



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE AS PRÁTICAS
DE REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO**

**SÃO LUÍS
2018**

ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE ÀS PRÁTICAS DE
REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosilda Silva Dias

SÃO LUÍS
2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Silva, Eclésia Kauana dos Santos.

Percepção dos familiares frente às práticas de
reabilitação e ressocialização / Eclésia Kauana dos Santos
Silva. - 2018.

85f.

Orientador(a): Rosilda Silva Dias.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís -
MA, 2018.

1. Capsi. 2. Família. 3. Percepção. 4.
Reabilitação. 5. Ressocialização.

I. Dias, Rosilda Silva. II. Título.

ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE ÀS PRÁTICAS DE
REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em 19 de dezembro de 2018.

Nota: 9,8

Banca examinadora:

Prof^a. Rosilda Silva Dias (Orientadora)
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Elza Lima da Silva (1^a examinadora)
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Santana de Maria Alves de Sousa (2^a examinadora)
Doutorado em Ciências Sociais
Universidade Federal do Maranhão

Dedico este trabalho a Deus, assim como tudo que fiz e faço. Este é mais uma etapa de todos os planos que Ele traçou em minha vida! “Tu és o meu Deus; graças te darei. Ô meu Deus, eu te exaltarei” (Salmos 118: 28).

Dedico aos meus pais Ana Cláudia Costa dos Santos Andrade e Francisco Edson Ferreira da Silva, pela luta diária por minha educação, ao meu padrasto Allonso Carvalho Andrade que me assumiu como filha, aos meus irmãos Lucas D’Luca dos Santos Andrade e Allonso Zenite dos Santos Andrade, por serem as alegrias de minha vida, ao meu esposo, amigo, Mateus dos Santos Rodrigues, que não mediu esforços para estar comigo desde o início dessa árdua jornada, aos meus avós, Albertina Costa dos Santos e Raimundo Nonato Costa dos Santos, por todo amor e carinho. Faço parte de uma linda família.

Dedico, também, à todas as famílias, principalmente, àquelas que têm enfrentado lutas diárias para manter a saúde de seus filhos. Desejo que esta pesquisa contribua para um olhar atento e um cuidado especial a pessoa em sofrimento psíquico.

AGRADECIMENTOS

À Deus Pai, Criador do céu e da terra toda honra e toda glória, que me deu forças dia após dia nesse sonho de ser Enfermeira, que acalmou meu coração nos momentos de aflição, que me amou como filha, mesmo eu não merecendo. Eu te amo e te louvo meu Senhor, a ti eu entrego minha vida e todos os frutos bons que ao teu lado pude conquistar.

A minha mãe Ana Cláudia Costa dos Santos Andrade e aos meus dois pais Francisco Edson Ferreira da Silva (biólogo) e Allonso Carvalho Andrade (criação), Deus não poderia ter sido tão fiel a mim quando me fez ter vocês como inspirações. Vocês fizeram de mim uma filha amada e não há palavras que traduzem todo o sacrifício e luta diária para realizarem esse sonho ao meu lado, tenho a honra de ter os melhores pais que uma filha poderia ter.

Aos meus irmãos Lucas D'Luca Andrade e Allonso Zenite Andrade, quando vocês surgiram eu tive mais certeza ainda do amor de Deus, aprendi a ser mãe, enfermeira e principalmente irmã, a dividir, a proteger, a cuidar, a amar. Vocês são os sorrisos mais lindos, os abraços mais quentes e os beijos mais sinceros.

Ao meu esposo Mateus dos Santos Rodrigues por toda compreensão, todo amor, todo aconchego e toda palavra positiva, principalmente quando eu chorava imaginando que não conseguiria, ao seu lado esses cinco anos se tornaram mais fáceis, você é parte fundamental de todos os sonhos que conquistamos juntos, obrigada por existir, obrigada por me amar.

Aos meus avós maternos Albertina Costa dos Santos e Raimundo Nonato Costa dos Santos e minha avó paterna Alzira Ferreira da Silva Gomes (in memoriam), vocês são as melhores lembranças de minha infância, a melhor comida, a melhor casa, as melhores histórias. Meus avós como eu os amo, como sou grata por todos.

Aos meus sogros Raimunda Nonata dos Santos Rodrigues e José Guimarães Viana Rodrigues por ao longo desses anos terem me acolhido como uma filha, por todo apoio, carinho, respeito, amor e compreensão, por não terem medido esforços para estenderem a mão a mim e a seus filhos em todos os momentos, tenho grande gratidão por tudo que fizeram a mim.

Aos meus tios Edna Maria Pereira Gomes e Raimundo Ferreira da Silva

Gomes e por terem me acolhido quando me mudei para esta cidade em busca da realização deste sonho, por todo carinho, compreensão e por nunca esquecerem de mim como filha.

À Universidade Federal do Maranhão, por oportunizar-me uma graduação de qualidade e excelência, onde o tripé ensino, pesquisa e extensão fez-se primordial para minha formação profissional e pessoal.

À minha orientadora, Professora Dra. Rosilda Silva Dias que acolheu-me em todos os momentos desta graduação com um sorriso no rosto e uma palavra positiva, a ela que me apresentou um universo extenso e incrível que a pesquisa em Enfermagem possibilita, que mostrou-me que o ensino vai além das paredes de concreto da Universidade, obrigada pela sua dedicação, sabedoria, carinho e paciência que permitiu-me realizar esta pesquisa e concluir a graduação como sempre sonhei.

As Professoras, Dra. Elza Lima da Silva e Dra. Santana de Maria Alves de Sousa por estarem comigo nesse momento participando da minha banca e contribuindo no desenvolvimento desta pesquisa.

A Professora Dra. Tereza Viveiros Martins por apresentar-me o tema desta pesquisa, aguçando meu interesse em realizar uma pesquisa com uma abordagem que vai além dos cuidados direto ao paciente, as famílias e nunca desistir que ela acontecesse.

A Professora Dra. Rita Carvalhal que deu forma a esta pesquisa, que sempre esteve a disposição nas minhas dúvidas e indagações e compartilhou comigo sua inteligência, sabedoria, comunicação e principalmente fé, a senhora é luz.

Ao corpo docente do Curso de Enfermagem que com dedicação, prestez e competência contribuem na construção de conhecimento científico e técnico apoiando numa formação acadêmica de excelência.

As minhas amigas, Apoliana Sousa, Gilgyane Malheiros, Rayssa Amancio, Sabrina Abtibol e Thyara Simões por desde nossos tempos de escola serem as melhores amigas, por juntas tentarmos mudar o mundo com cada ação social, por cada abraço, cada beijo, amigas fieis, compreensivas da minha ausência e que sempre alegraram-se das conquistas de cada uma, ao nosso grupo eu brindo o valor de uma amizade tão verdadeira e duradoura, que Deus nos persevere juntas.

Aos meus amigos, Elouise Rayanne Vasconcelos, Antônio Ericeira, Luana Melo, Estela Cunha, Maria da Conceição Carvalho e Jessica Rayane Ferreira, amigos estes que a Enfermagem me presenteou, que compartilharam comigo tantos momentos bons e ruins, por cada palavra de motivação, abraços e confraternizações, juntos compreendemos o real sentido de amizade, quando a alegria e realização do outro também é nossa alegria e realização.

Ao meu grupo de estágio, Edna Rayane Borges, Elaine Gladys Vianna, Eudijéssica Melo, Ilkeline Freitas, Jeane França e Laryssa Guimarães que nesse ano convivendo diariamente compartilhamos memórias inesquecíveis, obrigada por me alimentarem e nunca deixar esquecer-me da força da mulher que cada uma carrega consigo, vocês serão inesquecíveis na minha vida e minha casa estará de portas abertas para todas, a experiência e conhecimento de cada uma foi fundamental para que esse grupo nunca passasse despercebido ao longo de nosso estágio.

A todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a realização deste sonho.

Obrigada!

“Não é a nossa condição, mas a índole da nossa alma que nos torna felizes.”

(Voltaire)

RESUMO

Introdução: As transformações processadas na assistência na área da saúde mental orientam que a pessoa com transtorno mental seja reinserida na sociedade. Nesse sentido, a família assume papel importante nessa perspectiva, pois passa a ser percebida e inserida no processo de socialização da pessoa com transtorno mental, assumindo responsabilidade e compromisso no tratamento. Objetivo: conhecer a percepção dos familiares de clientes de Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil frente às práticas de reabilitação e ressocialização. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa apoiada na Análise de Conteúdo, este delimitado na análise temática e unidades de registros sendo um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos das comunicações para obter descrição do conteúdo das mensagens. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual aberta, com perguntas norteadoras e circulares, após parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o Parecer nº 2.965.571 e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Participaram da pesquisa mães de crianças e adolescente da unidade que frequentaram por no mínimo 6 meses; o estudo constituiu-se de um *corpus* definido por 10 entrevistas das quais foram extraídas 102 unidades de registro e quatro temas. Resultados e Discussão: A análise temática mostra as mães mais participantes possuem melhor esclarecimento do reabilitar e ressocializar, seus filhos obtiveram grande melhora com o passar dos meses na instituição, todas as entrevistadas expressam gratidão a equipe multiprofissional pelo trabalho realizado, bem como suas visões de melhora para essas ações, expressam ainda seus medos, anseios e o preconceito imposto pela sociedade. Considerações Finais: As práticas dos profissionais percebidas pelas mães tornaram-se parte do processo de reabilitar e ressocializar, melhorando o desempenho social e interativo das crianças e adolescentes. Assim, os profissionais de saúde devem ampliar o olhar, contemplando os familiares. A pesquisa aponta subsídio para o trabalho da saúde mental na família, cujo o processo de reabilitar e ressocializar valorize a participação familiar para atingir o êxito.

Palavras-chave: Capsi; Família; Percepção; Reabilitação; Ressocialização.

ABSTRACT

Introduction: The transformations processed in mental health care guide the person with mental disorder to be reinserted in society. In this sense, the family assumes an important role in this perspective, since it comes to be perceived and inserted in the process of socialization of the person with mental disorder, assuming responsibility and commitment in the treatment. Objective: to know the perception of the relatives of clients of the Child and Youth Psychosocial Care Center in face of rehabilitation and resocialization practices. Methodology: This is an exploratory descriptive study with a qualitative approach based on Content Analysis, this delimited in the thematic analysis and units of records being a set of techniques and systematic procedures of the communications to obtain a description of the content of the messages. The data were obtained by means of an open individual interview with guiding questions and circulars, after a consubstantiated opinion of the Ethics and Research Committee of the Federal University of Maranhão under Opinion nº 2,965,571 and signing of the free and informed consent term in two copies. Participants in the study were mothers of children and adolescents from the unit who attended for at least 6 months; the study consisted of a corpus defined by 10 interviews from which 102 recording units and four subjects were extracted. Results and Discussion: The thematic analysis shows that mothers who are more participants have a better understanding of rehabilitation and re-socialization, and that their children had a great improvement over the months in the institution, all interviewees express gratitude to the multiprofessional team for their work, as well as their visions of improvement for these actions, still express their fears, yearnings and the prejudice imposed by society. Final Considerations: The practices of professionals perceived by mothers have become part of the process of rehabilitation and resocialization, improving the social and interactive performance of children and adolescents. Thus, health professionals should widen their gaze by looking at family members. The research indicates a subsidy for the work of mental health in the family, whose rehabilitation and re-socialization process values family participation to achieve success.

Keywords: Capsi; Family; Perception; Rehabilitation; Resocialization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Mãe 1: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	33
Quadro 2 – Mãe 2: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	34
Quadro 3 – Mãe 3: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	35
Quadro 4 – Mãe 4: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	36
Quadro 5 – Mãe 5: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	37
Quadro 6 – Mãe 6: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	38
Quadro 7 – Mãe 7: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	39
Quadro 8 – Mãe 8: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	40
Quadro 9 – Mãe 9: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	41
Quadro 10 – Mãe 10: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018	42

Diagrama 1 – Hipóteses construídas no processo de análise. São Luís, Maranhão, 2018	44
Quadro 11 – Categorização dos dados brutos em Unidades de Registro. São Luís, Maranhão, 2018	47
Tabela 1 – Números das Unidades de Registro segundo cada entrevista realizada. São Luís, Maranhão, 2018	48
Figura 1 - Temas construídos e nomeados a partir dos dados e pelo método da Análise de Conteúdo. São Luís, Maranhão, 2018	50
Diagrama 2 – Eixos que estruturam a percepção dos familiares na reabilitação e ressocialização. São Luís, Maranhão, 2018	51
Diagrama 3 – Fatores de melhora no desenvolvimento das crianças e adolescentes. São Luís, Maranhão, 2018	56
Diagrama 4 – Hipóteses levantadas da estrutura física e pessoal do CAPSi. São Luís, Maranhão, 2018	64
Figura 2 – Palavras norteadoras para elencar o <i>bulling</i> . São Luís, Maranhão, 2018.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	–	Análise de Conteúdo
AD	–	Análise do Discurso
ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	–	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CEP	–	Comitê de Ética e Pesquisa
NAPS	–	Núcleo de Assistência Psicossocial
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SRTs	–	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMA	–	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Concepções da reforma psiquiátrica no Brasil e definição de cliente.....	22
3.2 Práticas de reabilitação e ressocialização no CAPSi.....	24
3.3 A importância da família na saúde mental.....	25
4 METODOLOGIA	27
4.1 Tipo, origem e natureza do estudo.....	27
4.2 Local do estudo.....	27
4.3 Participantes do estudo.....	28
4.4 Método	28
4.5 Técnica e instrumentos de pesquisa.....	28
4.5.1 Entrevista.....	28
4.5.2 Coleta de dados pela entrevista.....	29
4.6 Análise dos dados.....	30
4.7 Considerações éticas.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: descrição interpretativa dos fenômenos	50
TEMA 1 – Percepção dos familiares nas práticas de reabilitação e ressocialização e participação dos mesmos no Processo de cuidar dentro da saúde mental.....	51
TEMA 2 – Melhora do desenvolvimento pessoal da criança/adolescente no capsi.....	55
TEMA 3 – A estrutura física e pessoal do Capsi para o um bom aprendizado.....	64
TEMA 4 – Bulling e preconceito sofridos pela criança em sofrimento psíquico.....	66
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	78
APÊNCIDES.....	82

1 INTRODUÇÃO

Os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e a reorientação do modelo assistencial estão descritos na Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao longo desses 17 anos é notório seu potencial indutor de transformações e avanços no cenário assistencial do país (MACEDO, *et al.*, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, alcançou-se o índice de 86% da população coberta com serviços extra hospitalares, territoriais e de base comunitária. Logo, verifica-se mudanças no perfil dos hospitais psiquiátricos com incentivo financeiro para os de menor porte, redução drástica dos leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais psiquiátricos e a indicação de 10 hospitais psiquiátricos para descredenciamento no SUS a partir das avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH). Além disso, registra-se o repasse de recursos federais de incentivo financeiro para o desenvolvimento de estratégias de reabilitação psicossocial (trabalho, cultura e inclusão social) e em chamadas de fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência e, principalmente, por tornar possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida (MARZANO, 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiar suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrar essas pessoas a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Além disso, constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPS são instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos, antigos hospícios ou manicômios e de seus métodos para cuidar de doenças psiquiátricas, instituídos juntamente com os Núcleos de Assistência

Psicossocial (NAPS), por meio da Portaria/SNAS nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, atualizada pela Portaria nº 336 - 19 de Fevereiro de 2002, são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental.

Os CAPS assumem um papel estratégico de organização da rede comunitária de cuidados, com direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolve projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e realizando retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes do Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF) no cuidado domiciliar. Afim de que seus serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e ofereçam atendimento à população de sua área de abrangência com acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Outro fator importante é a criação de um ambiente de equidade entre os profissionais, usuários e familiares, importantíssimo para o desenvolvimento de um trabalho que vise a reintegração social dos acolhidos. O conceito de equidade aparece como princípio complementar ao da igualdade, e enfoca o tratamento às diferenças, em busca da igualdade de acesso e tratamento entre os indivíduos (BOTELHO, LIMA, 2015).

O modelo de assistência à saúde mental, fundamentado na exclusão do sujeito do convívio social com sua internação em hospitais psiquiátricos, mostrou sinais de esgotamento desde a década de 1970. Com os movimentos de crítica a esse modelo, surgiram documentos oficiais como a Declaração de Caracas e a Lei concernentes à Reforma da Atenção Psiquiátrica Contemporânea (SCHRANK G, OLSCHOWSKY, 2008).

Dentre esses documentos, destaca-se a Declaração de Caracas, que se relaciona à proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais e à necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos e, no Brasil, a Lei que trata da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dá prosseguimento às conquistas da Declaração de Caracas; essa Lei teve sua entrada no senado em 1989 pelo deputado Paulo Delgado que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, a mesma foi sancionada no país somente 12 anos depois, em abril de 2001. Defende o benefício à saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção da família no trabalho e na comunidade e enfatizando o uso de serviços comunitários em saúde mental e tratamento que visem à reinserção social de pessoas com transtorno mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009).

A atual política de saúde mental aponta para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com a pessoa com transtorno mental. Ganha destaque serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e redes de apoio, como associações de moradores de bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades (PITTA, 2011; GUIMARÃES, et al., 2010).

