVIR GRITOS DE FORA, O QUE IMPEDE DE OUVIR O QUE AS CRIANÇAS DE DENTRO ESTÃO FALANDO.

Apesar da profissional não dar uma maior continuidade nessa discussão, quando questiona sobre os medos, está discutindo sobre aspectos da cultura dessas crianças, a partir da linguagem que é mediada. Considerando que a pessoa funciona como mediação (VIGOTSKI, 2003), a profissional aqui serve como mediadora, que estimula o desenvolvimento social dessas crianças. Entretanto, como acontece em vários

momentos das atividades, a oportunidade aparece, mas as profissionais acabam deixando passar. A centralidade acaba voltando para a execução do que foi proposto desde o início. A problematização acaba de certo modo escapando durante essas situações.

É possível observar também na atividade 2 presença das funções executivas:

T244(profissional): o quê que você fez aí?

T245(Tiago): Eu fiz uma flor, (incompreensível).

ENQUANTO ISSO PROFISSIONAL SENTA-SE NA SEGUNDA MESA E TIAGO FICA MOSTRANDO SEU DESENHO, ALICE COLADA NA PROFISSIONAL MOSTRANDO SEU PAPEL

T246(Alice): tia, pinta aqui pra mim vai.

T247(profissional): Não, você que tem que fazer.

T273(profissional): fez uma bolinha? Xô ver. Agora puxa um tracinho assim ó pra frente. (Próxima da mesa, mostrando).

T274(Ricardo): assim?

T275(profissional): é, um do lado e outro do outro.

É possível observar que a profissional nessa segunda situação restringe-se em dizer que a criança tem que fazer, ou dizer como se faz. Não há uma exploração clara de possibilidades também de empoderamento e desenvolvimento. A atividade mecânica/executiva aparenta permanecer como ponto principal. No caso da primeira atividade apesar de discutir a questão do medo, não parece haver um objetivo claro em relação a essa discussão. Dá um gancho para a interação, o desenvolvimento da linguagem e aprendizagens, mas não há uma sistematização nessa discussão. Por exemplo, a profissional poderia puxar uma discussão a partir de uma contação de história. Foge da atividade individual e silenciadora, mas poderia ser mais explorado.

O foco das atividades acaba não sendo a problematização, a construção de momentos coletivos e compartilhados, mas sempre retornando apenas para a execução da atividade. Há momentos interessantes nas duas situações em que elas chegam até a questionar, mas esbarram na problemática retomando ao ponto inicial.

### c) LINGUAGEM – PROCESSO DE INTERNALIZAÇÃO

Na atividade 2 a profissional mostra um boneco de um menino para todas as crianças descreverem quem era, o que ele fazia, e como fazia “para ficar limpinho”, e depois solicita que eles desenhem. Segue abaixo o recorte com turnos, retratando um pouco desse momento:

T21(profissional): O que é isso?

T22(Alice): é um menino.

OUTROS TAMBÉM FALAM QUE É UM MENINO

T23(profissional): É um menino, como é o nome dele?

BARULHO, FALAM QUE É PEDRO

T24(profissional): Pedro, o nome dele é Pedro? Tem cara de Pedro?

T25(Roberto): é sim

T26(profissional): Quem é mais Pedro aqui, tem algum Pedro?

Roberto aponta para o boneco

T27(Roberto): ele

T28(profissional): ele, só ele, quem mais é Pedro?

Márcio levanta e aponta para outra criança

T29(Márcio): ele

T30(profissional): Tem outro Pedro, né? O quê que vocês acham que ele faz? Ele faz o quê?

É possível perceber que a profissional nessa atividade estimula a linguagem e o processo de internalização, já que essas são convocadas a falarem. Para Vigotski (2003), a linguagem depois que ela passa a ser internalizada interfere no comportamento. Enquanto ainda é apenas fala egocêntrica, a criança a utiliza para resolver problemas depois vai atrás da ajuda dos adultos, para assim, posteriormente resolverem por si mesmas. Nesse momento, a fala deixa de ser apenas intrapessoal para ser interpessoal. Ela, inclusive, questiona sobre a nomeação das crianças ao boneco, estimula também o pensamento, pois eles precisam pensar quem é esse boneco e assim explicar através da linguagem, como é visto dos tempos T33 a T37:

T33(profissional): Que brinquedo é que ele gosta?

T34(Márcio): é o Ben 10

T35(profissional) é o Ben 10 ?

T37(Márcio) : o preto, o preto

Ainda é válido perceber que a profissional explora conceitos e ampliação do vocabulário das crianças. Quando eles falam, ela segue questionando, o que estimula também o desenvolvimento dessa linguagem. De certo modo, ela consegue estimular o desenvolvimento social especialmente com ela mesmo, e não entre eles.

Cavalcante e Santa Clara (2010) em estudo realizado com pessoas com síndrome de Down que apresentavam problemas na comunicação mostrou que o mediador humano ao estimular processos de argumentação, com estímulos para que essas crianças pudessem elaborar argumentos e perceber sentidos, uma quebra nesses problemas de comunicação.

Desse modo, quando essas crianças são estimuladas a expressar suas opiniões , elaborar negociações, torna-se possível também que elas construam sentidos coletivos. Quando há dificuldades de comunicação, há de se considerar que podem sim ser superadas, com o uso de atividades mediadas. Assim, práticas argumentativas podem ser bem relevantes nesse desenvolvimento (CAVALCANTE; SANTA CLARA, 2010).

Essa discussão proposta pelas autoras, apesar de ser específica do caso de crianças com síndrome de Down, pode ser ampliada e pensada para a demanda que o CAPSi atende, uma vez que atende uma demanda ampla, com diversidade nos momentos do desenvolvimento, abrangendo a linguagem que é tão variável , inclusive ao se considerar a variedade dos transtornos, uso de medicações, inserção na escola.

Para elas:

Adotando uma perspectiva diversa, consideramos que os indivíduos, independente das suas limitações, têm muitas possibilidades de se desenvolver cognitivamente e socialmente. Além das características biológicas e intrínsecas ao indivíduo, o compartilhamento social entre indivíduos e os instrumentos mediadores (aqui, sobretudo, os que envolvem a comunicação) favorecem a internalização de processos cognitivos, assim como o desenvolvimento social dos indivíduos. (CAVALCANTE; SANTA-CLARA, 2010, p. 271).