Os CAPS têm demonstrado efetividade no tratamento do transtorno mental aliando acompanhamento clínico e cuidados de reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho e ao lazer, bem como ao exercício dos direitos civis e a construção e reconstrução de laços familiares e comunitários (MARZANO, 2004).

Os serviços de saúde mental infanto-juvenis, dentro da perspectiva que hoje rege as políticas de saúde mental, devem assumir uma função social que extrapola o fazer meramente técnico do tratar, o que inclui ações como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos e melhorar a qualidade de vida das pessoas, tendo-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As transformações que estão se processando na assistência na área da saúde mental requerem que a pessoa com transtorno mental seja reinserida na sociedade. Neste sentido, a família assume importante papel nessa nova perspectiva, pois passa a ser percebida e inserida no processo de socialização da pessoa com transtorno mental e deve assumir responsabilidade e compromisso em participar ativamente do tratamento dessa pessoa (SANTOS *et al.*, 2016).

Tendo como questão de pesquisa a percepção que os familiares possuem frente às práticas de reabilitação e ressocialização em saúde.

Destarte, a família exerce papel de colaboradora e o espaço de convivência familiar se torna indispensável para o sucesso no processo de tratamento, recuperação e socialização do seu familiar com transtorno mental. Entretanto, é preciso considerar que a família vive em um determinado contexto, no qual suas potencialidades podem estar comprometidas e, assim, necessita igualmente ser cuidada para ser capaz de prover cuidado (AMARANTE, 2007; BRISCHILIARI *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2016).

No modelo atual, a política assistencial preconiza a diminuição da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos e incentiva a criação de serviços substitutivos de base comunitária como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e leitos psiquiátricos em hospital geral com o intuito de deslocar o segmento e evolução dos tratamentos para o contexto das dinâmicas familiares, mobilizadas pela inclusão das pessoas com transtorno mental (GUIMARAES *et al.*, 2015).

Segundo Kebbe, *et al.*, (2014) o envolvimento das famílias e da sociedade no tratamento das pessoas com transtorno mental possibilita a construção de um novo espaço social no qual as diferenças e a individualidade de cada sujeito possam ser compreendidas e respeitadas. No entanto, é preciso proporcionar as condições adequadas à família, a fim de que ela seja capaz de contribuir para a manutenção da pessoa com transtorno mental nos serviços extra-hospitalares. Os profissionais que atuam nesses dispositivos precisam apresentar abertura para lidar com esse conflito e fazer a negociação para que o modelo psicossocial se torne efetivamente uma realidade. Além disso, é importante destacar que, apesar dos esforços do Movimento da Reforma Psiquiátrica, o modelo psicossocial ainda encontra algumas dificuldades em sua implantação, estando os profissionais despreparados para atuar neste novo modo de cuidar (ASSUNÇÃO, *et al.*, 2016).

A atenção psicossocial prestada pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pressupõe um acolhimento dos sujeitos com sofrimento psíquico e transtorno mental, um conjunto de ações que visam à substituição da lógica manicomial como base de sustentação teórica para o cuidado em saúde mental e do modo asilar como paradigma das práticas dominantes (OLIVEIRA, 2009).

Costa-Rosa (2000, p.155) salienta que, nesse modelo a loucura e o sofrimento não têm de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito.

O presente estudo surgiu a partir das práticas de ensino realizadas pela disciplina de Saúde Mental do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, pela observação sistemática de como os usuários sentiam-se diante das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde e estudantes e como as famílias encaravam esse contexto de inserção social por parte de seus entes. Assim a percepção dos familiares com as práticas de inserção cultural tais como reabilitação e ressocialização devem oportunizar o cidadão com trocas afetivas, simbólicas e materiais afim de favorecer vínculos e interações que auxiliem no seu tratamento.

Este estudo busca conhecer a percepção dos familiares frente às práticas de reabilitação e ressocialização da equipe multiprofissional, como guia para uma linha de cuidado holístico que compreende a realidade dos sujeitos abordados.

2 OBJETIVO

Conhecer a percepção dos familiares de clientes de Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil frente as práticas de reabilitação e ressocialização.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo se fundamenta na literatura considerando três grandes temas: as concepções da Reforma Psiquiátrica do Brasil e sua definição de cliente; conceito das práticas de reabilitação e ressocialização em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi); impacto da família nas práticas de reabilitação e ressocialização.

3.1 Concepções sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e definição de cliente

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica na década de 70 teve inspiração nos pressupostos da Psiquiatria Democrática Italiana, e compartilhou com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, num amplo e desafiador movimento político, econômico, jurídico, social e cultural em direção à mudança e transição do modelo de atenção à saúde no país a partir de garantias constitucionais. Esse processo propiciou mudanças no trajeto das políticas públicas no campo de saúde mental, reforçando-se a desinstitucionalização como importante eixo norteador da gestão em saúde mental, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais no seu processo de reabilitação e à participação de seus familiares (DUARTE, GARCIA, 2013).

De acordo com Amarante (1997, *apud* LEWIS, PALMA, 2011), sobre o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, aponta o fato de que esse foi deflagrado por profissionais e estudantes contratados na rede de hospitais psiquiátricos, com a finalidade de denunciar à sociedade as péssimas condições de trabalho a que eram submetidos e, principalmente, a precariedade da assistência aos doentes mentais, os quais viviam dentro dos manicômios em condições insalubres e com recursos meramente punitivos pautados no isolamento como o uso de celas.

Conforme Melo (2012), a 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental foi um marco no processo da Reforma no Brasil, ao levantar recomendações importantes, como: orientar que os trabalhadores em saúde mental buscassem realizar seu trabalho juntamente com a sociedade civil, não só com o objetivo de redirecionar sua prática institucional, como para buscar a democratização desses

espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular.

Segundo Ministério da Saúde (2005), a lei 10.216/01 conhecida como a Lei Paulo Delgado, a partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados por esse Projeto de Lei, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, visando uma assistência humanizada aos indivíduos que sofrem de transtorno mental, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais dando novo sentido a assistência em serviços de bases comunitárias.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Residências Terapêuticas dentre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 8).

Em consonância com a Reforma Psiquiátrica, os CAPS, regulamentados a partir da Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002, são estratégias de serviços comunitários que atuam como dispositivos de organização da atenção em saúde mental com ênfase para a reabilitação psicossocial (LEÃO A, BARROS S, 2008). Nesse contexto, o CAPS foi, também, reconhecido na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial como dispositivo de atenção substitutivo, ressaltando sua função estratégica de articulador da rede de serviços e a necessidade de potencializar parcerias intersetoriais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Os CAPS são unidades de tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais cuja severidade e/ou persistência demandem inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Prestam serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Esses estabelecimentos oferecem atendimento à população de seu

município de abrangência, realizando acompanhamento clínico e estimulando a reinserção social dos usuários, por meio do acesso ao trabalho, educação, lazer, convívio familiar e comunitário, dentre outras ações. O principal objetivo dos CAPS foi substituir o confinamento de pessoas com transtornos mentais em hospitais Psiquiátricos. A intenção é evitar internações prolongadas, que distanciam o doente da família, com o intuito de que o usuário se sinta o mais confortável possível. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, P. 66).

No transcurso da implantação das novas políticas, emergiram instrumentos legais atribuindo valor às experiências exitosas para a eliminação do modelo manicomial e asilar no país. A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, e a instituição da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) impulsionou-se, nos últimos anos, a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública especializada na área, mudando-se o foco de atuação, antes centrado unicamente na hospitalização para o tratamento aos usuários (PITTA, 2011).

O termo cliente procede do vocabulário próprio da economia liberal de mercado. Marca o "exercício liberal" e/ou privado da atenção à saúde, implicando à pessoa que acorre aos serviços de saúde, em certa medida, o caráter de consumidor, e à saúde, a característica de um bem de consumo, não de direito social (Gracia D, 1998). Sitzia e Wood (1997) defendem a idéia de que o termo consumidor confere maior dignidade ao relacionamento profissional/paciente, ao contrário do tradicional termo "paciente", que estaria associado à falta de poder e dependência em relação ao médico.

3.2 Práticas de reabilitação e ressocialização no CAPSi

Os CAPS são integrados à rede de serviços abertos, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como aparelho substitutivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Esses centros são estruturados em uma rede descentralizada, municipalizada e com caráter multiprofissional e interdisciplinar, promovendo a saúde mental e a integração social e familiar, dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

De acordo com Salles e Barros (2013, apud AZEVEDO, FIGUEIREDO, 2015), muitas vezes o indivíduo que sofre com transtorno mental severo também passa por perdas materiais e sociais, por conta de lhe serem negadas oportunidades e direitos, o sujeito tem a falta de emprego, vínculos afetivos rompidos, exclusão, falta de moradia, enfrentam diariamente violências, o profissional de saúde mental (psicólogo) por sua vez adotando o paradigma psicossocial reconhece o sofrimento ocasionado devido ao transtorno psiquiátrico do outro.

Alguns dados do Ministério da Saúde alertam sobre o cuidado a população infanto-juvenil, ao revelar que no Brasil de 10% a 20% desta população encontra-se em situação de sofrimento psíquico e dentre esse percentual, 3% a 4% necessitam de cuidado integral de regime intensivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Esse dado, vem despertando preocupação em profissionais e gestores acerca das carências que envolvem o cuidado à população infanto-juvenil, principalmente no que tange a formulação de políticas públicas consistentes e estudos sistematizados com intuito de embasar novas ações e estratégias de cuidado (ARAUJO, *et al.*, 2015).

Dessa forma, a partir de 2002, os CAPSi começaram a ser descentralizados para diversos municípios brasileiros, no intuito de prestar cuidados especializados a crianças e adolescentes de 0 a 17anos de idade, com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes. Esse serviço funciona 40 horas semanais e conta com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para atender às demandas de saúde mental do território em que está inserido (BELTRAME, 2010).

3.3 A importância da família na saúde mental

O cuidado em saúde não abrange somente os diversos sistemas e níveis de atenção, mas também a família, de forma colaborativa, autônoma e integradora de cuidados. Porém, para a efetivação dessa abordagem, é necessária reformulação do sistema de saúde, incluindo as instituições, organizações e os profissionais, com foco nas necessidades da família enquanto sistema dinâmico, sem excluir a individualidade de cada membro que a compõe. Deve-se fornecer informações e suporte à família para que essa possa ter suas competências e habilidades

maximizadas, facilitando a manutenção e recuperação da saúde, com foco no autocuidado (CRUZ, ANGELO, 2011).

As práticas de cuidado e reabilitação psicossocial devem desenvolver autonomia, facilitando o acesso do cliente ao trabalho e ao lazer, é de direito do indivíduo como qualquer outro, fortalecer os laços com a comunidade e com a família, lembrando que o profissional ao ajudar o cliente, também estará desenvolvendo participações familiares e auxiliando os no cuidado com o sujeito portador de transtorno. Os serviços de Saúde Mental, são instituições que acolhem pessoas com sofrimentos psíquicos graves, buscam sua autonomia, conscientização do seu lugar na sociedade, trabalhando assim a integração social e familiar do cliente, e a busca por sua integração psicossocial, fazendo com que o próprio indivíduo produza sentidos novos para sua vida (LEWIS e PALMA, 2011 p. 13).

Percebe-se, portanto, que o sofrimento psíquico traz implicações que não se restringem à patologia da criança ou do adolescente. Por isso, há a necessidade da abordagem integral que envolva o usuário, sua família, a comunidade e os serviços de apoio. Trata-se de enfrentar os graves comprometimentos psíquicos com compromissos coletivos, em redes sociais de proteção (BARATA, et al., 2015). A vulnerabilidade e o risco social de crianças e de adolescentes com transtornos mentais diminuem quanto mais se ampliam os compromissos coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Os familiares descrevem sua participação como sendo uma forma de se sentirem acolhidos, cuidados e apoiados mediante as situações colocadas com o adoecimento de seu familiar. Além disso, as famílias são cuidadas em contextos que favorecem tanto a reflexão sobre a própria vida – questões do cotidiano, comportamentos, relacionamentos, e principalmente ao se ver acompanhada por profissionais qualificados, que têm o conhecimento necessário para sua atuação. Isso gera um sentimento de segurança nos familiares, que finalmente se sentem amparados (MARTINS, LORENZI, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, origem e natureza do estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa apoiada na Análise de Conteúdo, delimitado na análise temática e unidades de registros que consiste na utilização de um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise das comunicações para obter descrição do conteúdo das mensagens.

A pesquisa qualitativa é uma forma de captar o ponto de vista do indivíduo, de localizar o observador no mundo e dar visibilidade a este (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015). Oportuniza ao pesquisador compreender a forma que os seres humanos pensam, agem e reagem frente a situações específicas, além disso, propicia o entendimento da dinâmica e estrutura da situação estudada, do ponto de vista de quem a vivencia. Proporciona, ainda, a compreensão de fenômenos complexos e únicos, reduzindo a distância entre a prática e o conhecimento, pois auxilia no entendimento de sentimentos, valores, atitudes e temores das pessoas ao explicar suas ações diante de um problema ou situação (LACERDA; LABRONICI, 2010).

4.2 Local e período do estudo

A coleta de dados se deu na no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, localizado no bairro Jardim Atlântico – Turu, São Luís/MA, entre os dias 19/10/18 e 31/10/18 em seu horário de funcionamento, das 08h às 18:00h, em dias alternados para uma amostra mais fidedigna.

A escolha do local deu-se pela importância dos CAPSi como centro de reabilitação e ressocialização para crianças e adolescentes com transtornos mentais e por ser um dos principais locais destinados as práticas de ressocialização e reabilitação; além disso a necessidade do cuidado na saúde mental desde a infância para que crianças e adolescentes possam utilizar de rede de atenção psicossocial eficaz e com menos consequências neurofuncionais e cognitivas na idade adulta.

4.3 Participantes do estudo

O número de participantes foi definido durante a coleta de dados pelo critério de saturação, segundo o qual as entrevistas são suspensas quando os discursos apresentam repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise (SILVERMAN, 2009). Essa condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa. Os sujeitos da pesquisa atendem os seguintes critérios de inclusão: todos os familiares de clientes assistidos em tempo mínimo de seis (6) meses no centro de atendimento da pesquisa, esse tempo constituirá uma percepção particular dos serviços que os atendem, como também apresentariam um conhecimento do local e do público alvo; e concordar a ser participante de forma voluntária da pesquisa.

Contemplando esses critérios foram entrevistados dez responsáveis legais entre os dias 19/10/18 e 31/10/18 em horário de funcionamento da instituição.

4.4 Método

Realizou-se no primeiro momento a apresentação da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o entrevistado e a apresentação do Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. Por seguinte realizou-se uma pesquisa sociodemográfica por meio de um questionário estruturado que buscava a caracterização do participante e roteiro de entrevista com relatos de cada familiar, gravados e analisados.

4.5 Técnica e instrumentos de pesquisa

4.5.1 Entrevistas

Para realizar a presente pesquisa a técnica utilizada foi o questionário sociodemográfico do participante (Apêndice B) e roteiro de entrevista (Apêndice C).

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário sociodemográfico, aplicado individualmente, antes do roteiro de entrevista, visando captar aspectos sociodemográficos para a caracterização das participantes.

O segundo instrumento foi o roteiro de entrevista com questões relacionadas a reabilitação e ressocialização. A entrevista foi realizada a partir de um roteiro com perguntas abertas que, segundo Minayo (2010), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador ao entrevistador e que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo.

Para garantir à fidedignidade dos relatos as entrevistas foram gravadas em gravador de aparelho celular com o conhecimento e consentimento prévio dos entrevistados e posteriormente transcritas. Tanto a coleta de dados, quanto à transcrição foram realizadas pelos pesquisadores envolvidos, por compreender ser esse um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise.

4.5.2 Coleta de dados pela entrevista

A coleta de dados foi realizada com agendamento com os familiares, de forma individualizada, com base na disponibilidade do participante.

No encontro deu-se o preenchimento do questionário estruturado contendo perguntas fechadas a serem respondidas pelo participante e conseguinte pelo roteiro de entrevista, com perguntas abertas, sendo a mesma registrada por gravação em áudio em gravador de aparelho celular.

Em poucas oportunidades foi necessária intervenção da pesquisadora para direcionar a fala do participante no tema, objetivando obter descrições detalhadas para assim gerar significados sobre o objeto de investigação. Nesse processo, foi empreendido esforço no sentido de ter capacidade para esclarecer junto ao participante dados ambíguos, utilizando uma fala apropriada e de fácil compreensão para focar o diálogo no tema da pesquisa e obter descrições detalhadas.

Na primeira aproximação no campo com o participante foi informado o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa e sua relevância, bem como a importância de sua colaboração. Nessa oportunidade foi obtida assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para o pesquisador e a outra para o pesquisado.

Realizou-se a análise dos relatos com a literatura pertinente ao tema discutido por meio das entrevistas gravadas e por meio da observação dos usuários. A coleta de dados foi realizada de forma individualizada, num ambiente permissivo e não constrangedor, dentro do local de pesquisa.

4.6 Análise dos dados: referencial metodológico

Após as entrevistas, as falas foram agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo (AC). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (BARDIN, 2011).