Sendo assim, é válido pensar que não importa as dificuldades que a criança possui , é possível sim estimular a linguagem, como também o desenvolvimento social de modo geral, indo além das limitações que por ventura essa criança venha a possuir. O

fato de eles estarem inseridos em grupos já contribui para que essa interação favoreça esse desenvolvimento. Nos turnos seguintes (T62-T65), (T81-84), (T217-T223) é possível observar que a profissional indaga bastante as crianças, chegando a procurar respostas, o que é válido, pois leva as crianças a saírem do seu momento e virem a pensar sobre temáticas diferentes. Mas aparentemente não há uma ampliação desse momento com uma construção de sentidos compartilhados.

T62(profissional): num grupo, hum. Sabe o quê que eu quero saber, será que ele limpa os olhos, o quê que ele faz pra ficar bem limpinho?

T63(Roberto): Ele(incompreensível) toalha, toalha!

T64(profissional) com uma toalha

T65(alguém) toma banho.

T81(profissional): o quê que precisa fazer quando o pé tá fedendo?

T82(Roberto) Já sei.

T83(Renato): lavar

T84(Márcio): sabonete, água, sabão, escova

T217(profissional): Tem que escovar o dente. Por que se não escovar o dente acontece o quê depois?

T218(Alice): (emitindo sons incompreensíveis)

T219(Márcio): Dá, sente dor de dente

T220(profissional): sente dor de dente, o dente fica preto.

T221(Márcio): fica igual ao meu.

T222(profissional): é? Chupa bala

T223(Alice): é melhor feijão

No que se refere ao conceito de Internalização aqui pensado com base em Vigotski (2003): antes de ser internalizada a criança precisa de mediadores para utilizar a linguagem, ou outra função psicológica. O boneco de papel é um mediador e a própria profissional, como já mencionado. À medida que ela traz outros elementos como banho, limpeza, chulé essas são atividades que se distanciam do boneco, mediador concreto, partindo para o mediador interno – contribuindo para o processo de internalização dos

conceitos. Os conceitos aqui são entendidos como signos que participam desse processo de mediação e internalização.

Dessa forma, as crianças conseguem ir aos poucos internalizando esses conceitos e desenvolvendo a linguagem, muito mais a partir da interação com a profissional do que com seus semelhantes, e ainda através da fala que realizam consigo, a fala egocêntrica. Assim, o desenvolvimento social nessas atividades aparecem de modo variado em cada momento, os conceitos que o englobam aparecem simultaneamente ao longo dessas tarefas e nem sempre sendo muito perceptíveis.

Entretanto, é possível perceber novamente um foco muito mais educativo no caso da atividade do boneco, do que no desenvolvimento social, nos turnos abaixo (T183-T198), a criança fala de outros assuntos, inclusive com conceito que a profissional parece não compreender direito, e ainda é difícil a audição até para pesquisadora desse conceito, ela chega a questionar a respeito, mas volta novamente ao movimento de falar sobre limpeza.

T183(profissional): O que é isso?

T184(Alice): uma casa de burburu.

T185(profissional): uma casa de buru?

T186(Alice): Bururu

T187(profissional): e o que é isso crururu?

T188(Alice): (incompreensível)

T189(profissional): tá dentro? O quê que ele faz em casa?

T190(Tânia): ó

T191(Alice): ele come feijão

T192(profissional): ele come feijão todo dia, e depois que ele come feijão ele faz o quê?

T193(Alice): Comida, (incompreensível)

T194(profissional): Comida?

T195(Alice): feijão

T196(profissional): e o que ele faz pra ficar limpinho?

T197(Alice): (incompreensível), tomar banho

T198(profissional): ele toma banho todo dia? Ou uma vez por semana?

Esse foco que aparenta ser de autoridade, de ter que seguir regras, aparece em outros momentos como nos turnos seguintes (T262, T286, T291-T294) da atividade do boneco:

T262(profissional): Por que que tá limpando a mão, na , na língua? (Perguntando a Alice). Limpa a mão na língua? Não!

T286(profissional): sente lá, que eu vou lá já ver como fazer.

T291(profissional): bora, não pode fazer isso (enquanto Alice risca parede). Marcelo. Não pode fazer isso, não pode riscar a parede (falando para Alice, ela grita e cai no chão, mas logo se levanta).

T292(Ricardo): e agora?

T293(profissional): fez? Agora faz a água escorrendo. (Incompreensível).

MARCELO E ALICE NA PORTA COM LUZ APAGADA NOVAMENTE. TIAGO ENTREGA DESENHO A PROFISSIONAL. QUANDO A LUZ ACENDE PROFISSIONAL ESTÁ COM MARCELO E ALICE NA PORTA.

T294(profissional): Alice bora pra fora, bora, já terminou, vamo. (Recolhe desenho)

Esses turnos apontam o fato da centralidade na resolução das atividades e também de uma espécie de seguimento de ordens que devem ser realizadas, o que é certo e o que não é certo, que levam a também a questionar a questão de empoderamento explanado por Vasconcelos (2003), onde que estão sendo construídas com essas crianças fortalecimento de suas participações nesse serviço? A questão de não desenhar na parede surge ainda na atividade do boneco, em que o lugar de desenhar é o do papel, não que seja adequado desenhar na parede, mas uma possibilidade seria uma diferente consideração a respeito desse movimento das crianças, e não se restringir a não poder, nos turnos seguintes (T226-T233) da atividade do sapo, a profissional ainda pergunta o porquê, mas fala onde se deve desenhar:

T226(profissional): e tá riscando a parede?

T227(Télio): sim

T228:(profissional): por que?

T229:(Incompreensível)

T230( profissional): eu num te dei o papel?

T231(Télio): aí deixei lá em cima.

T232(profissional): então, não é pra riscar o papel , o lápis?

T233(Télio): ah, (Incompreensível). E VOLTA A RISCAR O PAPEL QUE SE ENCONTRA EM CIMA DA MESA. LAZARO SAI DEBAIXO DESSA MESA.

É válido pensar que muitas dessas crianças sofrem processos de terceirização da família, muitas também são medicadas por diversos serviços em que já passaram, sofrem preconceitos tanto na escola, como em outros âmbitos de suas vidas, talvez não estejam achando espaços ideiais nesse CAPSi, uma vez que os estímulos ao seus desenvolvimento aparece sempre escapando, e também não é evidenciada muita participação dessas crianças usuárias.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aqui realizada, desde os primeiros minutos pensados, configurou-se como algo muito desafiante, que foi se constituindo a cada momento mais ainda. Após qualificação com a escolha da desafiante metodologia de videografias, os passos foram sendo realizados cuidadosamente em uma certeza de territórios nunca conhecidos.

A coleta documental caracterizou-se como um momento muito interessante para pesquisadora que nunca tinha tido oportunidade de conhecer de perto a realidade de um serviço CAPSi. Foi possível observar de certo modo a dinâmica de funcionamento do serviço ao se desbruchar sobre leitura dos prontuários. Apesar e estar em busca de algumas informações específicas, a pesquisadora pôde ver muita coisa, formas de evolução realizadas pelos profissionais, descrição de casos complexos, o que se caracterizou como um momento de muita curiosidade.

As entrevistas foram momentos muito tranquilos e sinceros em que os profissionais puderam se colocar em situações que não são comuns de acontecerem nesse serviço, tendo sido gratificantes às propostas da pesquisa. Os profissionais aparentavam estar disponíveis a qualquer tipo de questionamento e disposto a colaborar com a pesquisa, houve profissional que aparentou se emocionar diante da exposição da sua realidade e também houve profissional que ficou curioso quanto ao desenvolvimento da pesquisa.

As videografias foram realizadas sobre muita tensão, por ser uma atividade nunca antes realizada. Além disso, a dificuldade em assinatura dos TCLE's com os familiares das crianças usuárias fez essa atividade durar muito mais tempo que previsto. A pesquisadora precisou ir ao serviço diversas vezes, pois o momento de leitura do TCLE era considerado extenso e não era possível ser feito no mesmo dia que a filmagem. Outra dificuldade foi à rotatividade de familiares e usuários, que mudava a cada semana. Quando efetivamente conseguiam serem realizadas as filmagens com as crianças, foram momentos tranqüilos, as crianças de modo geral não aparentaram se perturbar com a presença da câmera e da pesquisadora nas salas, algumas passavam na frente, olhavam curiosas, ficavam brincando na frente, mas nada que atrapalhasse demais o andamento das filmagens.

Trabalho coletado foi percebido o quanto esse cenário da saúde mental infantil merece ser explorado e o quanto que é possível de ser feito. Foi evidenciado uma demanda infanto-juvenil muito alta que precisa ser mais bem assistida; um CAPSi, com uma equipe reduzida não consegue responder a tantas questões. É notável a necessidade que o serviço ainda precisa trabalhar melhor com redes. Os profissionais talvez também não estejam completamente apropriados de como pode ser possível um funcionamento do CAPSi e da demanda que deve ser atendida, mesmo que justifiquem a falta de outros serviços.

As entrevistas evidenciaram também profissionais tocados pela resolução dos casos, mas também mostraram profissionais cansados, sem devidas condições de trabalho. Eles evidenciam uma carga emocional forte quando falam do retorno que tem das crianças, observam seu desenvolvimento, mas em contradição, discutem sempre as diversas dificuldades que enfrentam no seu dia a dia de trabalho.

As videografias mostraram que o trabalho junto ao usuário ainda pode ser melhorado. É preciso que os profissionais acreditem mais na potência desses usuários e coloquem isso em práticas, estimulando-os cada vez mais a construir sentidos e significados em seus discursos, por exemplo. Sendo também importante que as atividades realizadas sejam planejadas com antecedência e com objetivos claros, pensando sempre na finalidade desse tipo de serviço. Os momentos que foram acompanhados não evidenciaram muito planejamento, especialmente terapêutico, o que aparentou foi que as crianças deveriam seguir instruções de realização do que estava sendo proposto, assemelhando-se um pouco com o que elas possivelmente vivenciam em suas escolas, já que elas mesmo aparecem chamando as profissionais do CAPSi de pró.

Quanto ao desenvolvimento social, ele encontra-se presente no serviço, mas precisa ser pensado melhor, e mais aproveitado. As atividades que já existem podem ser mais bem aproveitadas de modo mais amplo e mais estimuladas. É possível perceber que os aspectos relacionados ao desenvolvimento social encontram-se presentes no serviço, mas muitas vezes, nem os próprios profissionais percebem, deixando escapar momentos que seriam muito interessantes para o desenvolvimento social dessas crianças usuárias. As próprias atividades que acontecem, aparentam ser realizadas, talvez com pressa. Das atividades que foram observadas nenhuma passou de meia hora de tempo de realização da atividade. O fato de acontecer de ter muitas crianças em alguns

momentos pode despertar variados sentimentos nos profissionais, como insegurança, impaciência. É uma possibilidade a se pensar, nesse sentido.

Percebeu-se que considerando a proposta principal desse trabalho de investigar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social, não há uma resposta definitiva. Foi evidenciado que eles colaboram com esse desenvolvimento ao proporem atividades coletivas e mediam essas atividades. Mas a ZDP é pouco percebida, assim como os outros conceitos de Vygotski. Nas atividades surgem esses pontos, mas de forma muito reduzida, não se expande muito essas questões. O desenvolvimento social é algo que existe, mas que não aparenta ser fortalecido objetivamente. Os profissionais esperam que as crianças melhorem seus quadros, mas não explicitam claramente ênfase no desenvolvimento social.

No que se refere à questão do perfil atendido, esse foi conhecido de certo modo e debatido a respeito das dificuldades que essa Equipe enfrenta ao possuir uma demanda tão plural. Foi ainda percebido que as atividades que são realizadas no serviço, em grupo, conseguem por vezes estimular além do desenvolvimento também o empoderamento, mas como já foi discutido, e serve para esses pontos também. As atividades que se propõe a serem terapêuticas são duvidosas, enfocando muito aspectos mecânicos e executivos. Há possibilidade de se ampliar essa terapêutica considerando o desenvolvimento dessas crianças e também o seu empoderamento. Desse modo, há a possibilidade de que trabalhando essas questões as atividades tornem-se mais terapêuticas.

A visão que os profissionais têm desses grupos também pode ser modificada, são grupos que acontecem de certo modo, em um espaço de tempo curto, para o que a criança poderia frequentar o serviço, mas há justificativas tanto dos profissionais como dos familiares de que tem lancha e ir embora. Caso todos percebessem a real potência desses grupos pudessem durar mais e serem mais bem explorados. Talvez nem os próprios profissionais se sintam preparados para isso.

De modo geral, os profissionais não deram muita ênfase a sua prática profissional relacionada ao desenvolvimento social desse público, embora tenham comentado que percebem evoluções nas crianças. Aparentemente a questão de falar de si, sobre seu próprio trabalho não é algo muito empreendido.