A AC é um método taxonômico que se configura por um conjunto de técnicas polimorfas e polifuncionais para descrever descobertas e significados com um máximo de rigor e cientificidade, configurando-se como um leque de apetrechos adaptável ao campo das comunicações onde a descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, a partir da análise categorial que tem como objetivo tomar em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido. Essa técnica consiste em classificar os diferentes elementos em diversas gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido a comunicação. Daí a necessidade do pesquisador trabalhar a fala e as significações e, pela análise, conhecer aquilo que está por trás das palavras tendo como principal material os significados (BARDIN, 2011).

Os significados manifestos e latentes no material qualitativo podem ser buscados a partir de diversas técnicas de AC. São quatro suas modalidades: análise de expressão, análise de relação, análise temática e análise de enunciação. Na busca dos significados manifestos e latentes do material qualitativo a **análise temática** foi a opção deste estudo por ser categorizada por meio de uma palavra,

uma frase. Fazer essa análise é descortinar o núcleo dos sentidos das falas onde o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado (BARDIN, 2011).

Para realizar a análise dos dados das entrevistas, serão adotados os seguintes passos: 1) pré-análise, 2) fase de categorização-exploração do material e 3) análise dos resultados e interpretação.

1) Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas e realizou-se uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.

Assim é realizada a organização do material a ser analisado, com o intuito de torná-lo funcional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Nessa etapa, foram selecionadas as entrevistas que compuseram o *corpus* de análise. O *corpus* é um conjunto dos documentos que serão submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2011). No total foram realizadas dez (10) entrevistas. Para a definição do *corpus* levou-se em consideração a regra da representatividade (universo heterogêneo dada as diferentes características das participantes e, ao mesmo tempo homogêneo, em função do fenômeno pesquisado); e por último a regra da pertinência (o conteúdo das entrevistas foi adequado enquanto fonte de informação para o alcance do objetivo da pesquisa). Em seguida, foram construídas as hipóteses que permitiram construir os indicadores de análise. Para Bardin (2011, p.124) hipótese é “uma afirmação provisória ou uma suposição cuja origem é a intuição”. Significa um processo em que o pesquisador se pergunta: a análise inicial do objeto de pesquisa e o conhecimento que possuo me levam a pensar que... Mesmo não sendo o levantamento de hipóteses um processo

obrigatório na etapa da pré-análise, esse recurso foi importante para fazer com que os dados se transformassem paulatinamente em material analítico e permitisse determinar as dimensões e direções.

As entrevistas foram agrupadas em cores específicas para cada dia de pesquisa, atribuída a cor bege para as pesquisas realizadas no dia 19/10/18, verde para as correspondes ao dia 23/10/18, amarelo para a do dia 26/10/18, cinza para a realizada no dia 29/10/18 e azul para as entrevistas do dia 31/10/18. Esse processo pode ser visualizado nos Quadros de 1 a 10:

Quadro 1 – Mãe 1: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 1</p> <p>T. A. N, 34 anos, solteira, 2º grau completo, dona de casa/desemp., renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: L.S.N.S, diagnosticado com autismo, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e retardo mental, 1 ano e 8 meses na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? ele participa de oficinas, passeios, brincadeiras lúdicas, muitas coisas que possam tá agregando conhecimento dele com as outras crianças, acredito que isso seja o que você perguntou.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? em parte eles são muitos bons, eu gosto muito de muitas coisas que tem aqui, mas tem muita coisa que ainda deixa a desejar como agora que eles “tavam” com TO (terapeuta ocupacional) e teve a notícia que ele vai ficar no cargo só até hoje, mas que ainda estava chegando esse outro TO que a gente ainda não tem uma data certa assim, mas era para ter mais médicos, era para ter uma estrutura melhor na verdade. Mas com certeza esses serviços aqui do Caps foram essenciais para minha criança.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? com certeza, porque ele melhorou bastante depois que ele veio pra cá. Ele era muito agressivo, ele não era uma criança sociável, ele era uma criança totalmente hiperativa, não falava nada, nem mesmo pra comer e muito menos ainda para assistir um desenho, hoje em dia ele ainda tem a hiperatividade dele, mas ele ainda sente nem que seja 10 segundos, mas sente, só que é questão de segundo para ele se levantar. E ele tem horas que tem os momentos dele, de não compartilhar nada com ninguém, mas em parte ele melhorou bastante.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Ele mudou a questão de morder, mordida muito, batia, ele era muito agressivo, irritado, a agressividade dele melhorou bastante, ele respondeu bastante bem ao tratamento dele, graças a Deus, e sobre a fala dele, ele faz fonoaudiólogo em outro lugar, mas também já tá respondendo.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, comunicativa, satisfeita com as atividades desenvolvidas, atenta aos procedimentos realizados, assídua no CAPSi e prestativa com as outras mães/responsáveis pois coordena junto com outras mães um grupo no aplicativo de rede social whatsapp para facilitar a comunicação das atividades desenvolvidas no estabelecimento. No dia da pesquisa foi informado pela direção sobre uma ação para as crianças na quinta feira e a mesma logo tratou de fazer um texto e informar no grupo social.</p>	<p><u>1. Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização, mesmo não compreendendo o significado das palavras.</u></p> <p><u>2. Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>3. A mudança frequente de profissionais e estrutura da instituição compromete a confiança dos familiares nas atividades desenvolvidas.</u></p> <p><u>4. A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p><u>5. A família parece ser incluída nas relações de cuidado da criança/adolescente, tendo como foco a continuidade das práticas de reabilitação e ressocialização no contexto domiciliar e familiar.</u></p> <p><u>6. A comunicação entre as mães e/ou responsáveis e atenção nas ações do CAPSiij facilitam o desenvolvimento das atividades dentro do estabelecimento e fora dele, melhorando assim o desempenho de cada.</u></p>

Quadro 2 – Mãe 2: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 2</p> <p>J.C.L.R, 45 anos, solteira, 2º grau completo, dona de casa/desempregada, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: Y.V.R.Q, diagnosticado com autismo e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 2 anos e 5 meses na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? Eu acho as práticas de reabilitação assim, tá ajudando muito ela, no desenvolvimento dela, porque depois que ela começou a TO ela melhorou 60%, em tudo; ela não interagia com outras crianças, era agressiva demais, ainda é agressiva, mas em termos tá diminuindo, então é isso, melhorar o desenvolvimento dela. A ressocialização é ela interagir com outras pessoas, outras crianças, ela não sentava pra brincar, hoje ela já senta, ela não sabia o que era não, hoje ela já sabe o que é não e assim outras coisas como o comportamento com os irmãos, ela não gostava nem que eles chegassem perto dela, porque o autista é assim tem dia que é só carinho, mas tem dia que ele não quer conversar e nem chegar perto de ninguém e hoje ela já faz isso, ela já abraça, ela já aceita um abraço, um beijo que antes ela não aceitava.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Muito gratificante. Só em acompanhar minha filha e eu acompanhando de perto o desenvolvimento dela a cada dia é muito gratificante para mim, eu só tenho que dá os parabéns para eles.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? com certeza, porque aqui a gente se sente bem, as pessoas tratam a gente bem, a gente quer saber alguma coisa eles dão a informação, isso pra gente é muito bom, pra mim como mãe é muito bom.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Foi para muito bom. Olha é como eu falei, ela não interagia com ninguém, não gostava de ninguém, então hoje se os irmãos falam alguma coisa e ela quer, porque ela ainda não fala, agora que ela tá aprendendo a desenvolver a fala, aí ela não sabia dizer não, aí quando ela queria uma coisa que os meninos não queriam dar para ela, aí eles sem entender, eu sem entender, ela se tornava agressiva, deitava, rolava, e hoje não, está sendo muito diferente porque se ela quer uma coisa ela pega na nossa mão e leva lá no local que ela quer ou acha que tá as coisas, então melhorou muito, muito mesmo.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, satisfeita com as atividades desenvolvidas, atenta aos procedimentos realizados, assídua no CAPSij, além disso é preocupada com o bem-estar da filha e tem relação satisfatória com as outras mães.</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p><u>O acolhimento, esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de vínculo entre pais e profissionais</u> representaram estratégias que valorizam a família no contexto do CAPSij.</p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>7. A comunicação efetiva e o vínculo viabilizam a interação com a família assim como a expressão de necessidades e inseguranças das mesmas.</u></p> <p><u>8. As mães assíduas ao CAPSij possuem mais clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p>

Quadro 3 – Mãe 3: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 3</p> <p>C.S.S, 31 anos, solteira, 2º grau completo, dona de casa, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: T.J.S.S, diagnosticado com autismo, 2 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? A reabilitação é as terapias né que são muito importantes e a ressocialização é justamente o que eles estão fazendo que é as oficinas, para as crianças poderem se adaptarem uma com as outras, que elas trabalhem juntas, socializem juntas.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Então eu acho regular ainda, está faltando material para trabalhar direito com as crianças, eles estão precisando muito, dá para melhorar. E questão também dos profissionais, que aqui eles trocam muito de profissionais, então isso acaba prejudicando as crianças, eles começam com um profissional depois não tem mais, vão embora, aí demora meses para chegar outro, então isso atrapalha muito.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Sim, porque já ajudou bastante. Ele veio para cá ele não falava, não se adaptava, melhorou, deu uma melhorada.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Então, ele já consegue se adaptar com outra criança, antigamente ele gostava muito de ficar só, brincar só e dentro de casa melhorou bastante, ele era muito zangado, agressivo, já deu uma melhorada, porque demora, é uma coisa que é bem demorada. O comportamento dele, as vezes também, porque eu acho que é por tempo, em tempo que eles tão bons, tem tempo que já tá mais difícil de lidar, mas melhorou bastante, e principalmente a fala, que isso era o que eu tinha mais trabalho com ele, então eu tinha muita dificuldade de saber o que ele queria, o que ele sentia e hoje ele já consegue me falar.</p> <p>Observações do entrevistador: Mãe na defensiva no início da entrevista, mas no desenrolar foi abrindo-se e é notório que tudo se relaciona com necessidade de garantir o bem-estar das crianças. Colaborativa, prestativa, moderadamente satisfeita com as atividades desenvolvidas, atenta aos procedimentos realizados, assídua no CAPSij, preocupada com o desempenho dos profissionais, principalmente pelas trocas excessivas dos mesmos que compromete as crianças.</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização, mesmo não compreendendo o significado das palavras.</u></p> <p>9. A falta de material para trabalhar práticas lúdicas dificulta o processo de reabilitação e ressocialização na visão do familiar.</p> <p><u>A mudança frequente de profissionais e estrutura da instituição compromete a confiança dos familiares nas atividades desenvolvidas.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p>10. A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</p> <p><u>As mães assíduas ao CAPSij possuem mais clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p>

Quadro 4 – Mãe 4: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 4</p> <p>L.P.P, 37 anos, solteira, 2º grau incompleto, dona de casa/desempregada, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: T.M.P.F, diagnosticado com distúrbio mental leve, 4 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? Eu acho assim que devido à dificuldade que minha filha tem, com eu trazendo ela aqui ela melhorou bastante, apesar de ser um pouco longe de onde eu moro que é na Fé em Deus – Liberdade, mas todas as terças, sempre de todo mês eu trago ela nas consultas. E a ressocialização é a melhora, ela desenvolver, ela aprender a ler direito, a fazer as atividades dela, porque um lado do cérebro dela não se desenvolveu, quem olha ela não diz que ela não tem nada, mas quem conversar, quem conviver com ela vai perceber que ela não lê corretamente como ela deveria estar na idade dela e no ano que ela está.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Acho ótimo, acho legal, eles acompanham bem, tratam bem as crianças, não tenho nada que reclamar.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Considero, acho muito importante, porque ela já desenvolveu bastante já ajudou bastante, tinha umas partes higiênicas que eu não conseguia adequar com ela e partir de quando o médico, o neurologista, o terapeuta começaram a conversar com ela, ela começou a fazer essa parte higiênica sozinha.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? ela conversa melhor, ela já participa, porque tem muitas das vezes que ela não aceita dizer que ela tem aquela dificuldade, mas ela já entende que tem, ela se expressa melhor.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe deixou escapar na entrevista que a filha só participa nas terças e principalmente para consultar, falou sobre o benefício federal que recebia e que era importante manter as consultas atualizadas, preocupada com as atividades que a criança desempenha na escola, mas não associou essas atividades como complementares da parte do tratamento que a filha poderia ter no CAPSij caso a criança fosse mais presente nas oficinas, atividades lúdicas, palestras e interação com outras crianças, mesmo com a distância da sua residência para a instituição. Mãe colaborativa, no entanto, sempre no celular para resolver questões familiares.</p>	<p><u>11. A distância entre a residência e o local da instituição pode afetar a assiduidade dos familiares e por conseguinte da criança/adolescente.</u></p> <p><u>12. Mães pouco assíduas não possuem clareza sobre as práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p>O acolhimento, esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de vínculo entre pais e profissionais representaram estratégias que valorizam a família no contexto do CAPSi.</p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>13. A higiene corporal das crianças foi estimulada dentro da instituição por meio de ações de saúde e acompanhamento individual.</u></p> <p><u>14. A presença da criança somente nos dias de consulta ou em pequena quantidade por medo dos pais de perderem o benefício federal demonstra a fragilidade que este cliente terá com as práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p>

Quadro 5 – Mãe 5: pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 5</p> <p>S.C.V.S, 36 anos, solteira, 2º grau incompleto, dona de casa/desempregada, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: P.H.S.P, diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 4 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que seja as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? As práticas de reabilitação são as coisas que eles fazem, desenvolvem no CAPSi, a recreatividade. E a ressocialização são o que ele não fazia antes e agora está fazendo, que ele não interagia com as crianças na escola e agora ele já interage.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Eu acho muito bom, porque foi uma coisa que me ajudou muito, porque ele “tava” aqui só com o psiquiatra, mas também ele está nas oficinas.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Sim, muito, porque ajuda muito ele, em termo do aprendizado.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Ele era muito agressivo, muito irritado, ele ainda é, mas do que ele era, ele melhorou muito.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe aguardava marcar uma consulta para o filho, evidentemente cansada pois relatou que sempre chegava cedo, mas não conseguia chegar na numeração de senha disponível (10 consultas por dia). É notório que a preocupação era mais de consultar do que do desenvolvimento das atividades pois relatou que essa era a principal razão de estar ali.</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>15. A melhora no desenvolvimento de cada cliente do CAPSi é evidenciada pelos pais.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p><u>A presença da criança somente nos dias de consulta ou em pequena quantidade por medo dos pais de perderem o benefício federal demonstra a fragilidade que este cliente terá com as práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p>

Quadro 6 – Mãe 6: Pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 6</p> <p>M.C.R.C, 38 anos, solteira, superior completo, dona de casa/desempregada, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: M.D.L.F, diagnosticado com autismo, 2 anos e 6 meses na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? Ah é como o próprio nome diz é reabilitar, recuperar o desenvolvimento, no caso a do meu filho que é criança. A ressocialização é tão importante quanto, que no caso do meu filho é a principal dificuldade dele, que é a socialização, ele como autista, que para ele se socializar e poder se comunicar, interagir com as outras crianças, que a dificuldade dele era muito grande.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? É cem por cento, com relação ao tratamento em si, é muito bom. Porque na primeira vez que ele veio para cá ele desenvolveu muito rápido, graças à Deus, e agora novamente eu retornei justamente por isso, porque eu percebo a diferença, o resultado é bem rápido.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Demais, justamente por conta disso, o desenvolvimento dele, a qualidade de vida.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Tudo (risos). Porque ele começou com dois anos e meio, ele não falava, ele não interagia, ele tinha vários pré-diagnósticos como se caso ele fosse surdo e na hora ele não era, era o autismo e com as terapias, as oficinas ele desenvolveu muito. No começo ele teve muita dificuldade porque ele começou com a oficina, que é a terapia em grupo, ele não conseguia por ele ter muitas limitações, aqui eles fizeram um trabalho individual com o terapeuta, com a psicóloga, e aos poucos eles foram colocando novamente ele nas oficinas em grupo, isso ajudou demais. Ele era bem agitado, não tinha concentração nenhuma e não interagia de forma alguma.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, atenta com as atividades desenvolvidas no Capsij, estava afastada por poucas semanas, mas com isso viu a necessidade do filho retornar as atividades da instituição. Fica expresso também a gratidão por todas as atividades a qual seu filho junto com os profissionais desenvolveu na instituição.</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p><u>A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</u></p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>16. A dificuldade inicial de muitas crianças e adolescentes em desenvolver as atividades solicitadas.</u></p> <p><u>17. Os pré-diagnósticos podem dificultar o entendimento dos pais em relação ao que fazer para a melhoria da criança/adolescente.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p>