Uma consideração importante a respeito das práticas realizadas nesse serviço que deve ser pensada nesse trabalho é sobre a própria formação dos profissionais que ali trabalham, já que como coloca Luzio (2011) profissionais do campo da saúde mental ao

se depararem com dificuldades do mercado de trabalho, ingressam nesses sem muitas vezes estarem realmente preparados, além de que a atuação nesse campo merece ainda uma formação política. A autora problematiza também a formação de muitas Universidades que não dão ênfase a aspectos do SUS e também de Atenção Psicossocial com formações muitas vezes muito tecnicistas e pouco reflexivas. Essa discussão faz pensar nesses profissionais do CAPSi, quais investimentos tem sido realizados na sua formação profissional? Há profissionais que chegam a citar pós graduação na área, mas e os investimentos locais têm acontecido? Além disso, é válido ainda questionar a respeito das formações desses profissionais na atuação junto ao público infantil em sofrimento psíquico, com características diversas do desenvolvimento infantil.

Outro ponto importante a ser destacado é que analisando amplamente o trabalho realizado no CAPSi, relembra-se o que Neves e Damiani (2006) apontam da teoria sócio-histórica de Vigotski de considerar não apenas a questão biológica do ser humano mas também o a realidade social, em que as pessoas transformam a realidade e são transformadas por essa. No CAPSi, essas crianças estão tendo uma oportunidade diferente das que não o frequentam, como é dito até mesmo nas entrevistas sobre a importância da assiduidade, mas há de serem lançados novos desafios para que essa transformação seja mais impactante e inclusive mais perceptível. Há um universo social a ser explorado com essas crianças nesse CAPSi.

De modo geral, esse estudo levou a pensar que esse CAPSi precisa de maior investimento, a Equipe é muito reduzida para atender a uma demanda tão diversa e alta com uma infraestrutura precária. Sempre há um discurso de que vão alugar outro espaço, mas esse novo espaço nunca é devidamente encontrado. Os profissionais, apesar de relatarem que gostam de atuar não parecem motivados para essa atuação, inclusive pelo baixo salário que recebem.

Esse estudo de saúde mental infantil relacionada ao desenvolvimento social merece maiores estudos, pois o próprio debruçamento sobre CAPSi ainda não tem sido altamente explorado, e relacionado ao desenvolvimento parece algo inovador. Há uma necessidade de se falar da própria infância que está sendo aqui considerada no contexto de CAPSi. Ao considerar as particularidades dessa infância, considerase também esse momento de desenvolvimento, que merece ser estimulado também nesse cenário. O CAPSi não deve esperar que a escola ou a família preocupem-se exclusivamente com o desenvolvimento dessa criança, mas deve também se colocar como ativo nesse processo.

Percebe-se que as discussões realizadas nesse trabalho são muito atuais, há uma necessidade de se falar da terceirização infantil que acompanha essa modernidade, e do movimento de medicalização dessa infância. Enquanto existem realmente muitos transtornos, muitas crianças estão sendo medicalizadas indevidamente. Há uma aposta de que a infância tem adquirido sentidos de invisibilidade frente à sociedade contemporânea. A criança que já foi anteriormente tão paparicada, tão percebida como necessitada de ensinamentos, hoje é uma infância cada vez mais solitária. Que crianças serão a de um futuro próximo? Se hoje já se tem avanços em existir o CAPSi, espera-se que esse tenha maior planejamento e que possa cada vez mais realizar um trabalho que seja relevante tanto para as crianças, como as suas famílias. Sendo assim, espera-se que esse trabalho possa contribuir para essas discussões e pesquisas na área, e que tenha um impacto também no próprio serviço com o retorno da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M.A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006. Disponível em :

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v10n20/03.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2016.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil**. 2a Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

AGUIAR, W. M. J. ; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília , v. 94, n. 236, abril.2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-66812013000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812013000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 26, n. 2, junho 2006 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200006&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 20 abr. 2016.

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

BOARINI, M.L. Atenção a saúde mental:um novo olhar. IN: \_\_\_\_\_, **Desafios na Atenção a Saúde Mental**.Maringá: Eduem, 2011.p.127-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF:Editora do Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, 2005– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012**. Acessado em: 15/03/2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.**Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS : tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível

em:<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 04 de Janeiro de 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 6949, de 25 de agosto de 2009.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)> Acesso em: em 26 mar.2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 10.216 de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Acessado em 15\03\2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática.- Brasília: Ministério da Saúde, 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.** Brasília, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf).> Acesso em: 20 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Republicado em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 30 abr. 2016.

CARLO, M.M.R.P. **Se essa casa fosse nossa... Instituições e processos de imaginaçãona educação especial.** São Paulo: Plexus Editora, 2001.

CAVALCANTE, T. C. F.; FERREIRA, S. P. A. Impedimentos cognitivos e a acessibilidade comunicacional na escola: contribuições da obra de Vygotsky. **Ciências e cognição**, v. 16, n. 3, dez. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v16n3/v16n3a05.pdf>> Acesso em 20 abr. 2016

CAVALCANTE, T.C.F.; SANTA-CLARA, A. Acessibilidade comunicativa de pessoas com síndrome de down através de atividades argumentativas. In: MOUTINHO, K.; VILLACHAN-LYRA, P.; SANTA-CLARA, A. (Org.). **Novas tendências em psicologia do desenvolvimento:** Teoria, Pesquisa e Intervenção. Recife: FASE editora. 2010.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a Campanha Não à medicalização da vida. Medicalização da educação.** Disponível em:

[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf). Acesso em 30 abr. 2016.

COUTO, M. C. V; DUARTE, C. S; DELGADO, P.G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 30, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016.

DELFINI, P. S. S. et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**19(2): p. 226-236. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/04.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016.

DIMENSTEIN, M. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 24, n. 4, p. 112-117, dez. 2004 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 abr 2016.

FÉLIX, L. B. **O Cuidado a Saúde Mental na Infância. Entre Práticas e Representações Sociais.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife – PE, 2014

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos clin.** [online]. 2013, vol.18, n.1, p. 153-165 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 abr. 2016

KASSAR, M. de C. M. Marcas da História Social no Discurso de um Sujeito: Uma Contribuição para a Discussão a Respeito da Constituição Social da Pessoa com Deficiência. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 20, n. 50, abr.2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v20n50/a04v2050.pdf>> Acesso em 20 abr. 2016.

KRAMER , S. A política do pré-escolar no Brasil a arte do disfarce. RJ. Achamé, 1982. Cap1: Infância e Sociedade: o conceito de infância. p. 15-28.

LUZIO,C.A. Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil.In BOARINI, M , L. **Desafios na Atenção a Saúde Mental.**Maringá: Eduem, 2011.p.145-174.

MARTINS FILHO, J. **Acriança terceirizada. Os descaminhos das relações familiares no mundo contemporâneo.** 6. Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2014.

MIELKE, F.B, KOHLRAUSCH E, OLSCHOWSKY A, SCHNEIDER J. F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):761-5 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>. Acesso em 20 abr. 2016.

NEVES, R.A; DAMIANI, M.F. Vygotsky e as teorias da aprendizagem. **UNI revista**, v. 1, n° 2, abril. 2006. Disponível em:  
<<http://www.miniweb.com.br/educadores/Artigos/PDF/vygotsky.pdf>> Acesso em 20 abr. 2016

OLIVEIRA, M. K. Vygotsky e o Processo de formação de conceitos. In.: TAILLE, Y.de La.OLIVEIRA,M. K. DANTAS.H. **Piaget,Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão**. 26.ed.São Paulo:Summus, 1992, p. 23- 34.

OLIVEIRA, M.K. **Vygotsky: Aprendizado e Desenvolvimento, um Processo Sócio-histórico**. S.P.: Scipione, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

OPS/OMS. **Declaração de Montreal sobre a deficiência intelectual**. Montreal, 2004.

PALANGANA, I. C. Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky: a relevância do social. São Paulo: Plexus, 1994

RABELO, I. V. M.; TORRES, A. R. R. Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 23, n. 3, p. 219-228, Sept. 2006 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2006000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000300001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

RIZZINI, I. ; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil. Percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

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, p. 71-84, 2010 . Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872010000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2016.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M., Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 29, n. 4, p. 812, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000400012>.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental.**Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 34, p. 146-160, jun. 2011 . Disponível em  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 abr. 2016.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. v. 31, n. 1, jan./jul., p. 7-22. 2000.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão empowerment, sua história, teorias e estratégias.** São Paulo: Paulus, 2003.

VIGOTSKI, L. S. **A Formação social da mente,** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VIGOTSKI, L.S. **Imaginação e criatividade na infância.**São Paulo: Martins fontes, 2014.

VYGOTSKI, L.S. **Obras escogidas.(Blank, J.G., Trad.). Fundamentos de defectología.**Madrid: Visor, 1997. (Original publicado sd.).

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Roteiro para entrevista com profissional do CAPSi

#### **Dados Pessoais**

Nome:

Profissão:

Formação:

Idade:

Sexo:

Carga horária de trabalho:

#### **Sobre o trabalho...**

Que público é atendido?

Há quanto tempo trabalha no CAPSi ?

Por que trabalha no CAPSi ?

O que conhece da Política de Saúde Mental Infantil ?

Que atividades realizadas enquanto funcionário do CAPSi ?

Como percebe sua atuação no CAPSi ?

Qual impacto do CAPSi na relações sociais\ desenvolvimento social dessas crianças?

Como percebe sua atuação no desenvolvimento social desse público?

Como é a relação dos profissionais com a família dos usuários no que se refere ao desenvolvimento social ?

O CAPSi cumpre seu papel?

Como você concebe o desenvolvimento infantil no contexto de CAPSi?

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Programa de Pós - Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

Convidamos

o

(a)

Sr(a).....  
 , a participar como voluntário(a) do estudo “Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco”. Esta pesquisa é de responsabilidade da Pesquisadora Laís Duarte Ferrari da Rocha E-mail: [laisdfr@hotmail.com](mailto:laisdfr@hotmail.com), Telefone para contato: (87) 8804-3499, Universidade Federal De Pernambuco. Endereço: Av das Arquiteturas, s/n - Cidade Universitária (Campus Recife)50.740-560 - Recife – PE, mestranda em Psicologia, pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), da Universidade Federal de Pernambuco. Esta Pesquisa está sob orientação da professora Tícia Cassiany Ferro Cavalcante Email: [ticiaferro@hotmail.com](mailto:ticiaferro@hotmail.com) Telefone para contato: (81) 99769689.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

1) Que o estudo se destina a analisar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social da criança usuária.

2) Que a importância deste estudo é entender a dinâmica dos CAPSi e sua colaboração no desenvolvimento social e empoderamento das crianças que fazem uso deste serviço.

3) Que para a sua realização, serão utilizadas: uma entrevista semi-estruturada; a análise dos documentos do serviço e os prontuários das crianças usuárias; e videografias das atividades realizadas com as crianças.

4) Que o principal resultado que se deseja alcançar é entender como os aspectos relacionados ao desenvolvimento social na infância estão presentes nas atividades realizados no serviço.

5) Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco.

6) Participarei de um estudo que consiste em videografias das atividades realizadas no CAPSi, de uma entrevista com roteiro semi-estruturada e de uma análise dos documentos do serviço.

7) Os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: possíveis constrangimentos na entrevista e na filmagem das atividades. Que, diante disto, a pesquisadora proverá toda assistência para minimizar os constrangimentos e deixará os voluntários livres para desistir da pesquisa no momento que desejarem. Que, para preservar a identidade e privacidade do sujeito da pesquisa, seus nomes não serão revelados e serão identificados através de um nome fictício.

8) Os benefícios que deverei esperar com a participação serão entender como ocorre o desenvolvimento social na infância. Além disso, terá como benefício a possibilidade de estar colaborando com a pesquisa científica.

9) Durante a realização da pesquisa será fornecida qualquer assistência que necessitar por decorrência da minha participação e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

10) A qualquer momento, eu poderei recusar a continuação da minha participação no estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

11) As informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

12) Eu não terei nenhum tipo de despesa com a minha participação nesse estudo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa com entrevistas, filmagens e anotações retiradas dos documentos ficarão armazenados computador pessoal e em DVD, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço (acima informado), pelo período de mínimo 5 anos.

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

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

---

Assinatura da pesquisadora

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.**

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: Assinatura:

Nome: Assinatura:

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Programa de Pós - Graduação em Psicologia – Mestrado em Psicologia