Quadro 7 – Mãe 7: Pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 7</p> <p>M.E.L.F, 45 anos, solteira, fundamental incompleto, serviços gerais, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: A.L.F.A, diagnosticado autismo, 5 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? É o desenvolvimento da criança, que hoje elas estão bem desenvolvidas, quando a gente chegou nesse Caps ela não sabia nada, aí ela desenvolveu; na socialização ela já interagi com as outras crianças, com os profissionais, então é muito bom ter esse centro de saúde para poder acompanhar as crianças para que elas venham a se desenvolver.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? É muito bom, a minha filha se desenvolveu muito e eu gosto muito do Caps. Ela aprendeu bastante, cada vez está aprendendo mais ainda.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Sim, porque como eu já falei, ela desenvolveu muito, bastante, hoje ele já interage, conversa. Eles tem vários profissionais e eles estão cada vez mais se capacitando para o desenvolvimento das crianças.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Antigamente ela era muito fechada, ela não interagia, ela vivia no mundo dela, ela fazia as coisas muito diferente das outras crianças, e hoje em dia não, ela consegue viver como outras crianças, ela é bem desenvolvida, graças à Deus, ela faz tudo praticamente normal, só em aprendizado que ela está com muita dificuldade que ela ainda não aprendeu nada, em termo de saber escrever, ler, Dentro de casa foi da mesma forma, o que ela aprendeu muito, ela já se relaciona com as meninas e os meninos lá em casa, só minha sobrinha que ela ainda tem um pouco de dificuldade de se relacionar com ela, mas porque como ela conversa só, ela faz muita coisa só, minha sobrinha ainda não entende, mas já está bem caminho andado.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, atenta com as atividades desenvolvidas no Caps, assídua, tem bom relacionamento com os pais e profissionais de saúde da instituição. Se emocionou no decorrer da entrevista ao falar da filha que é filha única, das dificuldades e de como conseguiu superar esses obstáculos, principalmente por ser mãe solteira. Além disso a filha vai junto com a mãe para seu local de trabalho por não poder ficar só ou sob os cuidados de outras pessoas. Fica expresso também a gratidão por todas as atividades a qual seu filho junto com os profissionais desenvolveu na instituição.</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p><u>A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</u></p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>18. A capacitação dos profissionais favorece a realização de um trabalho mais produtivo com as crianças e adolescentes.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p><u>19. O aprendizado de ler, escrever ainda é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes dentro da reabilitação.</u></p> <p><u>20. Mães solteiras que trabalham tendem a querer que as crianças se mantenham por perto.</u></p> <p><u>As mães assíduas ao CAPSij possuem mais clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p>

Quadro 8 – Mãe 8: Pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 8</p> <p>M.P.F, 39 anos, solteira, superior completo, dona de casa, renda familiar de 2-3 salários mínimos, responsável por: E.P.S.S, diagnosticado autismo e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 3 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? É trabalhar as partes de dificuldade da criança, colocar em prática o que a gente ler e o que a gente ouve dos profissionais. E a ressocialização é a convivência social com as pessoas.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Tá deficitário, aqui já foi melhor. Há três anos nós tínhamos oficinas para as crianças, oficinas para os pais, tínhamos almoço, tínhamos lanche, a estrutura era melhor, era um ambiente mais lúdico, tinha brinquedo, tiraram os brinquedos, tinha tv para a gente assistir. Hoje está praticamente sem nada, tem dia que não tem nem água, não tem copo, não tem papel higiênico, então não melhorou.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Sim, porque trabalha essa parte do social da criança. Ele como é autista só quer ficar em casa, no mundinho dele, trancado no quarto dele, com os brinquedos dele, jogando o jogo dele. E a partir do momento que ele sai de casa para se socializar com outras crianças já não tem mais aquela dificuldade, então vem para fazer a oficina em grupo, conversar, rir, porque são crianças, geralmente, filho único, são mais isolados.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Na parte de habilidade mudou muito, quando ele veio não pintava, não cortava, não escovava os dentes, ainda defecava na cueca, ele sofria <i>bulling</i> por isso, então eles foram trabalhando, ele tinha problema com toque, ninguém podia triscar nele, ninguém podia falar com ele, que já se jogava no chão. Então mudou, hoje ele já conversa com as crianças, coisa que ninguém podia falar com ele, eu já passei meses sem vim porque coleguinha falou com ele, ia falar com ele, então ele não vinha, isso mudou, ele já está conversando, já está interagindo com as outras crianças.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, atenta com as atividades desenvolvidas no Caps, assídua, é uma das mais antigas na instituição. É preocupada com a estrutura da instituição, com a extensa mudança de profissionais, alegou o prejuízo que seu filho teve em dados momentos na troca de um profissional X que a criança já criava um vínculo com um profissional Y, o mesmo não queria estar com este profissional e ainda pergunta por muitos “tios” (palavra usada pelas crianças com os profissionais), que não estão mais na instituição, mas que o mesmo lembra. Mãe demonstrou gratidão por todos os</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p>A falta de material para trabalhar práticas lúdicas dificulta o processo de reabilitação e ressocialização na visão do familiar.</p> <p><u>21. As crianças com autismo possuem um mundo próprio, isolado, segundo a visão dos pais.</u></p> <p>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</p> <p>A mudança frequente de profissionais e estrutura da instituição compromete a confiança dos familiares nas atividades desenvolvidas.</p> <p><u>22. A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</u></p> <p>As mães assíduas ao CAPSij possuem mais clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</p> <p><u>23. O bulling e preconceito presente dentro da sociedade compromete a reabilitação e ressocialização das crianças e adolescentes.</u></p>

aprendizados que seu filho teve na instituição, no entanto, sempre atenta ao que era e a forma como hoje que para a mesma não corresponde a excelência.

Quadro 9 – Mãe 9: Pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 9</p> <p>L.C.S, 35 anos, solteira, fundamental incompleto, doméstica, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: G.C.S, diagnosticado autismo e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 3 anos na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? A reabilitação pra mim é o que ele aprendeu no comportamento dele, com a terapeuta, ele faz aqueles bonecos de pano, tá se desenvolvendo mais, mais do que no colégio, porque no colégio ele não tem uma assistência, hoje em dia tem muito preconceito com essas crianças do jeito dele. E ressocializar “que palavra complicada né”, acho que é ele ter uma sociedade melhor com os outros.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Melhorou, porque os assistentes sociais, os profissionais daqui melhoraram muito o comportamento dele, o desenvolvimento dele tá melhor, ele já sabe fazer o nome dele completo, com aquelas letras de imprensa, que chama letra de forma, mas é letra de imprensa né (risos), então ele tá desenvolvendo muito melhor, só que ele não sabe ler assim, escrever, mas eu acho que aqui é a escola dele, porque lá nessa sala irregular que ele estuda lá eles tem preconceito, até na hora da merenda, sofre <i>bullying</i>, então aqui ele se sente muito melhor. Então se tivesse uma escola para todas essas crianças que tem essa deficiência de autismo, era bom, era muito bom.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? Muito importante, porque os profissionais melhoram o comportamento dele, o desenvolvimento dele melhorou, tudo melhorou, mesmo ele ainda sendo muito difícil de lidar.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? No começo era bem difícil, uma criança portadora de autismo ela varia, não são pensamentos iguais. cada crescimento é uma fase que ele apresenta, então no começo a fase dele ele não sentava, ele tinha um comportamento muito fora do limite, hiperativo, gostava chamar atenção de todas as pessoas, de estar sorrindo todo tempo, aquela risada intolerante, pra pessoa se aborrecer, mas só que ele não tem aquele pensamento como todas as pessoas tem, porque ele gosta de se exibir, ele acha que aquilo que ele tá fazendo é certo pra ele e se qualquer coisa contraia ele, ele pergunta mais de meia hora porque eu não devo fazer</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização, mesmo não compreendendo o significado das palavras.</u></p> <p><u>24. A escola como coadjuvante no processo de reabilitar e ressocializar.</u></p> <p><u>O <i>bullying</i> e preconceito presente dentro da sociedade compromete a reabilitação e ressocialização das crianças e adolescentes.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</u></p> <p><u>As crianças com autismo possuem um mundo próprio, isolado, segundo a visão dos pais.</u></p>

<p>isso, porque? ai eu digo que é porque tá errado, mas ele acha que todo tempo tá certo na cabeça dele. Hoje ele também gosta muito de assistir desenho, ele não gostava antes, nem se sentava, era o tempo todo rindo, hoje já ouve, ouve pouco mas ouve, já se senta pra comer, já sabe a hora que vai comer, já tá sabendo se banhar só que ele não gostava no começo, ele não gostava de banhar, eu já cortei o cabelo dele que era comprido e ele não deixava, hoje em dia ele se banha, toda hora quer passar creme, já tem aquela vaidade que antes não tinha.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, satisfeita com as atividades desenvolvidas, um pouco desatenta nas atividades por não ter muito conhecimento da sua necessidade no local, pelas vestes e higiene percebe-se que seja uma pessoa de família extremamente carente, no entanto estudou até a sétima série do antigo ensino fundamental pois seu sonho era saber ler nas revistas de roupas, para se tornar costureira. É uma mãe simpática e feliz com a vida, mostra gratidão aos serviços e relatou que prefere seu filho no Caps que na própria escola, pois lá seu filho sofre muito com os preconceitos da sociedade por ser autista e pobre, segundo ela.</p>	<p><u>O aprendizado de ler, escrever ainda é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas crianças e adolescentes dentro da reabilitação.</u></p> <p><u>25. Mães de 0-1 salários mínimos são as que mais buscam os CAPSij para o tratamento de seus filhos.</u></p>
--	--

Quadro 10 – Mãe 10: Pré-análise dos dados e construção das hipóteses. São Luís, Maranhão, 2018.

<p style="text-align: center;">MÃE 10</p> <p style="text-align: center;">L.F.A.R, 56 anos, casada, primeiro grau completo, dona de casa, renda familiar de 0-1 salários mínimos, responsável por: G. M. F. A. R, diagnosticado com Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), 6 meses na instituição.</p>	<p style="text-align: center;">HIPÓTESES</p>
<p>1. O que você acha que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde? Reabilitação é fazer um desenho, fazer pintura, quebra-cabeça, coisa para mexer com a mente, então depois que ele está fazendo desenho, colagem, outro dia até planta ele plantou, então ele está avançando, ele está mais calmo, ele está aprendendo, ele está gostando muito daqui. E a ressocialização para mim é ele está se envolvendo com as outras crianças, que antigamente ele não se envolvia, conversar, brincar, está muito bem.</p> <p>2. Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar? Estou muito bem, melhorou muito o M, está mais esperto, mais ativo, quando a gente fala que vai vi para o Caps ele já fica alegre, já diz “oba”, já vai tomar banho sozinho, que antigamente ele não gostava e agora ele está totalmente mais social.</p> <p>3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial? É muito importante, porque eu estou vendo que meu filho está desenvolvendo, tava muito difícil né, mas agora ele está desenvolvendo mais com as crianças, as pessoas não estão mais tirando “sarro” dele, que antigamente eles faziam bullying com ele né, o modo dele falar, que ele ficava sempre afastado, mas ele se afastava porque as</p>	<p><u>Clareza das práticas de reabilitação e ressocialização.</u></p> <p><u>A adaptação com outras crianças aumenta o desempenho do cliente, evidenciando que a ressocialização é parte fundamental deste processo.</u></p> <p><u>Gratidão em relação ao desempenho que a criança passou a desenvolver ao longo do período que já permaneceu na instituição.</u></p> <p><u>A melhora da criança no seguimento agressividade, socialização, hiperatividade, fala, isolamento, respondendo bem ao tratamento realizado.</u></p>

<p>peças as vezes não entendiam, ficavam fazendo bullying, então ele mesmo se afastava, agora não, ele tá melhorando, cada dia mais.</p> <p>4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento? Mudou muitas coisas né, porque ele está participando de muitas atividades, ele joga também futebol fora daqui, ele faz parte também de uma associação que tem lá, é brinquedo, é bola, então ele tá amando, e se ele tá amando eu também “tô” gostando, porque eu levo ele, tudo eu levo ele pra participar.</p> <p>Observações do entrevistador: mãe colaborativa, satisfeita com as atividades desenvolvidas, atenta aos procedimentos realizados, assídua no CAPSi, além disso é preocupada com o bem-estar da filho e tem relação satisfatória com as outras mães, atenta com as atividades desenvolvidas no Caps, demonstra saber de todas as atividades, mesmo o filho estando a um tempo inferior a muitas outras crianças (seis meses), no entanto, participa de tudo junto com o pré-adolescente.</p>	<p><u>O bullying e preconceito presente dentro da sociedade compromete a reabilitação e ressocialização das crianças e adolescentes.</u></p> <p><u>26. Desenvolver outras atividades fora do CAPSi melhora o desempenho das crianças e adolescentes.</u></p> <p><u>27. A participação dos pais nas práticas de reabilitação e ressocialização é um passo fundamental para o aprimoramento das atividades da criança nesse contexto de reabilitar e ressocializar.</u></p>
--	---

a) Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram dez mães, com menor idade de 31 anos, maior 56 anos e idade média de 39,6, com uma amostragem de 70% de idade de 31 a 39 anos, em sua maioria solteiras (9 das 10 entrevistadas), desempregadas (8 das 10 entrevistadas), e com uma renda de 0-1 salários mínimos (9 das 10 entrevistadas), com ensino superior completo (2-10 entrevistadas).

Das entrevistadas que possuíam renda duas trabalhavam em emprego como doméstica e serviços gerais; das que possuíam ensino superior, ambas não trabalhavam pois tiveram como opção serem cuidadoras do lar e de seus filhos; das que possuíam outro grau de estudo, duas possuíam ensino fundamental incompleto, e outra ensino fundamental completo, duas ensino médio incompleto e três completo.

b) Levantamento de Unidades de Registros

Dessa maneira, no processo das entrevistas emergiram-se os dados que foram organizados, agrupados e analisados para o aprofundamento do conhecimento apoiado na literatura. Algumas Unidades de Registros se repetiram no decorrer das entrevistas, resultando em 27 hipóteses, mostradas no diagrama 1:

Diagrama 1 – Hipóteses construídas no processo de análise. São Luís, Maranhão, 2018.





2) Fase de categorização-exploração do material: a exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na identificação das unidades de registro (unidade de significação) que corresponde ao segmento da mensagem e na definição de categorias (sistemas de codificação- gavetas). A unidade de registro pode ser uma palavra ou uma frase. Significa reunir palavras e frases que funcionaram como “rótulos”, que após serem agrupadas em suas especificidades apontaram para ressignificações. Consiste em classificar os elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento para “fornecer, por condensação uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p. 48-49).

Nesse momento o material será explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, serão procuradas expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.

Esta fase é longa e criteriosa e consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração. A codificação “é uma transformação dos dados brutos do texto” (BARDIN, 2011) que permite atingir uma representação do conteúdo. Nesse momento o material foi explorado, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, assim procurou-se expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para fazer a ordenação das categorias empíricas.

Para essa etapa o processo se deu a partir do recorte (escolha das unidades) como apresentado no Quadro 11, seguida pela classificação e a agregação para a escolha dos temas. Ao todo foram construídas 102 Unidades de Registro.

Quadro 11. Categorização dos dados brutos em Unidades de Registro. São Luís, Maranhão, 2018.

Fragmento da Entrevista	Unidades de Registro
<p>*Reabilitação é fazer um desenho, fazer pintura, quebra-cabeça, coisa para mexer com a mente, então depois que ele está fazendo desenho, colagem, outro dia até planta ele plantou, então ele está avançando, ele está mais calmo, ele está aprendendo, ele está gostando muito daqui. E a ressocialização para mim é ele está se envolvendo com as outras crianças, que antigamente ele não se envolvia, hoje conversa, brincar, está muito bem.</p> <p>*Estou muito bem, melhorou muito o M, está mais esperto, mais ativo, quando a gente fala que vai vi para o Caps ele já fica alegre, já diz “oba”, já vai tomar banho sozinho, que antigamente ele não gostava e agora ele está totalmente mais social.</p> <p>* É muito importante, porque eu estou vendo que meu filho está desenvolvendo, tava muito difícil né, mas agora ele está desenvolvendo mais com as crianças, as pessoas não estão mais tirando “sarro” dele, que antigamente eles faziam bullying com ele né, o modo dele falar, que ele ficava sempre afastado, mas ele se afastava porque as pessoas as vezes não entendiam, ficavam fazendo bullying, então ele mesmo se afastava, agora não, ele tá melhorando, cada dia mais.</p> <p>*Mudou muitas coisas né, porque ele está participando de muitas atividades, ele joga também futebol fora daqui, ele faz parte também de uma associação que tem lá, é brinquedo, é bola, então ele tá amando, e se ele tá amando eu também “tô” gostando, porque eu levo ele, tudo eu levo ele pra participar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reabilitação como meio de restituir a uma pessoa seus direitos, capacidade, situação que havia perdido; 2. Reabilitar é mexer com a mente; 3. Avanço e melhora com a permanência na instituição. 4. Ressocialização é o envolvimento com outras crianças; 5. Mudança do desempenho de antigamente para a situação atual, ex: hoje ele conversa, brinca, está mais esperto, ativo; 6. Gratidão com as atividades desenvolvidas pelos profissionais com a criança; 7. Ter atitudes de higiene corporal melhoradas, como gostar de tomar banho. 8. O <i>bullying</i> como ato de violência física e psicológica, causando dor e angustia. “As pessoas não estão tirando mais “sarro” dele”; 9. Afastamento, isolamento da sociedade, por falta de compreensão; 10. Participação em outras atividades, fora da instituição, ex: joga futebol numa associação; 11. Satisfação e inserção dos pais nas atividades melhora o desempenho da criança e ou adolescente. “Ele está amando e se ele está amando, eu também estou”. 12. Condições para a continuidade do cuidado: acolhimento e comunicação.

Dado o volume de dados analíticos, as Unidades de Registro foram numeradas sequencialmente a partir da primeira entrevista (1 a 102). Esta estratégia facilitou a localização de cada Unidade de Registro na entrevista da qual foi construída. Facilitou ainda a localização dos fragmentos das falas quando da descrição dos temas. Essa estratégia pode ser visualizada na Tabela 1:

Tabela 1 – Números das Unidades de Registro segundo cada entrevista. São Luís, Maranhão, 2018.

ENTREVISTA 1	UNIDADE DE REGISTRO DE 1-13
ENTREVISTA 2	UNIDADE DE REGISTRO DE 14-24
ENTREVISTA 3	UNIDADE DE REGISTRO DE 25-33
ENTREVISTA 4	UNIDADE DE REGISTRO DE 34-39
ENTREVISTA 5	UNIDADE DE REGISTRO DE 40-44
ENTREVISTA 6	UNIDADE DE REGISTRO DE 45-53
ENTREVISTA 7	UNIDADE DE REGISTRO DE 54-62
ENTREVISTA 8	UNIDADE DE REGISTRO DE 63-74
ENTREVISTA 9	UNIDADE DE REGISTRO DE 75-90
ENTREVISTA 10	UNIDADE DE REGISTRO DE 91-102

Fonte: dados da pesquisa

3) Análise dos resultados e interpretação: a análise final sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, onde serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos. Essa etapa é destinada ao tratamento dos resultados e nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011). Ressalta-se que no processo de análise optou-se por não trabalhar com enumeração ou contagem frequencial, pois a opção foi a descrição das categorias a partir da análise temática.

A análise final sobre as categorias empíricas encontradas exige um olhar mais profundo sobre as mesmas, onde serão realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Essa última análise permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

Tendo em vista as diferentes fases da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), destacam-se as dimensões da codificação e categorização, que possibilitam e facilitam as interpretações e as inferências. No que tange à codificação, corresponde a uma transformação que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

Após a codificação, segue-se para a categorização, que é a classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo analogia com critérios previamente definidos.

As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

4.7 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida ao Colegiado do Curso de Enfermagem e aprovada em 14 de Maio de 2018, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e aprovada sob o número de Parecer nº 2.934.518. Observando todas as exigências da Resolução CNS de pesquisa com seres humanos nº 466/12 e suas complementares.

Na condição de depositária da confiança de cada uma das participantes e de um conjunto substancial de dados, importou assegurar os princípios éticos e assumir a responsabilidade para empreender análise e interpretação consistente dos mesmos. Tendo em consideração que na pesquisa qualitativa o pesquisador terá descrições detalhadas dos dados, emerge a importância de assegurar o princípio da confidencialidade e do anonimato, portanto, a fonte dos dados será apresentada de forma codificada numérica arábica de 1-10. Em respeito às participantes, tendo-as como ativas na pesquisa, considerou-se o princípio da autonomia conferindo-as após informações e esclarecimento, a possibilidade de recusar participar da pesquisa. No primeiro contato foi esclarecido as participantes a metodologia do estudo, o objetivo, a garantia do sigilo em relação à identificação das mesmas e ao conteúdo da entrevista. Se de acordo, as participantes assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) em duas vias, uma para o pesquisador e outra para a entrevistada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: descrição interpretativa dos fenômenos

Antes de apresentar os resultados, consideramos importante ressaltar a fala de um dos participantes da pesquisa relativa a melhoria do familiar no Capsi.

“Porque ele melhorou bastante depois que ele veio pra cá. Ele era muito agressivo, ele não era uma criança sociável, ele era uma criança totalmente hiperativa, não falava nada, nem mesmo pra comer e muito menos ainda para assistir um desenho, hoje em dia ele ainda tem a hiperatividade dele, mas ele ainda senta nem que seja 10 segundos, mas senta [...] E ele tem horas que tem os momentos dele, de não compartilhar nada com ninguém, mas em parte ele melhorou bastante” (MÃE 1)

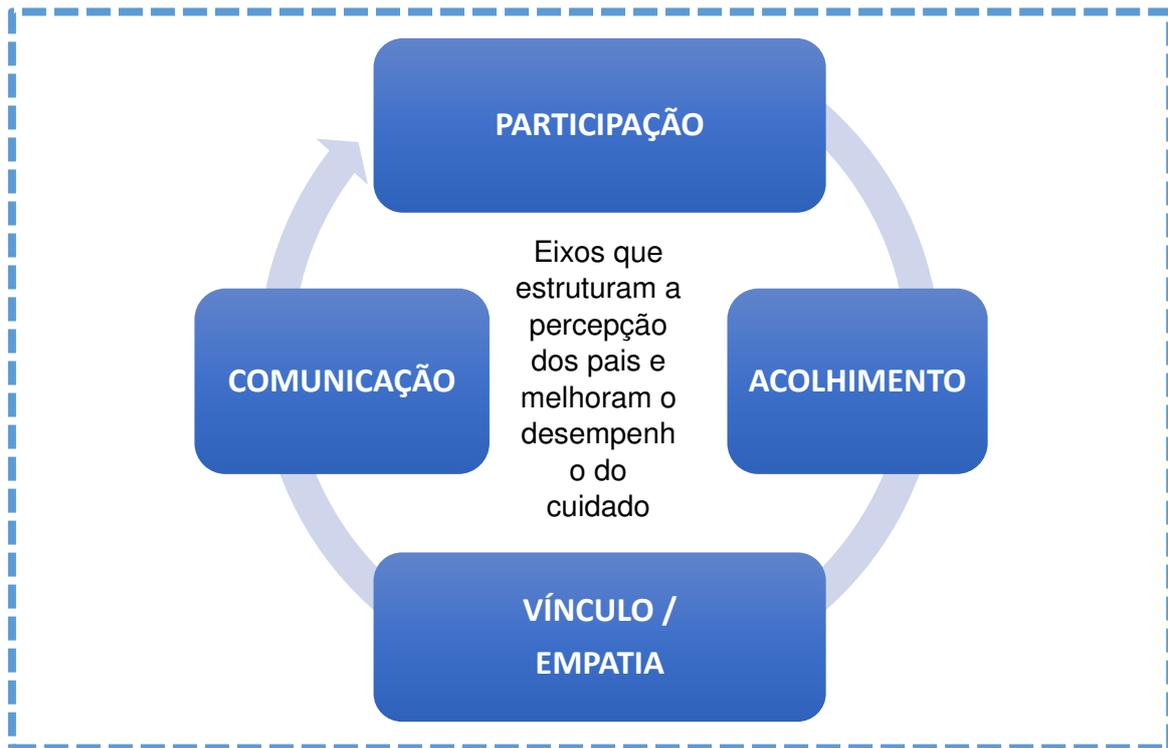
Foi com compromisso científico e ético que todo o processo da pesquisa foi conduzido, e, pelo processo da análise de conteúdo foi possível nomear temas/significados das práticas de reabilitação e ressocialização na visão dos familiares. Na análise deste fenômeno procurou-se determinar quais os temas ou formulações conceituais que respondiam à pergunta e ao objetivo da pesquisa. Para nomear cada tema utilizou-se do agrupamento das unidades de registro aliado às hipóteses construídas, compreendendo como tema uma simplificação ou uma forma de capturar o fenômeno e sua essência, a partir de uma visão global, aglutinadora e ao mesmo tempo particular, do que foi expresso pelos participantes da pesquisa. Desse processo foram construídos quatro (04) temas que foram sendo desenhados pelos familiares e que serão apresentados descritivamente com recorte das falas dos participantes e podem ser visualizados na Figura 1:

Figura 1 - Temas construídos e nomeados a partir dos dados e pelo método da Análise de Conteúdo. São Luís, Maranhão, 2018.

- 1 Percepção dos familiares nas práticas de reabilitação e ressocialização e participação dos mesmos no processo de cuidar dentro da saúde mental
- 2 Melhora do desenvolvimento pessoal da criança/adolescente no caps
- 3 A estrutura física e pessoal do caps para um bom aprendizado
- 4 Bullying e preconceito sofridos pela criança em sofrimento psíquico

TEMA 1: Percepção dos familiares nas práticas de reabilitação e ressocialização e participação dos mesmos no processo de cuidar dentro da saúde mental

Diagrama 2 – Eixos que estruturam a percepção dos familiares na reabilitação e ressocialização. São Luís, Maranhão, 2018.



Este tema contém 22 unidades de registros, que dão ênfase para a necessidade de abordar a temática. Foi revelado que muitos familiares possuem conhecimento do que sejam as práticas de reabilitação e ressocialização, mesmo não compreendendo a etimologia das palavras. As mães mais participativas possuem uma maior visão das atividades realizadas no CAPSij com seus filhos, tornando-se coadjuvantes neste processo. Notou-se que a participação dos pais, a assiduidade das crianças e adolescentes, o acolhimento com o qual são recebidos, o vínculo entre familiares e profissionais da instituição, a empatia gerada neste vínculo e comunicação entre os mesmos estruturam a percepção dos pais e melhoram o desempenho do cuidado dentro e fora da instituição:

Ah é como o próprio nome diz é reabilitar, recuperar o desenvolvimento, no

caso a do meu filho que é criança. A ressocialização é tão importante quanto, que no caso do meu filho é a principal dificuldade dele, que é a socialização, ele como autista, que para ele se socializar é poder se comunicar, interagir com as outras crianças, que a dificuldade dele era muito grande (MÃE 6).

Eu acho as práticas de reabilitação assim, tá ajudando muito ela, no desenvolvimento dela, porque depois que ela começou a TO ela melhorou 60%, em tudo, ela não interagia com outras crianças, era agressiva demais, ainda é agressiva, mas em termos tá diminuindo, então é isso, melhorar o desenvolvimento dela. A ressocialização é ela interagir com outras pessoas, outras crianças, ela não sentava pra brincar, hoje ela já senta, ela não sabia o que era não, hoje ela já sabe o que é não e assim outras coisas como o comportamento com os irmãos, ela não gostava nem que eles chegassem perto dela, porque o autista é assim tem dia que é só carinho, mas tem dia que ele não quer conversar e nem chegar perto de ninguém e hoje ela já faz isso, ela já abraça, ela já aceita um abraço, um beijo que antes ela não aceitava (MÃE 2).

Reabilitação é fazer um desenho, fazer pintura, quebra-cabeça, coisa para mexer com a mente, então depois que ele está fazendo desenho, colagem, outro dia até planta ele plantou, então ele está avançando, ele está mais calmo, ele está aprendendo, ele está gostando muito daqui. E a ressocialização para mim é ele está se envolvendo com as outras crianças, que antigamente ele não se envolvia, conversar, brincar, está muito bem (MÃE 10).

Segundo Seadi (2009) na perspectiva da atuação da família, no contexto da reabilitação, é necessário o reconhecimento de suas potencialidades e responsabilidades para com o membro familiar, ajudando-o no retorno as suas atividades sociais. É importante que os serviços de saúde ofereçam espaços de acolhimento aos familiares com profissionais qualificados, a fim de que se estabeleça vínculo entre serviço e família com o intuito de colaborar com o tratamento e a efetiva reinserção do membro.

A participação das mães e conseqüentemente a assiduidade de seus filhos traz uma notoriedade para a percepção das práticas na saúde mental, todas as mães assíduas no estabelecimento possuem uma visão mais diversificada das

práticas de reabilitar e ressocializar, enquanto que as mães menos frequentes e que estão no estabelecimento apenas nos dias de consultas, uma vez na semana ou somente “quando dar para ir”, possuem uma visão insuficiente dessas práticas. Nesse contexto parte da entrevista de duas mães trazem esta afirmação:

Eu acho assim que devido à dificuldade que minha filha tem, com eu trazendo ela aqui ela melhorou bastante, apesar de ser um pouco longe de onde eu moro que é na Fé em Deus – Liberdade, mas todas as terças, sempre de todo mês eu trago ela nas consultas. E a ressocialização é a melhora, ela desenvolver, ela aprender a ler direito, a fazer as atividades dela, porque um lado do cérebro dela não se desenvolveu, quem olha ela não diz que ela não tem nada, mas quem conversar, quem conviver com ela vai perceber que ela não lê corretamente como ela deveria estar na idade dela e no ano que ela está (MÃE 4).

A mãe 4 tem moderado entendimento do que seja reabilitar e ressocializar, no entanto, mistura o que seja reabilitação com ressocialização, não sabendo distinguir bem uma da outra. Segundo observações do entrevistador a mesma deixou escapar na entrevista que a filha só participa nas terças e principalmente para consultar, falou sobre o benefício federal que recebia e que era importante manter as consultas atualizadas. É preocupada com as atividades que a criança desempenha na escola, mas não associou essas atividades como complementares da parte do tratamento que a filha poderia ter no CAPSij caso a criança fosse mais presente nas oficinas, atividades lúdicas, palestras e interação com outras crianças, mesmo com a distância da sua residência para a instituição. Mãe colaborativa, no entanto, sempre no celular para resolver questões familiares.

Outra mãe que traz essa dificuldade na compreensão do que seja as práticas de reabilitação e ressocialização e mistura esses significados é a mãe 5:

As práticas de reabilitação são as coisas que eles fazem, desenvolvem no CAPSij, a recreatividade. E a ressocialização são o que ele não fazia antes e agora está fazendo, que ele não interagia com as crianças na escola e agora ele já interage (MÃE, 5).

A mãe possui uma compreensão restrita principalmente quando fala “a

ressocialização é o que ele não fazia antes e agora faz”, sendo que este é um conceito mais utilizado para a reabilitação. No momento da realização da entrevista a mãe aguardava marcar uma consulta para o filho, evidentemente cansada pois relatou que sempre chegava cedo, mas não conseguia chegar na numeração de senha disponível (10 consultas por dia). É notório que a preocupação era mais de consultar do que do desenvolvimento das atividades pois relatou que essa era a principal razão de estar ali.

Outros eixos que estruturam essa visão das mães sobre reabilitar e ressocializar são o acolhimento, o vínculo e empatia estabelecidos e sobretudo a comunicação, esses eixos intensificam a gratidão que as mães possuem nos serviços da instituição.

Para designar o acolhimento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p. 6), declara que “é o ato de receber e atender os diferentes integrantes da família procurando facilitar sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo”. É uma relação humanizada, vigente na Política Nacional de Humanização como uma das diretrizes principais, envolvendo trocas e inclui, além do próprio sujeito, também o seu contexto social. Outra abordagem se faz no eixo empatia, marcante nas entrevistas, que é definida como a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, preocupações e necessidades do outro. Ser empático requer a consciência de sentimento, necessidades e preocupações do outro, a formação de laços, sentimento de partilha a possibilidade de se colocar em seu lugar (RODRIGUES, 2013). Todas as entrevistadas externalizaram a gratidão em relação aos serviços prestados, ainda que apontassem eixos de melhora, assim algumas atitudes de cuidado e gratidão foram reveladas nas falas abaixo:

Mas com certeza esses serviços aqui do Caps foram essenciais para minha criança (MÃE 1).

Em relação aos serviços prestados na instituição é muito gratificante. Só em acompanhar minha filha e eu acompanhando de perto o desenvolvimento dela a cada dia é muito gratificante para mim, eu só tenho que dá os parabéns para eles. Porque aqui a gente se sente bem, as pessoas tratam a gente bem, a gente quer saber alguma coisa eles dão a informação, isso

pra gente é muito bom, pra mim como mãe é muito bom (MÃE 2).

Acho ótimo, acho legal, eles acompanham bem, tratam bem as crianças, não tenho nada que reclamar (MÃE 4)

É cem por cento, com relação ao tratamento em si, é muito bom. Porque na primeira vez que ele veio para cá ele desenvolveu muito rápido, graças à Deus, e agora novamente eu retornei justamente por isso, porque eu percebo a diferença, o resultado é bem rápido (MÃE 6).