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**

(Em 2 vias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”*

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) {ou menor que está sob sua responsabilidade} a participar como voluntário (a) do estudo: “Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco”. Esta pesquisa é de responsabilidade da Pesquisadora Laís Duarte Ferrari da Rocha E-mail: [laisdfr@hotmail.com](mailto:laisdfr@hotmail.com), Telefone para contato: (87) 8804-3499, Universidade Federal De Pernambuco. Endereço: Av das Arquiteturas, s/n - Cidade Universitária (Campus Recife) 50.740-560 - Recife – PE, mestranda em Psicologia, pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), da Universidade Federal de Pernambuco. Esta Pesquisa está sob orientação da professora Tícia Cassiany Ferro Cavalcante Email: [ticiaferro@hotmail.com](mailto:ticiaferro@hotmail.com) Telefone para contato: (81) 99769689.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será

possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

- 1) Que o estudo se destina a analisar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social da criança usuária.
- 2) Que a importância deste estudo é entender a dinâmica dos CAPSi e sua colaboração no desenvolvimento social e empoderamento das crianças que fazem uso deste serviço.
- 3) Que para a sua realização, serão utilizadas: uma entrevista semi-estruturada; a análise dos documentos do serviço e os prontuários das crianças usuárias; e videografias das atividades *realizadas* com as crianças.
- 4) Que o principal resultado que se deseja alcançar é entender como os aspectos relacionados ao desenvolvimento social na infância estão presentes nas atividades realizados no serviço.
- 5) Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados com a participação do meu filho serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco.
- 6) Que meu filho participará do estudo que consiste em videografias das atividades realizadas no CAPSi.
- 7) Que os possíveis riscos à saúde física e mental do meu filho são: possíveis constrangimentos diante das atividades realizadas e da filmadora. Que, diante disto, a pesquisadora proverá toda assistência para minimizar os constrangimentos e deixará os voluntários livres para desistir da pesquisa no momento que desejarem. Que, para preservar a identidade e privacidade do sujeito da pesquisa, seus nomes não serão revelados e serão identificados por nomes fictícios.
- 8) Que os benefícios que deverei esperar com a participação serão entender como ocorre o desenvolvimento social na infância. Além disso, terá como benefício a possibilidade de estar colaborando com a pesquisa científica.

9) Que durante a realização da pesquisa será fornecida qualquer assistência que necessitar por decorrência da sua participação e, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

10) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuação da participação do menor no estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

11) Que as informações conseguidas através da participação do meu filho não permitirão a identificação dele, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

12) Que eu não terei nenhum tipo de despesa com a participação do meu filho nesse estudo.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa com filmagens e anotações retiradas dos prontuários e documentos do serviço, ficarão armazenados no computador pessoal e em DVD, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço (acima informado), pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).**

---

Assinatura da pesquisadora

**CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo “Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco”, como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do (da) responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.** 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:           Assinatura:

Nome: Assinatura

# ANEXOS

**ANEXO A****(timbre da cidade em que foi realizada a pesquisa)**

Secretaria Municipal de Saúde

**AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS**

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Laís Duarte Ferrari da Rocha, o acesso aos documentos do serviço e os prontuários do Centro de Atenção Psicossocial CAPSi ( nome do CAPSi), sito à rua (endereço do CAPSi) - PE para serem utilizados na pesquisa: Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco, que está sob a orientação da Profa. Tícia Cassiany Ferro Cavalcante. Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

---

(Representante da Secretaria de Saúde da cidade em que foi realizada a pesquisa)

## ANEXO B

(timbre da cidade em que foi realizada a pesquisa)

Secretaria Municipal de Saúde

### CARTA DE ANUÊNCIA

Assunto: Autorização para realização de pesquisa.

Autorizo a mestrandia do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Laís Duarte Ferrari da Rocha, a desenvolver o seu projeto de pesquisa intitulado: **Desenvolvimento Social na Infância no Contexto de um CAPSi em um Serviço do Interior de Pernambuco**, sob a orientação da Professora Tícia Cassiany Ferro Cavalcante no Centro de Atenção Psicossocial CAPSi (nome do CAPSi); sito (endereço do CAPSi) - PE, no período de agosto a dezembro de 2015, onde se efetivará através de coleta de dados.

Declaro ainda estar ciente, da natureza, dos objetivos e da metodologia da pesquisa, saber que a mesma não trará ônus para esta instituição e que nos são assegurados os requisitos abaixo:

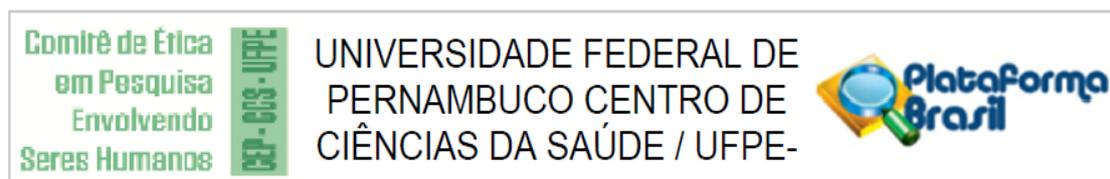
- I- O cumprimento dos procedimentos adotados incluirá os cuidados necessários as determinações éticas da resolução 466/12 CNS/MS;
- II - A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- III - No caso de descumprimento dos itens supracitados, tem-se a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, aceitando fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento.

(cidade), em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

(Representante da Secretaria de Saúde da cidade em que foi realizada a pesquisa)

## ANEXO C



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO SOCIAL NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DE UM CAPSi EM UM SERVIÇO DO INTERIOR DE PERNAMBUCO

**Pesquisador:** Laís Duarte Ferrari da Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 44987815.6.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.134.803

**Data da Relatoria:** 01/07/2015

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de mestrado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia, que está sob a orientação da professora doutora Ticia Cassiany Ferro Cavalcante.

O estudo aborda o desenvolvimento social de crianças assistidas em um Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) (nome do CAPSi-localização- dados suprimidos pela pesquisadora na dissertação), interior do Estado de Pernambuco

Farão parte da amostra 20 participantes, onde 10 são crianças que frequentam a instituição e 10 profissionais que trabalham naquele local.

Os profissionais serão submetidos a uma entrevista, por meio de um questionário semiestruturado. Estas entrevistas serão gravadas para futura análise.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

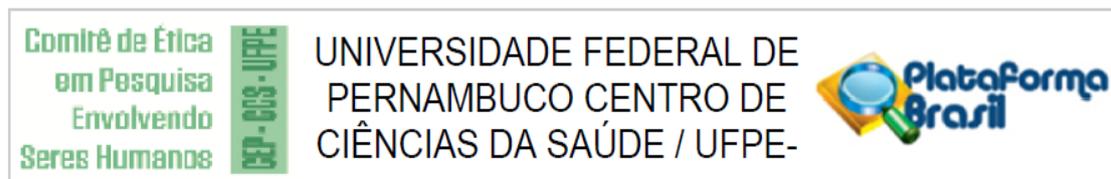
**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.134.803

Já as crianças serão avaliadas por meio de filmagem de atividades que já são desenvolvidas com as crianças no CAPSi, com o objetivo de entender como se oportuniza o desenvolvimento social na infância e o empoderamento dos usuários deste serviço.

No início da coleta de dados será realizada uma pesquisa documental com a intenção de complementar as informações acerca das características dos serviços ofertados que favoreçam o desenvolvimento infantil.