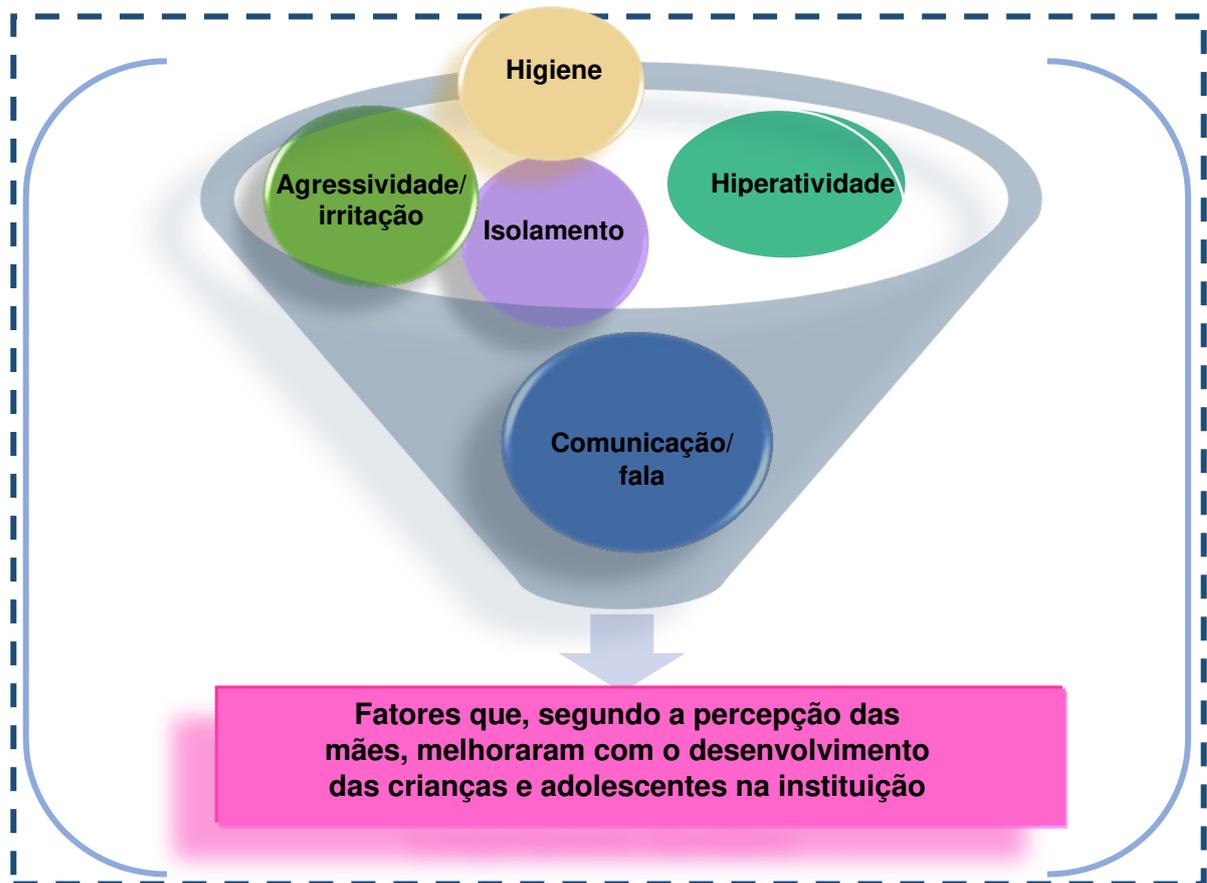
Melhorou muito o M, está mais esperto, mais ativo, quando a gente fala que vai vir para o Caps ele já fica alegre, já diz “oba”, já vai tomar banho sozinho, que antigamente ele não gostava e agora ele está totalmente mais social (MÃE 10).

Nestas declarações observa-se a relação de confiança estabelecida entre os profissionais e pelas mães demonstra que o acolhimento se faz presente, que o vínculo e empatia entre as mães e os profissionais garante uma melhora no cuidado e traz gratidão por parte das mesmas no tratamento de seus filhos, além de que a comunicação que garante a mãe a continuidade do cuidado fora da instituição traz resultados positivos para o paciente em sofrimento psíquico.

TEMA 2: Melhora do desenvolvimento pessoal da criança/adolescente no Capsi

Este tema foi constituído por 63 unidades de registros, sendo o tema com maior número de unidades, facilmente identificadas nas falas das mães. É nítido a explanação que as entrevistadas fazem do comportamento anterior para o comportamento atual e a frase “melhora do desenvolvimento” é presente em todas as entrevistas.

Diagrama 3 – Fatores de melhora no desenvolvimento das crianças e adolescentes. São Luís, Maranhão, 2018.



De acordo com Conejo (2008) o funcionamento do CAPSi não se mantém baseada apenas no suporte farmacológico, mais também, engloba estratégias e modalidades de tratamento pautados nas oficinas terapêuticas, atividades lúcidas para suporte humanizado, equipe interdisciplinar e ações envolvendo artesanato, pintura, desenho, dança e atividade física, de modo a proporcionar e construir um espaço acolhedor, de convivência e integração das crianças com o meio social no qual estão inseridas. As atividades terapêuticas desenvolvidas nos CAPSi podem trazer diversos benefícios para o desenvolvimento intelectual e interpessoal dos usuários, tendo como objetivo a socialização, a solidariedade e a cidadania, proporcionando o desenvolvimento emocional e cognitivo por meio do estímulo à construção da individualidade, a autoestima e a autoconsciência.

A finalidade de todo esse processo é devolver ao indivíduo a capacidade de exercer a sua cidadania, o que implica no acesso ao direito de uma constituição

afetiva, relacional, material, laboral e habitacional, estando assim inserido socialmente (PINHO, 2009). Foi abordado em todas as entrevistas esse desenvolvimento significativo que as crianças e adolescentes obtiveram com as atividades desenvolvidas na instituição pelos profissionais de saúde, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos.

Porque ele melhorou bastante depois que ele veio pra cá. Ele era muito agressivo, ele não era uma criança sociável, ele era uma criança totalmente hiperativa, não falava nada, nem mesmo pra comer e muito menos ainda para assistir um desenho, hoje em dia ele ainda tem a hiperatividade dele, mas ele ainda senta nem que seja 10 segundos, mas senta, só que é questão de segundo para ele se levantar. E ele tem horas que tem os momentos dele, de não compartilhar nada com ninguém, mas em parte ele melhorou bastante (MÃE 1).

É o desenvolvimento da criança, hoje elas estão bem desenvolvidas. Quando a gente chegou nesse Caps ela não sabia nada, aí ela desenvolveu; na socialização ela já interagi com as outras crianças, com os profissionais, então é muito bom ter esse centro de saúde para poder acompanhar as crianças para que elas venham a se desenvolver (MÃE 7).

Segundo Pitta (2010) a reabilitação psicossocial, do ponto de vista instrumental, representa um conjunto de meios que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes, tendo significado de estratégia, vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados.

a) No fator **comunicação/fala** oito das dez entrevistadas relataram essa dificuldade. Para Gabarra (2011) A comunicação em pediatria possui características peculiares comparadas aos pacientes adultos, visto que a criança está em processo de desenvolvimento cognitivo, social e psicológico, além de possuir adultos responsáveis pela sua saúde. Os relatos apresentaram os seguintes aspectos:

Não falava nada, nem mesmo pra comer e muito menos ainda para assistir um desenho (MÃE 1).

Porque ela ainda não fala, agora que ela tá aprendendo a desenvolver a fala, aí ela não sabia dizer não, aí quando ela queria uma coisa que os meninos não queriam dar para ela, aí eles sem entender, eu sem entender, ela se tornava agressiva, deitava, rolava, e hoje não, está sendo muito diferente porque se ela quer uma coisa ela pega na nossa mão e leva lá no local que ela quer ou acha que tá as coisas, então melhorou muito, muito mesmo (MÃE 2).

Ele veio para cá ele não falava, não se adaptava, melhorou, deu uma melhorada [...] tem tempo que já tá mais difícil de lidar, mas melhorou bastante, e principalmente a fala, que isso era o que eu tinha mais trabalho com ele, então eu tinha muita dificuldade de saber o que ele queria, o que ele sentia e hoje ele já consegue me falar (MÃE 3).

Ela conversa melhor, ela já participa, porque tem muitas das vezes que ela não aceita dizer que ela tem aquela dificuldade, mas ela já entende que tem, ela se expressa melhor (MÃE 4).

Porque ele começou com dois anos e meio, ele não falava, ele não interagia, ele tinha vários pré-diagnósticos como se caso ele fosse surdo e na hora ele não era, era o autismo e com as terapias, as oficinas ele desenvolveu muito (MÃE 6).

Dentro de casa foi da mesma forma, o que ela aprendeu muito, ela já se relaciona com as meninas e os meninos lá em casa, só minha sobrinha que ela ainda tem um pouco de dificuldade de se relacionar com ela, mas porque como ela conversa só, ela faz muita coisa só, minha sobrinha ainda não entende, mas já está bem caminho andado (MÃE 7).

então vem para fazer a oficina em grupo, conversar, rir, porque são crianças, geralmente, filho único, são mais isolados [...] ninguém podia falar com ele, que já se jogava no chão. Então mudou, hoje ele já conversa com as crianças, coisa que ninguém podia falar com ele, eu já passei meses sem vim porque coleguinha falou com ele, ia falar com ele, então ele não vinha, isso mudou, ele já está conversando, já está interagindo com as outras crianças (MÃE 8).

Ele está se envolvendo com as outras crianças, que antigamente ele não se envolvia, conversar, brincar, está muito bem (MÃE 10).

Segundo Reis (2010) e uma pesquisa realizada sobre o CAPSi o principal problema percebido que chamava a atenção dos familiares foi ausência ou dificuldade na fala - mencionado por oito das dez participantes. A fala, por constituir importante elemento da vida humana na condução da sociabilidade, é facilmente identificável e alvo de preocupação inicial pelos pais.

Assim deve-se manter a atenção dessa dificuldade para os pais, pois este aspecto é um dos primeiros para perceber a necessidade da saúde mental.

b) No fator **isolamento**, sete (7) entrevistadas relataram essa dificuldade apresentada pelos seus filhos, que a inserção das oficinas em grupo foi primordial para que os clientes desenvolvessem a ressocialização. Outro fator que chama atenção nas falas é a frase “viver no mundinho dele/a” usada pro mães com filhos autistas, as mães conseguem enxergar a dificuldade de interação de seus filhos, mas não compreendem que é típico da própria patologia. Segundo Alvares-Sousa (*et al*, 2017) a questão do isolamento social e desafeto demonstrado pelo autista evidencia uma complexa trama já que os pais não compreendem esse distanciamento o que leva a uma quebra de um padrão social onde a afetividade dos filhos pelos pais é não é referenciada como o normal.

E ele tem horas que tem os momentos dele, de não compartilhar nada com ninguém, mas em parte ele melhorou bastante (MÃE 1).

ela não gostava nem que eles chegassem perto dela, porque o autista é assim tem dia que é só carinho, mas tem dia que ele não quer conversar e nem chegar perto de ninguém e hoje ela já faz isso, ela já abraça, ela já aceita um abraço, um beijo que antes ela não aceitava (MÃE 2).

Então, ele já consegue se adaptar com outra criança, antigamente ele gostava muito de ficar só, brincar só e dentro de casa melhorou bastante (MÃE 3).

É a principal dificuldade dele, que é a socialização, ele como autista, que para ele se socializar e poder se comunicar, interagir com as outras crianças, que a dificuldade dele era muito grande (MÃE 6).

Antigamente ela era muito fechada, ela não interagia, ela vivia no mundo dela, ela fazia as coisas muito diferente das outras crianças, e hoje em dia não, ela consegue viver como outras crianças, ela é bem desenvolvida, graças à Deus, ela faz tudo praticamente normal (MÃE 7).

Ele como é autista só quer ficar em casa, no mundinho dele, trancado no quarto dele, com os brinquedos dele, jogando o jogo dele. E a partir do momento que ele sai de casa para se socializar com outras crianças já não tem mais aquela dificuldade, então vem para fazer a oficina em grupo, conversar, rir, porque são crianças, geralmente, filho único, são mais isolados (MÃE 8).

Que ele ficava sempre afastado, mas ele se afastava porque as pessoas as vezes não entendiam, ficavam fazendo bulling, então ele mesmo se afastava, agora não, ele tá melhorando, cada dia mais (MÃE 10).

c) No fator **agressividade e irritação** quatro (4) mães explanaram a mudança que seus filhos obtiveram após as práticas de reabilitação e ressocialização dentro da instituição:

Ele era muito agressivo, ele não era uma criança sociável [...] Ele mudou a questão de morder, mordida muito, batia, ele era muito agressivo, irritado, a agressividade dele melhorou bastante, ele respondeu bastante bem ao tratamento dele, graças a Deus (MÃE 1)

Era agressiva demais, ainda é agressiva, mas em termos tá diminuindo [...] Aí ela não sabia dizer não, quando ela queria uma coisa que os meninos não queriam dar para ela, aí eles sem entender, eu sem entender, ela se tornava agressiva, deitava, rolava, e hoje não, está sendo muito diferente porque se ela quer uma coisa ela pega na nossa mão e leva lá no local que ela quer ou acha que tá as coisas, então melhorou muito, muito mesmo (MÃE 2).

Ele era muito zangado, agressivo, já deu uma melhorada, porque demora, é uma coisa que é bem demorada. O comportamento dele, as vezes também, porque eu acho que é por tempo, em tempo que eles tão bons, tem tempo que já tá mais difícil de lidar, mas melhorou bastante (MÃE 3).

Ele era muito agressivo, muito irritado, ele ainda é, mas do que ele era, ele melhorou muito (MÃE 5).

Para Rost (2004) a agressividade pode ser compreendida como uma ação simbólica que acontece para desconstruir e construir conhecimentos que possibilitam a aprendizagem, faz parte da vida das crianças. Elas batem umas nas outras, choram, tiram brinquedo dos colegas, discutem. A agressão pode ainda manifestar-se em desenhos, no relacionamento com os colegas, ou até mesmo nos cadernos ou em outros materiais escolares.

FERNANDEZ citado por ROST (2004) afirma que: a agressividade é um possibilitador da aprendizagem. Segundo ele, um indicador de risco seria a agressão, que é considerada como uma atuação agressiva que não traz conhecimento: são as brigas que podem gerar grandes violências. Além da agressividade e da agressão, existem também os atos agressivos que tem relação com agressão e podem ser definidos como machucar: fisicamente ou moralmente, podendo ser considerada como violência física.

A agressividade usualmente é considerada como uma inabilidade social que deve ser combatida, dada sua estreita relação com a violência (DUARTE SOUZA, 2015, CREPALDI, p.47. *apud* PAQUETTE & MALO, 1998). No entanto, por ser um comportamento adaptativo e funcional (DUARTE SOUZA, CREPALDI, 2015, *apud* PELLEGRINI, 2008; ROSETH, PELLEGRINI, BOHN, VAN RYZIN, & VANCE, 2007), nem sempre pode ser considerada indício de comportamento antissocial. Ela pode ser tomada como parte da dinâmica social da sala de aula, desempenhando diferentes funções nas negociações entre os pares de crianças nesse contexto (DUARTE SOUZA, CREPALDI, 2015, *apud* FARMER & XIE, 2007).

d) O fator **higiene** três (3) mães trazem uma noção diversificada da melhora que as mesmas conseguem perceber com as práticas de reabilitação, já que as crianças e adolescente apresentavam pouca noção das necessidades higiênicas. Era uma das maiores dificuldades junto com a fala no processo de reabilitar as crianças, segundo a visão das mães. Três mães relataram essa mudança:

Tinha umas partes higiênicas que eu não conseguia adequar com ela e

partir de quando o médico, o neurologista, o terapeuta começaram a conversar com ela, ela começou a fazer essa parte higiênica sozinha (MÃE 4).

Na parte de habilidade mudou muito, quando ele veio não pintava, não cortava, não escovava os dentes, ainda defecava na cueca [...] então eles foram trabalhando (MÃE 8).

Já tá sabendo se banhar só que ele não gostava no começo, ele não gostava de banhar, eu já cortei o cabelo dele que era comprido e ele não deixava, hoje em dia ele se banha, toda hora quer passar creme, já tem aquela vaidade que antes não tinha (MÃE 9).

Portanto, o tratamento dessas pessoas se torna difícil, necessitando de um tempo mais prolongado nas sessões e um número maior delas, além de exigir muito mais paciência e dedicação do operador. Como existe um grande número de pessoas com deficiência mental de baixo poder aquisitivo, elas ficam sem opção de tratamento, dependendo do serviço público (JAMELLI, SR. *et al*, 2010).

e) No fator **hiperatividade** duas (2) mães externalizaram a palavra, fazendo uma associação sempre com a agressividade que as crianças apresentavam e o autismo. Nos diagnósticos médicos levantados no estudo o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) isolado corresponde a 20% (duas crianças), o autismo corresponde a 30% (três crianças), mas o TDAH com o autismo corresponde a 40% dos transtornos mentais dos filhos das entrevistadas (quatro mães entrevistadas) e outros transtornos com 10% (uma criança – distúrbio mental leve). Assim percebemos que ao todo 60% das crianças apresentam o TDAH.

Ele era uma criança totalmente hiperativa, não falava nada, nem mesmo pra comer e muito menos ainda para assistir um desenho, hoje em dia ele ainda tem a hiperatividade dele, mas ele ainda senta nem que seja 10 segundos, mas senta, só que é questão de segundo para ele se levantar (MÃE 1).

Definido pela Associação Americana de Psiquiatria, através do Manual

Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), o TDAH é compreendido como um transtorno do neurodesenvolvimento envolvendo a tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo Spencer, *et al.*, (2008), o TDAH é um distúrbio neurocomportamental que afeta principalmente crianças em idade escolar, entretanto seus padrões comportamentais atípicos podem estender-se até a vida adulta. Ele é decorrente de alterações em áreas do cérebro que implicam principalmente nos processos de aprendizagem, concentração e ações motoras. Afeta regiões do cérebro que implicam uma alteração no controle inibitório, na memória de trabalho, no tempo de reação, para além de outras funções de execução (FERNANDES, *et al.*, 2018; *apud* BUSH; VALERA; SEIDMAN, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) o diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, baseado em critérios provenientes de sistemas classificatórios estabelecidos pelo DSM-V e pela Classificação Internacional de Doenças CID-10. O DSM-V (2011) subdivide o TDAH em três tipos, quais sejam: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; e, TDAH combinado. O manual propõe a necessidade de pelo menos seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade para o diagnóstico de TDAH (*apud* COSTA, MOREIRA E SEABRA JUNIOR 2015).