A pesquisa seguirá a metodologia pautada na Psicologia sócio-histórica, que busca sentido nos relatos dos participantes em questão.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Geral

Analisar como os CAPSi colaboram com o desenvolvimento social da criança usuária. Específicos

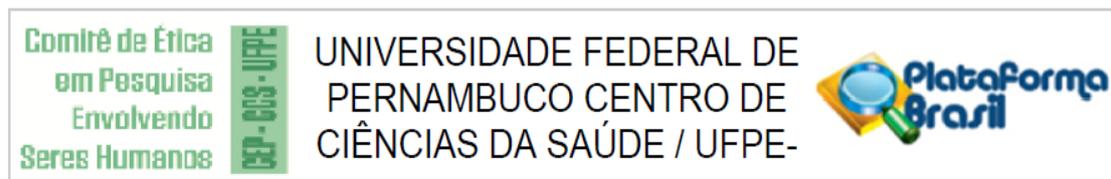
- Traçar o perfil das crianças usuárias de um CAPSi;
- Identificar quais os procedimentos realizados no contexto desse CAPSi e como eles permitem o desenvolvimento e empoderamento da criança usuária;
- Analisar a concepção dos profissionais dos CAPSi acerca da contribuição da sua prática profissional no desenvolvimento social dessas crianças nesse cenário.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Esse estudo tem como possíveis riscos à saúde física e mental dos participantes possíveis constrangimentos frente à participação nas entrevistas e filmagens. Diante disso a pesquisadora fornecerá toda assistência possível para reduzir qualquer tipo de constrangimento e também sempre deixará a livre participação dos voluntários podendo esses desistir de participar a qualquer momento da pesquisa.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.134.803

#### Benefícios:

Os benefícios que se pode esperar com a participação nessa pesquisa será entender como ocorre o desenvolvimento social na infância. O estudo traz ainda como benefício a possibilidade de estar colaborando com a pesquisa científica.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Entendendo a importância do estudo sobre o desenvolvimento social de crianças assistidas em CAPSi infantil, faço algumas considerações para uma melhor compreensão do estudo:

1. A autora não refere na metodologia o local do estudo. No decorrer do projeto diz que o estudo será realizado em um CAPSi do interior do Estado de Pernambuco; Sugiro identificar o CAPSi e o local onde ele se encontra (cidade e Distrito Sanitário);
2. No tópico riscos e benefícios, sugiro afirmar que o benefício será entender como acontece o desenvolvimento social da criança assistida naquele CAPSi, local do estudo;
3. Creio que seja interessante referir que os profissionais que serão avaliados são os de nível superior;
4. Deixar claro no projeto, no tópico coleta de dados, que os participantes serão considerados incluídos na pesquisa quando os próprios ou seus responsáveis legais tiverem assinado o TCLE;
5. Refazer no TCLE aplicado aos profissionais o item 5 (informações sobre a pesquisa) - Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados com a participação do meu filho serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco. Sugestão: Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco.

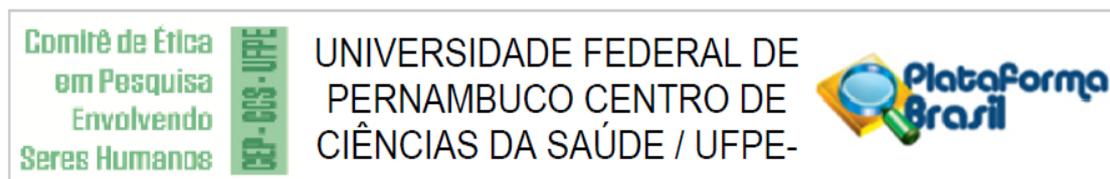
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nenhuma

#### Recomendações:

1. A autora não refere na metodologia o local do estudo. No decorrer do projeto diz que o estudo será realizado em um CAPSi do interior do Estado de Pernambuco; Sugiro identificar o CAPSi e o local

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.134.803

onde ele se encontra (cidade e Distrito Sanitário);

2. No tópico riscos e benefícios, sugiro afirmar que o benefício será entender como acontece o desenvolvimento social da criança assistida naquele CAPSi, local do estudo;
3. Creio que seja interessante referir que os profissionais que serão avaliados são os de nível superior;
4. Deixar claro no projeto, no tópico coleta de dados, que os participantes serão considerados incluídos na pesquisa quando os próprios ou seus responsáveis legais tiverem assinado o TCLE;
5. Refazer no TCLE aplicado aos profissionais o item 5 (informações sobre a pesquisa) - Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados com a participação do meu filho serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco. Sugestão: Que este estudo ocorrerá entre o período agosto a dezembro de 2015 e os dados gerados serão guardados na sala 112 do Centro de Educação da Universidade Federal de Pernambuco.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

#### **Situação do Parecer:**

Aprovado

#### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

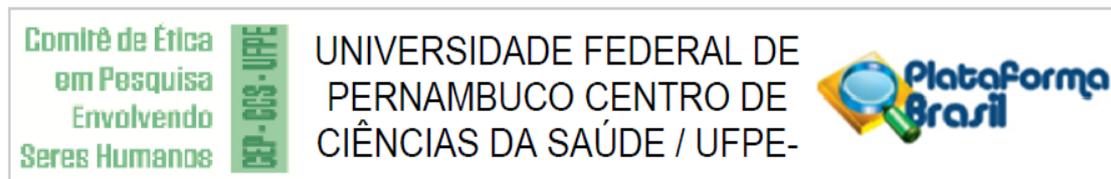
**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.134.803

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 02 de Julho de  
2015

---

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES**  
**MONTENEGRO**

**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

## ANEXO D

## TRIAGEM

Número do cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Prontuário nº \_\_\_\_\_

Data do atendimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_

Encaminhamento: ( ) Espontâneo ( ) ESF ( ) Conselho Tutelar ( ) Outros

USUÁRIO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Informações adicionais: \_\_\_\_\_

## 1. Exame Psíquico:

Aparência: \_\_\_\_\_

Consciência: \_\_\_\_\_

Memória: \_\_\_\_\_

Linguagem: \_\_\_\_\_

Sensopercepção: \_\_\_\_\_

Pensamento: \_\_\_\_\_

Orientação: \_\_\_\_\_

Juízo Crítico: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

PE \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

RG: \_\_\_\_\_



## ANEXO F

## TERMO DE READMISSÃO

Número do cartão do SUS: \_\_\_\_\_ Prontuário n° \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ TÊC. DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DO AFASTAMENTO:

---

---

---

---

MOTIVO DA READMISSÃO:

---

---

---

---

ENTRADA EM OUTROS SERVIÇOS:

---

---

---

ENCAMINHAMENTOS

---

---

PE \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO G

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi - é um dispositivo de assistência à saúde mental de crianças e adolescente até 17 anos e 11 meses com transtornos mentais ou usuários de substâncias psicoativas, bem como de seus familiares, objetivando planejar estratégias de prevenção, tratamento e reinserção social de seus usuários. Assistência prestada por equipe multidisciplinar composta por médico, psicólogo, enfermeiro, pedagogo, assistente social, técnico em enfermagem, dentro outros profissionais de nível médios capacitados para dar suporte e qualidade ao serviço, como preza a Secretaria Municipal de Saúde de

### REGIMENTO INTERNO

Este documento acordo os direitos e deveres dos usuários do serviço e seus familiares dentro da instituição ou em atividades extramuros com a finalidade de garantir a saudável convivência de seus usuários, familiares e profissionais que prestam o serviço.

#### 1. ADMISSÃO

Ao chegar ao serviço, o potencial usuário poderá ser submetido à uma entrevista individual que avaliará se o usuário tem perfil para ser acompanhado pelo CAPSi. Posteriormente o usuário será elencado em atividades propostas pelo serviço a partir da indicação do projeto terapêutico elaborado pela equipe.

**Todos os usuários por serem menores de 18 anos deverão estar acompanhados pelos responsáveis.**

Todos os usuários deverão estar devidamente matriculados na escola. O CAPSi poderá acompanhar a frequência escolar junto à secretaria de educação.

1.1 Os usuários do serviço deverão cumprir os horários de chegada 08:00h no período matutino e 14:00h no período vespertino com tolerância máxima de 20 minutos) e saída de 12:00h e 17:00 de acordo com a especificação da modalidade do Projeto Terapêutico Singular.

1.2 O CAPSi não se responsabiliza por objetos trazidos para o serviço pelos usuários ou responsáveis, caso haja extravio ou dano.

1.3 É terminantemente PROIBIDO uso de qualquer substância psicotrópica no CAPSi ou em locais extramuros quando atividade acontecer com usuários do serviço.

1.4 É terminantemente proibido portar qualquer tipo de arma (branca, de fogo, etc) ou qualquer objeto perfuro cortante, que possa vir a ferir o próximo.

1.5 Os usuários do CAPSi e/ou seus acompanhantes poderão ter bolsas revistadas ao deixar a instituição.

1.6 Os telefones celulares não deverão ser usados durante realização das atividades propostas, devendo estar desligado.

1.7 Visitantes, familiares, usuários do CAPSi deverão tratar com respeito os demais, posicionando-se com postura sigilosa sobre tudo que acontece no interior da instituição.

1.8 O usuário não deve estar sob o efeito de nenhuma droga no momento em que adentrar o serviço.

1.9 É terminantemente PROIBIDO comércio de qualquer tipo de droga ou armas no interior do CAPSi.

1.10 Usuários encaminhados pelos Ministérios Público, Poder Judiciário, CREAS ou qualquer outro serviço do Sistema de Garantia de Direitos para execução de medidas sócio-educativas ou liberdade assistida poderão ser submetidos à relatórios de frequência, permanência, comportamento, aptidões e atividades desenvolvidas pelo usuário junto ao CAPSi.

1.11 Respeito mútuo e colaboração com o serviço é condição essencial para boa convivência e assistência.

#### 2. ALTA

##### 2.1 ALTA INSTTUCIONAL

- a) Melhoria clínica significativa que deve ser discutida e definida pela equipe;
- b) A pedido do usuário ou familiares, o que implica na assinatura de termo de desligamento;
- c) Abandono pelos usuários ao serviço prestado.

- **Intensivo** – quando usuário se ausentar por 15 dias úteis sem justificativa prévia;
- **Semi-intensivo** – se afastar por 25 dias úteis consecutivos sem justificativa prévia;
- **Não Intensivo** – faltar pelo menos três meses consecutivos sem justificativa prévia.

#### ADMINISTRATIVA

- a) Usuário ou acompanhantes que estiver portando qualquer substância psicoativa (exceto cigarro licitamente comercializado) no interior da instituição;
  - b) Usuários ou acompanhantes que estiver portando qualquer tipo de arma o interior da sede ou no momento das atividades extramuros;
  - c) Usuário que desrespeitar a equipe técnica do CAPSi ou os demais usuário do serviço, proferindo agressões verbais, qualquer tipo de agressão física ou psicológica, em forma de intimidação, perseguição ou ameaças;
  - d) O usuário deve respeitar propostas de tratamento e participação das atividades ofertadas, ou poderá ser penalizado com advertência, suspensão ou alta;
  - e) Praticar ato de vandalismo na sede, com objetos de seu interior ou contra pertences de técnicos ou usuários;
  - f) Ausentar-se da instituição sem acordo prévio;
  - g) Descumprir as normas de funcionamento;
  - h) Somar três advertências, uma suspensão e repetir um descumprimento;
  - i) *Impedir o bom funcionamento do serviço.*
- 2.3 O Usuário que tiver alta poderá ser readmitido no serviço mediante aceitação prévia pela equipe e assinatura do termo de readmissão. Poderá ocorrer readmissão de usuários, mediante comprovada necessidade.

### 3. REFEIÇÕES

As refeições são resguardadas para os usuários do serviço, não sendo obrigação do serviço oferecer refeições aos acompanhantes. É ofertada uma refeição para o paciente que permanecer quatro horas no serviço mediante seu PTS e duas para os que permanecerão oito horas no serviço.

### 4. PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

- 4.1 Os familiares devem ter compromisso com o tratamento de seus dependentes, resguardando a obrigação de respeito aos acordos estabelecidos.
- 4.2 Responsáveis devem participar das reuniões, eventos, oficinas ou assembleias quando solicitados.
- 4.3 A família deve atender as solicitações da equipe quando solicitada a apoiar, incentivar ou estabelecer respeito às propostas terapêuticas.
- 4.4 É responsabilidade da família entregar as cópias dos documentos do usuário e do responsável legal no ato de admissão no serviço.
- 4.5 O responsável tem o dever de assinar o termo de admissão, este Regimento Interno e os demais documentos que se fizerem necessários.

### 5. CONTRATO

Atesto que estou ciente dos termos deste Regimento Interno, comprometendo-me a acatar as regras de funcionamento acima descritas.

PE. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Usuário quando maior de 14 anos

\_\_\_\_\_  
Responsável

\_\_\_\_\_  
Técnico.