A segunda mãe mencionou parte da sintomatologia que seu filho apresenta durante a entrevista:

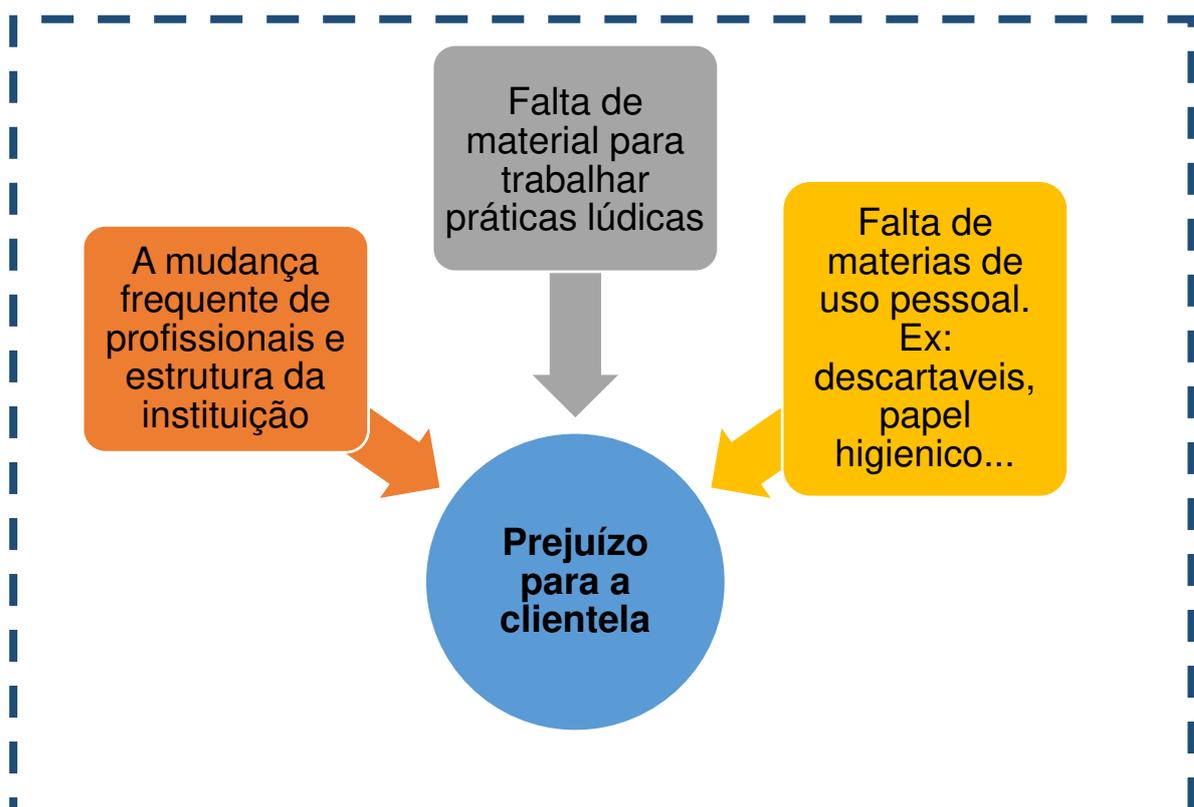
Cada crescimento é uma fase que ele apresenta, então no começo a fase dele ele não sentava, ele tinha um comportamento muito fora do limite, hiperativo, gostava chamar atenção de todas as pessoas, de estar sorrindo todo tempo, aquela risada intolerante, pra pessoa se aborrecer, mas só que ele não tem aquele pensamento como todas as pessoas tem, porque ele gosta de se exhibir, ele acha que aquilo que ele tá fazendo é certo pra ele e se qualquer coisa contraia ele, ele pergunta mais de meia hora porque eu não devo fazer isso, porque? ai eu digo que é porque tá errado, mas ele acha que todo tempo tá certo na cabeça dele (MÃE 9).

Com as declarações percebe-se que o trabalho realizado na instituição faz-se necessário para delimitar mudanças comportamentais e que no caso da hiperatividade as mães conseguem captar o processo de reabilitação e ressocialização ser executado. A desatenção, a impulsividade, os métodos de aprendizagem, concentração e ações motoras foram melhorados segundo as entrevistadas.

TEMA 3: A estrutura física e pessoal do Capsi para o um bom aprendizado

O agrupamento de 10 unidades de registro desse tema foi essencial para a explanação do mesmo, sendo que este foi o único problema apontado pelas entrevistadas no desempenho da instituição, e como único no meio de tantas melhorias apontadas, faz-se necessário que esta pesquisa dê voz a suas solicitações e suas visões de melhora, para que o processo de reabilitar e ressocializar seja efetuado em sua totalidade. O diagrama a seguir mostra as hipóteses levantadas após a transcrição das falas das participantes:

Diagrama 4 – Hipóteses levantadas da estrutura física e pessoal do CAPSi. São Luís, Maranhão, 2018.



Apresentando uma normatização básica e generalista, haja vista a complexidade de ações a serem desenvolvidas, observa-se que a gestão dos CAPS, assim como de outros programas de saúde, depende de aspectos políticos, técnicos e institucionais de cada município a influenciar seu funcionamento (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA; 2015). Não obstante, com a diversidade decorrente da regionalização do serviço, seus aspectos em cada local, o trabalho de um centro diferente do trabalho de outros centros no Brasil faz-se necessário assegurar estruturas mínimas capazes de conferir aos Centro de Atenção Psicossocial as propostas para a qual se tornaram habilitados.

Passados 13 anos desde a publicação das diretrizes para o funcionamento dos CAPS, encontram-se implantados mais de 2.200 estabelecimentos e constata-se a drástica redução dos leitos hospitalares (BRASIL, 2015).

No objetivo de destacar falhas, extrair as necessidades dos entrevistados e sua visão da estrutura física e pessoal do estabelecimento e de assegurar o cumprimento das normas e estruturas de um CAPSi, as seguintes declarações foram extraídas da pergunta “Como você se sente em relação ao os serviços prestados na instituição com seu familiar?”:

Em parte eles são muitos bons, eu gosto muito de muitas coisas que tem aqui, mas tem muita coisa que ainda deixa a desejar como agora que eles “tavam” com TO (terapeuta ocupacional) e teve a notícia que ele vai ficar no cargo só até hoje, mas que ainda estava chegando esse outro TO que a gente ainda não tem uma data certa assim, mas era para ter mais médicos, era para ter uma estrutura melhor na verdade. Mas com certeza esses serviços aqui do Caps foram essenciais para minha criança (MÃE 1).

Então eu acho regular ainda, está faltando material para trabalhar direito com as crianças, eles estão precisando muito, dá para melhorar. E questão também dos profissionais, que aqui eles trocam muito de profissionais, então isso acaba prejudicando as crianças, eles começam com um profissional depois não tem mais, vão embora, aí demora meses para chegar outro, então isso atrapalha muito (MÃE 3).

Tá deficitário, aqui já foi melhor. Há três anos nós tínhamos oficinas para as

crianças, oficinas para os pais, tínhamos almoço, tínhamos lanche, a estrutura era melhor, era um ambiente mais lúdico, tinha brinquedo, tiraram os brinquedos, tinha tv para a gente assistir. Hoje está praticamente sem nada, tem dia que não tem nem água, não tem copo, não tem papel higiênico, então não melhorou (MÃE 8).

Na visão das entrevistadas e segundo suas percepções estes problemas são prejudiciais para o desenvolvimento das crianças e adolescentes, podemos observar que a mudanças frequentes de profissionais é o fator mais destacado nas falas, e que a criança por já apresentar uma dificuldade de socialização, quando esta ação acontece é como se houvesse uma regressão no tratamento, pois segundo as entrevistadas, as crianças começam a ter um vínculo com o profissional e este é facilmente quebrado, se tornando um vínculo tênue.

Segundo Azevedo, Salvetti e Torres (2017) a avaliação dos serviços de saúde mental e a definição de indicadores de qualidade da assistência podem ajudar no desenvolvimento de estratégias efetivas de desenvolvimento e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. O mesmo declara ainda que a estrutura representa características relativamente constantes e imprescindíveis ao processo de assistência à saúde, contemplando a área física do serviço, os recursos humanos, os recursos materiais e financeiros, instrumentos normativos envolvidos na administração, apoio político e condições organizacionais.

TEMA 4: Bulling e preconceito sofridos pela criança em sofrimento psíquico

Este tema é composto por 7 Unidades de Registros, fez-se necessário a explanação por este ser o único problema mencionado pelas entrevistadas que ocorre fora do ambiente do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil. À vista disso, as mães sofrem junto com o sofrimento de seus filhos e buscam mostrar para a sociedade que o sofrimento psíquico vivenciado por eles é facilmente exacerbado quando não há compreensão por parte da população que a criança possui atribuições diferentes do que é considerado “normal”.

Figura 2 – Palavras norteadoras para elencar o *bulling*. São Luís, Maranhão, 2018.



A palavra *bullying* é de origem inglesa e a tradução literal para o português significa agredir, intimidar e atacar alguém ou uma forma de violência. O bullying abrange todas as formas de agressão, insultos, discriminação intencional e repetida. No âmbito infantil, observa-se o bullying como uma ação frequente entre crianças, que pode ocorrer na família, na rua, entre outros, mas é evidenciada em sua maioria nos espaços escolares, onde as interações sociais são mais recorrentes (GAIO & BLUM, 2015).

Três mães mencionaram a palavra *bulling* em suas entrevistas, no contexto em que a palavra foi referida observou-se a angústia que as mães sofriam, principalmente por o local em que estes atos aconteciam serem locais em que a educação e o saber faz necessário, em que as mesmas poderiam sentir-se seguras, na escola:

Ainda defecava na cueca, ele sofria *bulling* por isso (MÃE 8).

Mas eu acho que aqui é a escola dele, porque lá nessa sala irregular que ele estuda lá eles tem preconceito, até na hora da merenda, sofre *bulling*, então aqui ele se sente muito melhor. Então se tivesse uma escola para todas essas crianças que tem essa deficiência de autismo, era bom, era muito bom (MÃE 9).

As pessoas não estão mais tirando “sarro” dele, que antigamente eles faziam *bulling* com ele né, o modo dele falar, que ele ficava sempre afastado, mas ele se afastava porque as pessoas as vezes não entendiam, ficavam fazendo *bulling*, então ele mesmo se afastava, agora não, ele tá melhorando, cada dia mais (MÃE 10).

A violência comunitária de uma maneira geral, está direcionada a violência vivenciada ou testemunhada pela criança/adolescente na rua, escola e em outros locais proximais em que trafegam. A exposição a este tipo de violência pode desencadear prejuízos ao desenvolvimento e a saúde mental dessas crianças e adolescentes, como por exemplo: problemas de comportamento externalizantes, depressão e problemas internalizantes (OLIVEIRA, 2016. *apud.*, SIEGER K (2004); ASSIS SG (2009; MINAYO MCS (1998)).

Assim, a responsabilidade para combater o *bullying* está em casa, nas escolas, instituições sociais e sociedade em geral, desmitificar que a agressão verbal, física, apelidos, é frescura, ou que antigamente isso era normal e ninguém sofria. Deve-se parar de enxergar o *bullying* como uma ação exagerada ou uma simples brincadeira, os danos psicológicos são fortes para todos, principalmente crianças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer as percepções dos familiares frente as práticas de reabilitação e ressocialização, o objetivo de conhecer a percepção dos familiares foi atingido em sua magnitude, além do conhecer, foi possível identificar fatores inimagináveis vivenciados pelas mães em seu dia-a-dia e que necessitavam externalizar, como as dificuldades de comunicação dos filhos, o preconceito da sociedade, o bullying sofrido nos mais variados locais, principalmente na escola, as suas percepções de melhora para que o reabilitar e ressocializar seja efetuado em excelência, o sentimento de gratidão pelo serviço do Capsi e da importância de seus serviços para muitas famílias, e não menos importante, mas essencial, a necessidade de conversar e serem ouvidas por um profissional que trabalhe a comunicação com as mães

Os achados deste estudo pontuaram que é inviável um tratamento ser bem executado se não houver a participação constante da família. Como verificado nos depoimentos as mães assíduas no estabelecimento possuíam uma melhor compreensão do processo de reabilitar e ressocializar em relação as mães que estavam no local apenas em dias de consulta ou quando fosse possível o comparecimento, no entanto, não pode-se trabalhar casos isolados, visto que muitas das entrevistadas moravam em locais distantes da instituição, em sua maioria eram mães solteiras (9 das 10 entrevistadas), desempregadas (8 das 10 entrevistadas) e com uma renda de 0-1 salários mínimos (9 das 10 entrevistadas). Contudo, essas mães enfrentavam suas dificuldades diárias para que seus filhos pudessem ter acesso ao tratamento de saúde mental fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita e que as mesmas não poderiam custear na rede privada.

A preocupação das mães verbalizadas para que haja o cumprimento adequado do trabalho profissional e estrutural que o CAPSi deve fornecer, demonstra que estão atentas e perceptivas em todas as práticas desempenhadas, a percepção é essencial para que os familiares cumpram seu papel de proteção no contexto familiar, além de desempenharem o processo de cuidado utilizando a vigilância, visto que o monitoramento das entrevistadas se torna essencial para que as portarias que instituem o estabelecimento sejam realmente cumpridas.

No contexto ressocialização observa-se a dificuldade que as crianças enfrentavam antes de adentrarem ao tratamento institucional do Capsi, o preconceito e *bullying* são palavras que demonstram essa interação que se quebrava entre o social e o paciente em sofrimento psíquico. Demonstra que as condutas efetuadas pelos profissionais e percebidas pelas mães por meio do olhar atento tornaram-se parte do processo de reabilitar e ressocializar, melhorando o desempenho social e interativo que as crianças e adolescentes começaram a desenvolver.

A pesquisa aponta subsídio para o trabalho da saúde mental na família, que o processo de reabilitar e ressocializar necessita de participação familiar para atingir o êxito. Com isso, os profissionais de saúde devem ampliar o olhar, na abordagem multiprofissional, contemplando seus familiares. A família é coadjuvante nesse processo de reabilitar e ressocializar ou até mesmo, uma atriz principal no tratamento.

REFERÊNCIAS

ALVARES-SOUSA, Willian Divo. FEITOZA, Natália Thais Mendes. OLIVEIRA, Henry Johnson Passos. SILVA, Felicialle Pereira. Criança autista e a família: uma visão da enfermagem. **Revista Saúde - UNG-SERv**. 11, n.1 (ESP), ISSN 1982-3282. 2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª edição revisada e ampliada. Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5**. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARAUJO, Gabriela Henrique. SARAIVA, Alynne Mendonça. CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de. CASTRO, Anna Luiza Gomes. COSTA, Lorena de Farias Pimentel. FERREIRA-FILHA, Maria de Oliveira. Estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS infantil: concepções de familiares e profissionais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750949003>> ISSN. Acesso em: 17 de Nov. 2018.

ASSUNÇÃO, Cintia Feliciano de. SANTOS, Ana Laura Dias dos Santos. LINO, Fabiane Azevedo. SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo. A Enfermagem e o relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. **Revista Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v.1, n.6, p. 2034-2051, jan./2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/709/1011>>. Acesso em: 03 de Dez, 2017.

AZEVEDO, Ariane Priscila Fonseca; FIGUEREDO, Vanessa Catherina Neumann. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Psicologia**., Organ. Trab., Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 30-42, mar. 2015. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n1/v15n1a04.pdf>>. Acesso em: 05 Set 2018.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. SALVETTI, Marina de Góes. TORRES, Gilson Vasconcelos de. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 2017;7:e1685 DOI: 10.19175/recom.v7i0.1685. Disponível em: www.ufsj.edu.br/recom. Acesso em 20 de Nov, 2018.

BARATA, Mayara Francelle Oliveira. NÓBREGA, Keise Bastos Gomes da. JESUS, Kátia Cilene Silva de. LIMA, Maria Luiza Lopes Timóteo de. FECUNDES, Vera Lucia Dutra. Rede de cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico: ações de promoção à saúde. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**.

2015 maio-ago.;26(2):225-33. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i2p225-233>>. Acesso em: 05 de Dez, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edições 70. São Paulo, 2011.

BELTRAME, Marina Maria. **Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi**. [Dissertação]. Maringá (PR). Universidade Estadual de Maringá: Maringá; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v. 10, n. 12, out. 2015. Disponível em: <Disponível em: <https://goo.gl/ULv73a> >. Acesso em: 7 de Abr, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília – DF 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 07 de Fev, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 05 de Dez, 2018.

_____. Ministério da saúde; Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília; 2010a. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acessado em: 23 de Set, 2017.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): Editora MS; 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil; (Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas)**. OPAS. Brasília: DF, 56p. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: DF, 86p. 2004.

BRISCHILIARI, A. et al. Concepção de familiares de pessoas com transtorno mental sobre os grupos de autoajuda. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 29-35, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.03.41015>>. Acesso em: 03 de Mai, 2017.

BOTELHO J, LIMA, M. Percepção das emoções dos usuários do CAPS II: um relato de experiência. *Fractal*, **Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922015000200160>. Acesso em: 03 de Dez, 2018.

CONEJO, S.P. MORETTO, C.C. TERZIS, T. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Revista do NESME**, São Paulo, v. 1, n. 5, 2008, p. 55-67.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Regulação Dos Serviços De Saúde Mental No Brasil**. – Brasília, DF: CFP, 2013. 1ª Edição 160 p.

COSTA-ROSA, A. O. **Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar**. In: AMARANTE, P. D. C. (org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 314p.

COSTA, C.R; MOREIRA, J.C.C.; SEABRA JÚNIOR, M.O. Estratégias de ensino e recursos pedagógicos para o ensino de alunos com TDAH em aulas de educação física. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v.21, n.1, p.111-126, 2015.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, 2011, v. 10, n. 4, p. 861–865.

DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira. **Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil**. *Emancipação*, vol.13, n.1, p.39-54, 2013.

DUARTE SOUZA, Carolina. VIEIRA, Mauro Luís. CREPALDI, Maria Aparecida. **Revista Psicologia**. Porto Alegre, v. 46, n. 1, pp. 46-56. O que Dizem Professores da Pré-Escola sobre Agressividade entre Crianças. Universidade Federal de Santa Catarina - jan-mar, 2015.

FERNANDES, Lidiane Aparecida. MAIA, Guilherme. APOLINÁRIO-SOUSA, Tércio. RIBEIRO-SILVA, Patrick Costa. Análise do exercício físico em crianças com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (tdah): uma revisão integrativa. **Revista Marília – Unesp**; v.19, nº 1; ISSN: 2359-2974. UFMG, 2018. Disponível em:

<<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/sobama/article/view/7957>>. Acesso em 17 de Nov, 2018.

GABARRA, L. M., CREPALDI, M. A. A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. **Revista Psicologia. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 65, p. 209-218; ISSN 0103-7013. PUCPR – Grupo Marista. Abr./jun. 2011.

GAIO, Dulce Mara. BLUM, Priscila. **Implicações do bullying no desenvolvimento infantil.** Cadernos de Artigos Científicos e Resumos Expandidos; v. 1, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/1017/994>>. Acesso em: 20 de Nov, 2018.

GRACIA D. **Ética y vida: estudos de bioética.** n.º 2: Bioética clínica. Santa Fé de Bogotá (CO): El Buho; 1998.

GUIMARÃES, A. N. FOGAÇA, M.A. BORBA, L.O. PAES, M.R. LAROCCA, L.M. MAFTUM, M.A. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Revista Texto Contexto Enferm.** 2010 abr/jun; 19(2):274-82

GUIMARÃES, A. N. et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes de reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde,** Maringá, v. 14, n. 1, p. 830-838, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v14i1.22187>>. Acesso em: 03 Jan, 2018.

JAMELLI, S. R. MENDONÇA, M.C. DINIZ, M.G. ANDRADE, F.B.M. MEL, J.F. FERREIRA, S.R. *et al.* Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. **Revista Ciência, Saúde Coletiva,** 2010; 15(1): 1795-800.

KEBBE, L. M. *et al.* Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Revista Saúde debate,** Londrina, v. 38, n.102, p. 494-505, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>>. Acesso em: 03 de Mai, 2017.

LACERDA, M. R.; LABRONICI, L. M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 2010, v. 64, n. 2, p. 359–364.

LEÃO A, BARROS S. **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social.** Saúde Soc. 2008; 17(1):95-106.

LEWIS, Michele dos Santos Ramos; PALMA, Claudia Maria de Sousa. O psicólogo na saúde mental: sobre uma experiência de estágio em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 1379-1404, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400004>. Acesso em 01 Set, 2018.

MACEDO, João Paulo. ABREU, Mariana Marinho de. FONTENELE, Mayara Gomes. DIMESTEIN, Magda. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00155.pdf>>. Acesso em: 01 de Set, 2018.

MARTINS, Pedro Pablo Sampaio. LORENZI, Carla Guanaes. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa** – Vol. 32 n. 4, pp. 1-9. Disponível em: <doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216>>. Acesso em: 05 de Dez, 2018.

MARZANO, M.L.R. SOUSA, C.A.C.S. O espaço social do Caps como possibilitador de mudanças na vida do usuário. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UNIRIO; **Revista Texto Contexto Enfermagem** - Out-Dez; 13(4):577-84. Rio de Janeiro (RJ), 2004.

MELO, Anastácia Mariana da Costa, **Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil**; Cadernos Brasileiros de Saúde Mental ISSN, Florianópolis, vol.8, n.9, p.84-95, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Ed. Hicitec – Abrasco, p.406, 2010.

NASCIMENTO, K. C. *et al.* O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista Enfermagem**. UFPE on line, Recife, v. 10, n. 3, p. 940-948, 2016. Disponível em: <10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601>. Acesso em: 02 Jan, 2017.

OLIVEIRA, W. F. **Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial**. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 48-61, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1126>>. Acesso em: 13 de Mar, 2017.

OLIVEIRA, Déborah Gabriely Rocha. **Instrumentos de rastreio, identificação e avaliação das diferentes formas de violência sofridas na infância e na adolescência: uma revisão de literatura**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/17188>. Acesso em: 20 de Nov, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Declaração de Caracas. **Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS)** [Internet]. Caracas; 1990 [citado 2009 set. 12]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 13 de Mar, 2017.

PIMENTEL, F.C. ALBUQUERQUE, P.C. SOUZA, W.V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Revista Saúde Debate**. 2015 jan-mar;39(104):88-101.

PINHO, P.H. OLIVEIRA, M.A.F. VARGAS, D. ALMEIDA, M.M. MACHADO, A.L. SILVA, A.L.A. *et al.* Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista Escola de Enfermagem**. USP. 2009; 43 (2).

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Editora Hucitec, 3ª Ed. São Paulo: 2010.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4.580, dez. 2011.

REIS, A.O. A. **Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo** [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.

RODRIGUES, L. M. O. A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro. CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

ROST, M. E. L. C. A agressividade no cotidiano escolar. 2004. Disponível em: <<http://www.facosfacad.com.br/ped/art2003/19.doc>>. Acesso em: 12 de Fev, 2017.

SANTOS, Q. G. *et al.* Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista Pesqui. Cuid. Fundam**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 3740-3757, 2016. Disponível em: <10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3740-3757> . Acesso em: 12 de Dez, 2017.

SCHRANK G, OLSCHOWSKY A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Revista Escola de Enfermagem**, USP. 2008;42 (1): 127-34.

SEADI, S.M.S. OLIVEIRA, M.S.A. Terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Revista Psicol Clínica**. 2009; 21 (2).

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**. Métodos para análise de entrevistas, texto e interações. Porto Alegre: Artmed; 2009.

SITZIA, J. WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45 (12):1829-1843. 1997.

SOUSA, F. G. M; ERDMANN, A. L. e MAGALHAES, A. L. P. In **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática** / Organizadoras: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. – Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 99-122, 2015.

SPENCER, T. In: EBERT, M.; LOOSEN, P.; NURCOMBE,B.; LECKMAN, J. **Attention déficit/ hyperactivity disorder**. *Current Diagnosis Treatment Psychiatry*. 2. ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2008.

ANEXOS ANEXO A -



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM**

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO -PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:**PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE ÀS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO
2. **ALUNO(A):**ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA
3. **ORIENTADOR(A):**PROF.^ªDra. RITA DA GRAÇA CARVALHAL FRAZÃO CORRÊA
4. **INTRODUÇÃO:**Capítulo redigido de forma clara e sucinta, utilizando referencias atuais.
5. **JUSTIFICATIVA:**Apresenta justificativa coerente com a proposta apresentada.
6. **OBJETIVOS:**Conhecer a percepção dos familiares de clientes de centro de Atenção Psicossocial (CAPS) frente as práticas de reabilitação e ressocialização. Uma vez que apresenta apenas um Objetivo, sugere-se a retirada do termo "Objetivo Geral." Passível de alcance.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:**Estudo qualitativo apoiado na análise do Discurso. Participarão familiares de clientes assistidos em tempo mínimo de 6 meses em CAPS I. Coleta programada para julho a agosto de 2018 por meio de questionário sociodemografico e roteiro de entrevista individual.
8. **CRONOGRAMA:** Contempla todas as etapas de um projeto de pesquisa. Atentar para o período destinado à coleta de dados, uma vez que o Parecer Consubstanciado do CEP ressalta período de coleta entre junho de 2015 e junho de 2017.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:**Como o estudo ainda não fora apreciado pelo CEP e o TCLE não enfatiza os riscos aos quais o participante estará exposto - salientando apenas que não oferece riscos físicos e isso não atende o preconizado na Resolução CNS nº466/2012, sugere-se adequação do texto antes do encaminhamento à Plataforma Brasil para apreciação.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequada
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Em face a análise realizada no novo projeto apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem, este parecerista sustenta a APROVAÇÃO.

São Luís, 10 de maio de 2018.

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 14/05/2018
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.

Prof.ª Dr.ª Andréa Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem

Prof.ª Dr.ª Andréa Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA Matrícula: 4152259

ANEXO B

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE ÀS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO

Pesquisador: ROSILDA SILVA DIAS

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 98725018.1.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.965.571

Apresentação do Projeto:

Introdução: as transformações que estão se processando na assistência na área da saúde mental requerem que a pessoa com transtorno mental seja reinserida na sociedade. Neste sentido, a família assume importante papel nesta nova perspectiva, pois passa a ser percebida e inserida no processo de socialização da pessoa com transtorno mental e deve assumir responsabilidade e compromisso em participar ativamente do tratamento desta pessoa (SANTOS et al., 2016). Objetivo: conhecer a percepção dos familiares de clientes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) frente as práticas de reabilitação e ressocialização. Metodologia: trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter fundamentada em dados, buscando soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado por meio da Análise do Discurso. A escolha do local foi baseada na importância dos CAPS como centro de reabilitação de pacientes com transtornos mentais e por ser um dos principais locais destinados as práticas de ressocialização e reabilitação. O número de amostra será definido durante a coleta de dados através do critério de saturação, segundo o qual as entrevistas são suspensas quando os discursos apresentam repetição das informações, devido ao fato de não existirem novos elementos para a análise (SILVERMAN, 2009). Esta condição é critério de suficiência de amostra na pesquisa qualitativa. A amostra atende os seguintes critérios: critérios de Inclusão: • Todos os familiares de clientes assistidos em tempo mínimo de seis (6) meses no centro de atendimento da pesquisa, esse tempo constituirá uma percepção particular dos serviços que os atendem, como também apresentariam um conhecimento do local e do público alvo; e estejam dispostos a participar de forma voluntaria da pesquisa. O presente estudo é qualitativo de caráter fundamentada

em dados que busca conhecer a percepção dos familiares sobre as práticas de reabilitação e ressocialização com a participação de X familiares do CAPS I. Será por meio de um questionário sociodemográfico para a caracterização do participante e roteiro de entrevista com relatos de cada familiar, gravados e analisados. Para realizar a presente pesquisa a técnica utilizada será o questionário sociodemográfico do participante e roteiro de entrevista. O primeiro instrumento utilizado será o questionário sociodemográfico que será aplicado individualmente, antes do roteiro de entrevista, visando captar aspectos sociodemográficos para a caracterização das participantes. O segundo instrumento será o roteiro de entrevista com questões relacionadas a reabilitação e ressocialização. A entrevista será realizada a partir de um roteiro com perguntas abertas que, segundo Minayo (2010), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador ao entrevistador e que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo. Para garantir à fidedignidade dos relatos as entrevistas serão gravadas com o conhecimento e consentimento prévio dos entrevistados e posteriormente serão transcritas. Tanto a coleta de dados, quanto à transcrição serão realizadas pelos pesquisadores envolvidos, por compreender ser este um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise. A coleta de dados será realizada com agendamento com os familiares, de forma individualizada, com base na disponibilidade do participante. Após as entrevistas, as falas serão agrupadas de acordo com seu núcleo temático em categorias e interpretadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011) a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a percepção dos familiares de clientes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) frente as práticas de reabilitação e ressocialização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não oferece riscos aos participantes da pesquisa.

Benefícios: Contribuir para a execução de uma Enfermagem de excelência no âmbito da saúde pública e na saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/16 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1192911.pdf	03/10/2018 12:23:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEclesiaeRosilda.docx	12/09/2018 18:19:59	ROSILDA SILVA DIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Eclesia_Kauana_Projeto_TCC.pdf	23/08/2018 20:58:35	ECLESIA KAUANA DOS SANTOS SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Eclesia_Kauana_Projeto_TCC.docx	02/08/2018 19:52:14	ROSILDA SILVA DIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartaanuenciaeclesia.pdf	02/08/2018 19:37:52	ROSILDA SILVA DIAS	Aceito
Folha de Rosto	Scan_20180802_155154.pdf	02/08/2018 16:00:07	ROSILDA SILVA DIAS	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 17 de Outubro de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador (a))



APENDICES
APENDICE A –
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM
ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA
ORIENTADOR(A): PROF^a. DR^a ROSILDA SILVA DIAS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa com o título: “PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES FRENTE AS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO E RESSOCIALIZAÇÃO”, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Rosilda Silva Dias.

Esta pesquisa em como objetivo conhecer a percepção dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) frente as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde. Em outras palavras, queremos conhecer a sua visão sobre as práticas de reabilitação e ressocialização desenvolvidas pelos profissionais de saúde com esses usuários, em um Centro de Atenção Psicossocial – Infanto-juvenil.

Concordando em participar da pesquisa, o (a) senhor (a) irá ser entrevistado individualmente de forma privativa respondendo a alguns questionamentos que visam identificar seu olhar acerca das práticas de saúde e seu tratamento na instituição CAPS – Infanto-juvenil, que serão realizadas nas dependências da mesma de forma privativa e terá duração aproximada de até 60 minutos em horário previamente marcado.

A pesquisa não oferecerá **RISCO** físico, mas se em algum momento o senhor (a) se sentir constrangido e ou desconfortável em decorrência de alguma pergunta, nos lhe oportunizaremos outro momento para dar continuidade nessa entrevista, de acordo com sua vontade ou ainda se preferir poderá deixar de participar sem nenhum prejuízo. Caso o senhor(a) aceite em participar, terá como **BENEFÍCIO** orientações sobre como devem ser as práticas de saúde que visam a reabilitação e a ressocialização do paciente, ou esclarecimento de suas dúvidas que possa ajudar na condução do tratamento.

Fica claro que o (a) senhor (a) pode, a qualquer momento, recusar a sua participação desta pesquisa e retirar seu consentimento sem que lhe traga nenhum prejuízo e/ou punição em relação ao tratamento.

Considerando que a sua entrevista será realizada enquanto estiver nas dependências da Instituição pesquisada, na rotina do seu tratamento, não havendo necessidade de sua vinda exclusivamente para esta entrevista, não haverá **GASTOS** de dinheiro com a sua participação e o (a) senhor (a) também não receberá nenhum pagamento para participar, mas em caso de alguma despesa em decorrência deste estudo, você e seu familiar responsável serão ressarcidos.

Esclarecemos ainda que caso se sinta prejudicado em algum momento relacionado à pesquisa, o (a) senhor (a) tem direito de buscar indenização nas instâncias legais.

Será garantido sigilo (segredo) da sua identidade e das informações colhidas ao seu respeito, e estas não serão divulgadas, ou seja, ninguém saberá que participou deste estudo.

Caso tenha dúvidas referente ao estudo, poderá entrar em contato com a Profa. Rosilda Silva Dias, que é a pesquisadora responsável, nos contatos, E-mail: rsilvadias@ig.com.br / cel: (98) 98245-6606 e em caso de dúvidas sobre os seus direitos, poderá entrar em contato com o CEP/UFMA na Universidade Federal do Maranhão localizado na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07, E-mail para correspondência cepufma@ufma.br, dúvidas ligue: 3272-8708. Para entender o que é um CEP, lhe explicamos que se trata de um comitê formado por profissionais que avaliam os projetos realizados com os seres humanos e tem o objetivo de sua proteção.

Caso aceite em concordar, solicitamos que assine esse documento juntamente com o pesquisador, em duas vias, rubricando em todas as páginas, ficando com uma via em seu poder e a outra ficará com o pesquisador.

São Luís, ___/___/___

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



APÊNDICE B –
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM
ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA
ORIENTADOR(A): PROF^a. DR^a ROSILDA SILVA DIAS

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação _____ do Participante _____ :

_____ Grau de Parentesco com
 o cliente do CAPS I: _____ Sexo: () F () M

Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Tempo na instituição do familiar
 _____ (em anos e meses);

Renda familiar per capita (R\$): () 0-1 () 1-2 salários mínimos () 2-3 salários
 mínimos () 3-4 salários mínimos () mais de 4 salários mínimos.

Diagnóstico médico do familiar

São Luís, ___/___/___

 Assinatura do participante

 Assinatura do pesquisador



APÊNDICE C -
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM
ECLÉSIA KAUANA DOS SANTOS SILVA
ORIENTADOR(A): PROF^a. DR^a ROSILDA SILVA DIAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você acha que seja as práticas de reabilitação e ressocialização na Saúde?
2. Como você se sente em relação aos serviços prestados na instituição com seu familiar?
3. Você considera importante para melhoria de seu familiar estar aqui no Centro de Atenção Psicossocial?
4. O que mudou nas relações sociais de seu familiar desde que começou a desenvolver atividades neste estabelecimento?

Observações do entrevistador:
