

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

**Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial
Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas**

São Carlos

2014

**Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial
Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes

**Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial
Infantojuvenil (CAPSi): realidade e perspectivas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof. Dr. Thelma Simões Matsukura

São Carlos
2014

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

F363ca

Fernandes, Amanda Dourado Souza Akahosi.

Cotidiano de adolescentes vinculados a um Centro de
Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) : realidade e
perspectivas / Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes.
-- São Carlos : UFSCar, 2014.

134 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2014.

1. Adolescentes. 2. Saúde mental. 3. Terapia ocupacional.
4. Cotidiano. 5. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

CDD: 305.235 (20ª)

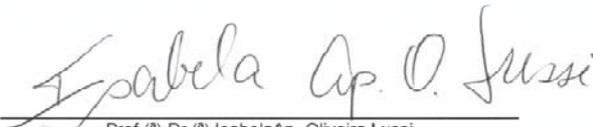
FOLHA DE APROVAÇÃO DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DO(A)
ALUNO(A) AMANDA DOURADO SOUZA AKAHOSI FERNANDES, DEFENDIDA
PUBLICAMENTE EM 26 DE FEVEREIRO DE 2014.



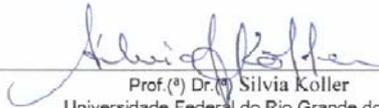
Prof. (a) Dr. (a) Thelma Simões Matsukura
Orientador(a) e Presidente
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Maria Fernanda Barbosa Cid
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Isabela Ap. Oliveira Lussi
Universidade Federal de São Carlos



Prof. (a) Dr. (a) Sílvia Koller
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Homologado na CPG-PPGTO na
_____ª Reunião no dia
____/____/____

**Financiamento: Processo nº 2012/16268-0, Fundação de Amparo à
Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)**

Agradecimentos

À Deus por estar sempre tão presente em minha vida, iluminando e guiando meu caminho.

À minha orientadora Thelma, por todos esses anos de companheirismo, suporte, carinho e crescimento. Sem você nada disso seria possível.

À toda minha família, minha mãe Ana, minhas avós e avô e principalmente meus queridos irmãos Gabriel e Vinícius por serem minha inspiração e fonte de amor.

Ao meu namorado e amigo, por todos esses anos presente em minha vida, por ter me auxiliado quando precisei, por ser meu apoio, meu suporte, parte de mim.

Ao CAPSi pela oportunidade e abertura, me recebendo com muito carinho e me auxiliando durante minha permanência no serviço.

À todos os trabalhadores do CAPSi pelo auxílio, orientações, disponibilidade e amizade que levarei onde eu estiver.

À todas as famílias, crianças e adolescentes participantes da pesquisa. Obrigada por deixarem eu fazer parte de suas vidas, obrigada pela confiança e afeto.

Às minhas amigas Camila, Giovana, Bruna, Bianca e Mayara, pelas estadias, pelos momentos de angústia e conquistas. Obrigada por compartilharem de forma tão intensa esses anos comigo.

Às minhas companheiras do projeto de extensão, do grupo de pesquisa, pelo conhecimento adquirido e amizade construída.

Às minhas amigas do PPGTO, assim como as da graduação, que alegraram meus dias, me deram força e auxílio em todos os momentos.

À FAPESP pelo apoio financeiro.

RESUMO

O desenvolvimento consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e seu contexto durante o tempo. Sob esta perspectiva, o sofrimento psíquico intenso na adolescência irá impactar o desenvolvimento dos adolescentes e daqueles com quem convivem. Compreender o cotidiano e as atividades de adolescentes em sofrimento psíquico intenso é importante, primeiramente, para a identificação dos processos que este sofrimento gera no dia-a-dia e para possibilidades de intervenção voltadas a estes jovens. O objetivo do presente estudo é conhecer o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso que estejam vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi). Trata-se de estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado por meio da metodologia de pesquisa baseada na Inserção Ecológica. Participaram da pesquisa 13 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, inseridos em um CAPSi de uma cidade de grande porte do estado de São Paulo e 15 pessoas da sua rede de suporte social. Os participantes relativos à rede de suporte social foram indicados pelos próprios adolescentes e, dentre eles, tem-se técnicos do CAPSi, familiares e amigos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram dois roteiros de entrevista semiestruturada e o diário de campo. Para análise de dados do diário de campo, a pesquisadora realizou repetidas leituras e identificou extratos representativos da realidade observada. Quanto à análise das entrevistas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados apontam para um cotidiano de atividades limitadas, abandono escolar, impossibilidade de realizar atividades de lazer, dificuldade de relacionamento com os familiares e relações sociais praticamente restritas ao contexto do CAPSi. Discute-se que as relações estabelecidas entre o adolescente e os diversos contextos de desenvolvimento pertinentes a esta etapa da vida não ocorrem de forma efetiva, na medida em que a reciprocidade entre as relações interpessoais não faz parte da realidade desses jovens e a inserção em espaços sociais e oportunidades de aprendizado são limitadas. Considera-se que a partir do reconhecimento do cotidiano dos adolescentes em sofrimento psíquico intenso se evidenciou as fragmentações presentes, que devem ser refletidas e consideradas nas formulações de políticas públicas, e questiona-se o alcance e limites das estratégias existentes.

Palavras-chave: Adolescente; Saúde mental; Terapia Ocupacional; Cotidiano; Saúde mental infantojuvenil; CAPSi.

ABSTRACT

The development consists in a reciprocal interaction process, between the person and its context through time. Under this perspective, the psychic suffering during adolescence will impact the development of teenagers as well as impact those with whom they coexist. To comprehend the quotidian life and the activities of teenagers who are in psychic suffering is important for the identification of processes that this suffering creates in their daily lives and for the possibility of intervention towards these teens. The objective of the present study is to understand the quotidian life of teenagers who are in psychic suffering and linked to a Center of Psychosocial Attention to Child-Youth (CAPSi). It is an exploratory study, descriptive, of qualitative approach, done through the research methodology based on the ecological insertion. Thirteen teenagers between the ages of 12 and 18, each one linked to a CAPSi of a big city in the state of SP, as well as fifteen people of their social support network, participated of the research. The participants concerning the social support network were nominated by the teenagers themselves and among them were CAPSi technicians, family members and friends. The used instruments for data collection were two semi-structured interview scripts and the field journal. In order to analyze the data, the researcher executed repeatedly measures and identified representative fragments of the observed reality. In concerns of the interview analyzes, the Collective Subject Discourse technique was applied. The results indicate a quotidian life of limited activities, school dropout, impossibility to have recreational activities, difficulty when it comes to the relationship with family member and social relations practically restricted to the CAPSi context. It's discussed that the relations established between the teenagers and the diversified contexts of pertinent development to this stage of their lives do not occur in a effective way, while the mutuality concerning interpersonal relations are not part of these teenagers reality and their insertion on social places as well as opportunity of learning are limited. It is considered that from the quotidian life recognition of those teenagers under psychic suffering, the present fragmentations were evidenced, that shall be examined and considered in the creation of public policies, and the reach, as well as limits, of the existent strategies are questioned.

Key Words: Teenager, Mental Health, Occupational Therapy, Quotidian Life.

ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- SÉRIE HISTÓRICA DA EXPANSÃO DOS CAPS	29
FIGURA 2- SERIE HISTÓRICA DO CAPS POR TIPO	29
FIGURA 3- EIXOS	73
GRAFICO 1- DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DOS ADOLESCENTES	45
GRAFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS	46
QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES DA PESQUISA	42
QUADRO 2- DADOS GERAIS DOS MEMBROS DA REDE DE SUPORTE SOCIAL	43
QUADRO 3- DADOS GERAIS DO CAPSI	45
QUADRO 4- GRADE DE ATIVIDADES EXISTENTES NO CAPSi	47
QUADRO 5- CARACTERÍSTICAS DO QUADRO CLÍNICO E INSERÇÃO DOS ADOLESCENTES NO CAPSI	56
QUADRO 6- CARACTERIZAÇÃO DOS MEMBROS DA REDE DE SUPORTE DOS ADOLESCENTES	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - ANCORAGEM

CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPSi – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

DSC - DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

ECH - EXPRESSÃO CHAVE

FAPESP - FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

IC - IDEIA CENTRAL

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 A TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E A ADOLESCÊNCIA	13
1.2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	17
1.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: HISTÓRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS	20
1.3.1 Os centro de atenção psicossocial infantojuvenil (CAPSI)	26
1.4 O COTIDIANO A PARTIR DA TEORIA DE AGNES HELLER	31
1.4.1 Elementos para a abordagem sobre o cotidiano	31
1.4.2 O cotidiano e a terapia ocupacional	34
1.5 JUSTIFICATIVA	37
2. OBJETIVOS	38
3. MÉTODO	39
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO ECOLÓGICA	39
3.2 PARTICIPANTES	41
3.3 LOCAL DA PESQUISA: Centro de atenção psicossocial infantojuvenil-CAPSi	44
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	48
3.5 PROCEDIMENTOS	49
3.5.1 Questões éticas	49
3.5.2 Elaboração, validação e aplicação dos instrumentos para coleta de dados	49
3.5.3 Identificação, localização dos participantes e coleta de dados	50
3.5.4 Identificação, localização dos participantes e coleta de dados	52
3.5.5 Análise dos dados	53
4. RESULTADOS	56
4.1 RESULTADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – ADOLESCENTE E MEMBROS DA REDE DE SUPORTE SOCIAL	56

4.2 RESULTADOS A PARTIR DA INSERÇÃO ECOLÓGICA	59
4.3 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM ADOLESCENTES E COM OS MEMBROS DA REDE DE SUPORTE SOCIAL	71
4.3.1 O adolescente e sua singularidade	73
4.3.2 O adolescente e o engajamento nas atividades do dia a dia	78
4.3.3 O adolescente e as relações sociais	82
4.3.4 O adolescente e os contextos de inserção	85
4.3.5 O adolescente e as perspectivas futuras	88
5. DISCUSSÃO	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXO 1- Aprovação do Comitê de ética em pesquisa em seres humanos	122
APÊNDICE 1- Ficha de caracterização do CAPSi	125
APÊNDICE 2- Ficha de caracterização dos adolescentes	127
APÊNDICE 3- Roteiro de entrevista com o adolescente	129
APÊNDICE 4- Roteiro de entrevista com a rede de suporte	133

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo campo da saúde mental infantojuvenil sempre esteve presente em minha trajetória acadêmica. Durante a graduação pude desenvolver duas pesquisas de iniciação científica, as quais abordavam os fatores de risco e proteção à saúde mental infantil. Além disso, desde o início da graduação acompanhei um projeto de extensão que envolvia intervenções, em terapia ocupacional, junto a crianças e adolescentes com dificuldades socioemocionais. Assim, sempre busquei me aprofundar e compreender melhor o campo da saúde mental infantojuvenil.

Após a graduação, optei por realizar o mestrado em Terapia Ocupacional, buscando aprofundar meus conhecimentos nesta área. Como nas pesquisas de iniciação científica realizei entrevistas com familiares e cuidadores, visando identificar fatores de risco e proteção presentes no dia a dia de crianças em situação de risco; no mestrado, optei por dar voz aos próprios sujeitos em sofrimento psíquico intenso¹. Para tanto escolhi os adolescentes, visto que com crianças as entrevistas poderiam se tornar inviáveis. Além disso, como já havia investigado os fatores de risco e proteção ao desenvolvimento, quis nesta nova fase, conhecer como se constitui o cotidiano de adolescentes que já se encontram em sofrimento.

Assim, o processo de construção de um projeto de pesquisa se concretizou, o que permitiu a realização do presente estudo.

¹ No texto será utilizado o termo sofrimento psíquico intenso ao se tratar dos adolescentes participantes, uma vez que o CAPSi é um serviço que deve responder a essa demanda, assim como considera-se a partir das entrevistas e prontuários que os participantes apresentam intenso sofrimento.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E A ADOLESCÊNCIA

O desenvolvimento humano é caracterizado como um fenômeno contínuo e de mudanças das características biopsicológicas dos seres humanos. Assim, este fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida por meio das gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente (BRONFENBRENNER, 2011).

De acordo com o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, diversos níveis de sistemas interagem de forma complexa e dinâmica e podem exercer influência sobre o desenvolvimento humano ao longo do curso de vida. Esta teoria considera também que a pessoa em desenvolvimento pode retroalimentar esses sistemas e gerar mudança nos mesmos (BRONFENBRENNER, 2011).

Inicialmente Urie Bronfenbrenner, criador do modelo, direcionava seu foco à importância do contexto no desenvolvimento. Posteriormente, fez uma revisão ao modelo ecológico como inicialmente propôs, ampliando-o em Modelo Bioecológico. Nesta nova denominação alguns conceitos foram ampliados, mas nenhum negado ou rejeitado. Esta reformulação deu ênfase aos *processos* e, assim, às diferentes formas de interação entre as pessoas, agora não são mais vistas em função do ambiente, mas em função do processo, sendo esta relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento (NARVAZ; KOLLER, 2011).

O Modelo propõe que o desenvolvimento seja estudado por meio da interação sinérgica de quatro núcleos inter-relacionados: *processo, pessoa, contexto e tempo* (DELL AGLIO, 2011).

Koller (2011) apresenta a estrutura do modelo Bioecológico conforme revisão realizada por Bronfenbrenner e Morris, em 1998, e Bronfenbrenner (1996), ressaltando a dimensão dos constructos que compõem o Modelo – processo / pessoa / contexto / tempo –, como se apresenta a seguir.

O *processo* é o constructo fundamental do modelo, tendo destaque os processos proximais, caracterizados como formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente, que operam ao longo do tempo e são os principais motores do desenvolvimento. Os processos proximais envolvem também interações progressivas mais complexas da pessoa em desenvolvimento com objetos e símbolos, daí que as atividades podem continuar a ser conduzidas mesmo na ausência de outras pessoas.

Os efeitos dos processos proximais sobre o desenvolvimento irão depender da forma, da força, do conteúdo e da direção destes processos, como uma função conjunta, envolvendo as características biopsicológicas da pessoa, o ambiente, os próprios resultados sobre o desenvolvimento, as mudanças e continuidades sociais ao longo do tempo e o período histórico em que a pessoa viveu.

Os processos proximais podem produzir dois tipos de efeitos, que acarretam diferentes resultados evolutivos: efeitos de competência (aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar seu próprio comportamento) e efeitos de disfunção (manifestação recorrente de dificuldade de manter o controle e a integração do comportamento em diferentes domínios do desenvolvimento).

O segundo constructo do Modelo é a *pessoa*, que envolve as características determinadas biopsicologicamente, assim como aquelas que foram construídas na interação com o ambiente.

As características das pessoas são tanto produtoras como produtos do desenvolvimento. É um dos constructos que influenciam os processos proximais e ao mesmo tempo é resultado da interação conjunta dos elementos que se referem ao processo, ao contexto e ao tempo.

O terceiro constructo é o *contexto*. O contexto compreende a interação de quatro níveis ambientais – microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O contexto pode ser compreendido como uma série de figuras encaixadas, como as tradicionais bonecas russas, ou seja, uma estrutura está inserida dentro da outra (BRONFENBRENNER, 1996).

O microssistema é caracterizado como um contexto no qual há um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experienciadas face-a-face pela pessoa em desenvolvimento. É nesse contexto que operam os processos proximais, produzindo e sustentando o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

O mesossistema consiste no conjunto de microsistemas que uma pessoa frequenta e as inter-relações estabelecidas por ela. Este contexto é aumentado sempre que a pessoa passa a frequentar um novo ambiente (BRONFENBRENNER, 1996).

O exossistema envolve os ambientes em que a pessoa não frequenta como participante ativo, mas que também desempenham uma influência indireta sobre seu desenvolvimento. Três exossistemas são fundamentais ao desenvolvimento infantojuvenil: o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida (BRONFENBRENNER, 1996).

O último contexto é o macrosistema, composto pelo conjunto de ideologias, valores e crenças, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas e que assim influenciam no desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

Por fim o constructo *tempo*. O tempo permite examinar a influência sobre o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Este elemento é analisado em três níveis – micro, meso e macrotempo.

O microtempo refere-se à continuidade e descontinuidade, observadas dentro dos pequenos episódios dos processos proximais. Os processos proximais não podem funcionar em ambientes instáveis e imprevisíveis, necessitando de regularidade.

O mesotempo refere-se à periodicidade dos episódios de processos proximais, por meio de intervalos maiores de tempo como semanas, sendo que os efeitos cumulativos desse processo podem produzir resultados significativos no desenvolvimento.

O macrotempo engloba as expectativas e os eventos em mudança dentro da sociedade através de gerações, bem como a forma como estes eventos afetam e são afetados pelos processos e resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo de vida.

Seguindo os constructos definidos acima é que Uriel Bronfenbrenner aponta que o ser humano cria o ambiente que dá forma ao seu desenvolvimento, sendo que são suas ações que influenciam os diversos aspectos que moldam sua ecologia e é este esforço que os torna seres humanos, produtores ativos do próprio desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011).

Bronfenbrenner (2011) compreende que o reconhecimento do desenvolvimento sob esse enfoque é de fundamental importância para as políticas públicas e para as intervenções que tem efeito sobre a natureza do ambiente. Desta forma, apesar de não serem previstos, o reconhecimento, a construção de políticas públicas e outras formas de

intervenção, geram efeitos significativos sobre o desenvolvimento em diferentes contextos, como na sala de aula, na família, dentre outros.

Focalizando o desenvolvimento no período da adolescência, especialmente a partir do final da década de oitenta, tem-se encontrado esforços interdisciplinares, visando analisar criticamente a construção social do conhecimento sobre a adolescência e o adolescente. Desta forma, o intuito é o reconhecimento desta fase do desenvolvimento com totalidade concreta, historicamente constituída, articulando as várias dimensões (biológica, psicológica e sociocultural) e níveis (individual/singular, particular e social) (PERES; ROSENBERG, 1998).

A adolescência é considerada um período de transição entre a infância e a vida adulta, pois perdem-se as características peculiares da infância, que se mesclam com as do adulto (BEE, 1997). Além disso, ela é marcada por ritos e rituais em diferentes culturas, sendo um período no qual acontecem mudanças significativas para o ser humano, onde há modificações físicas, emocionais e mentais (BEE, 1997). Assim, este é um período fundamental para a construção do sujeito individual e social (SAITO, 2008).

A literatura também aponta que neste período há o aumento das responsabilidades sociais e familiares, sendo considerado como o período de grande aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS, 2001).

Nesta etapa do desenvolvimento as relações se transformam, tornando-se mais flexíveis; as amizades são adaptáveis e mutáveis; a relação com os pais torna-se um tanto conflitante; e a relação com os companheiros passa a ser cada vez mais importante (BEE, 1997).

De acordo com Marturano e Ferreira (2004), as relações na família, com os amigos, ou no contexto escolar são consideradas importantes laboratórios de experimentação das competências emergentes nos adolescentes, visto que, além de interferir aperfeiçoando as habilidades interpessoais, atuam para o exercício das capacidades cognitivas e a definição de um senso de si mesmo.

Ainda que a família ocupe lugar preferencial como contexto socializador, as relações com os companheiros ganham importância a partir do momento que os adolescentes vão se desvinculando de seus pais. Assim, o grupo de amizades, o grupo de iguais, passa a ser o contexto de socialização mais influente (BEE, 1997). Em contrapartida Marturano e Ferreira (2004) apontam que os pais exercem alguma influência na medida em que se ampliam os

contatos com outros adolescentes, ou seja, os autores reafirmam que a relação dos adolescentes com seus pais influenciam suas interações com os companheiros. Nessa direção é provável que os adolescentes procurem amizades cuja visão sobre determinadas questões se assemelhe com aquelas passadas no contexto familiar.

Para o adolescente a adesão a um grupo representa a adaptação a uma organização coletiva do tipo da que se encontra constantemente em toda a sociedade humana. Os colegas são extremamente importantes para o desenvolvimento dos adolescentes, quer em grupo, quer nos encontros individuais. O sentido de pertença é uma razão compreensível pela qual os adolescentes procuram estabelecer e ter êxito nas relações com os colegas (SILVA, 2001).

Dessen e Polônia (2007) apontam que a interação social dos adolescentes acontece principalmente em dois contextos: a escola e a família. As autoras argumentam que a escola e a família são contextos importantes, pois transmitem e são responsáveis por construir o conhecimento culturalmente organizado e se constituem como instituições fundamentais para o desenvolvimento humano, atuando como impulsor ou inibidor do seu crescimento físico, intelectual, emocional e social.

A escola faz a diferença para o desenvolvimento do adolescente, ou seja, ela é a experiência organizadora central na vida de muitos. Além disso, este contexto oferece oportunidades para que os indivíduos adquiram informações, desenvolvam habilidades e se relacionem. Assim, a permanência do adolescente na escola contribui para melhores perspectivas ocupacionais e pode também atuar como fator protetivo em vizinhanças de riscos, ao ocupar parte do tempo dos jovens com atividades programadas e supervisionadas.

1.2 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

De acordo com o *Censo Demográfico* brasileiro de 2010, no Brasil, há um total de 190.755.799 habitantes, destes, 24.033.747 são adolescentes entre 12 e 18 ano (IBGE, 2010). Considerando a parcela da população de crianças e adolescentes e questões relativas à saúde mental, a literatura aponta que as taxas de prevalência de transtornos mentais giram em torno de 10–20% (OMS, 2001).

A Associação Brasileira de Psiquiatria, em parceria com o instituto Ibope, realizou uma pesquisa nacional para avaliar a saúde mental da criança brasileira. O estudo estimou a prevalência de sintomas dos transtornos mentais mais comuns na infância e na adolescência e as formas de atendimento mais utilizadas. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário aplicado com mães que tivessem filhos na faixa etária entre 6 e 17 anos. Foram realizadas 2.002 entrevistas em municípios de todas as regiões do Brasil. Os resultados apontaram que 12,6% (5 milhões) das crianças e adolescentes apresentam sintomas de transtorno mental importante, ao ponto de necessitar tratamento ou auxílio especializado. Destas, 28,9% não conseguiram ou não tiveram acesso a atendimento público; 46,7% obtiveram tratamento no SUS e 24,2% através de convênio ou profissional particular (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

Alguns estudos nacionais buscaram identificar a prevalência de transtornos emocionais na adolescência (FLEITLICH; GOODMAN, 2004; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; PAULA et al., 2008; ANSELMINI et al., 2009; CID; MASTSUKURA, 2011).

O estudo de Paula et al (2008) objetivou analisar os fatores de risco e proteção para problemas de saúde mental entre adolescentes da sexta série de todas as escolas públicas e privadas da cidade de Barretos, localizada no interior do estado de São Paulo. Dentre os 327 participantes, 12,5% apresentaram problemas de saúde mental, avaliados através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

Anselmi et al (2009) buscaram estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos em pré-adolescentes com idade entre 11 e 12 anos em Pelotas/RS e entrevistaram, durante a fase de triagem, 4.452 pré-adolescentes através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Na fase de diagnóstico, para todos os pré-adolescentes que apontaram SDQ positivo (n = 122) as respectivas mães responderam ao Development and Well-Being Assessment (DAWBA). Os resultados apontaram que 10,8% dos pré-adolescentes apresentaram pelo menos um transtorno psiquiátrico de acordo com o DSM-IV ou a CID-10.

Cid e Matsukura (2011) buscaram estimar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do Ensino Fundamental e os fatores de risco e proteção associados. Foram participantes da pesquisa 321 responsáveis por crianças, estudantes do primeiro ao quinto anos de escolas municipais da cidade de São Carlos/SP. As pesquisadoras utilizaram o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para avaliação

de problemas de saúde mental nas crianças. Os resultados apontam para uma taxa de prevalência de problemas de saúde mental infantil de 43%. Aponta-se que uma das hipóteses para a alta prevalência de problemas de saúde mental nas crianças se associa ao fato dos participantes vivenciarem situações que os tornam mais vulneráveis, como, por exemplo, condições socioeconômicas desfavoráveis.

Além da prevalência, estudos têm sido realizados visando caracterizar a população atendida em instituições especializadas de saúde mental infantil no Brasil (HOFFMAN; SANTOS; MOTA, 2008; DELFINE et al., 2009).

A pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria, em 2008, com 2.002 mães de crianças e adolescentes, apontou que a maior parte das crianças e adolescentes apresenta sintomas para mais de um transtorno mental. Mais de 3 milhões (8,7%) têm sinais de hiperatividade ou desatenção; 7,8%, sintomas que correspondem ao transtorno de aprendizagem; 6,7% têm sintomas de irritabilidade e comportamentos desafiadores; e 6,4% apresentam dificuldade de compreensão e atraso em relação a outras crianças da mesma idade. Sinais de depressão aparecem em aproximadamente 4,2% das crianças e adolescentes. Em relação aos transtornos ansiosos, 5,9% têm ansiedade importante com a separação da figura de apego, 4,2% em situações de exposição social e 3,9% em atividades rotineiras, como deveres da escola, o futuro e a saúde dos pais. Na área de problemas de conduta, 3,4% das crianças apresentam problemas. Mais de 1 milhão das crianças e adolescentes (2,8%) apresentam problemas significativos com álcool e outras drogas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2008).

Pesquisadores da área apontam o impacto dos transtornos mentais no desenvolvimento de crianças e adolescentes, uma vez que resulta em sofrimento a estes indivíduos e àqueles com quem convivem, além de causar um estresse duradouro e interferir no desenvolvimento psicossocial e educacional, podendo gerar problemas psiquiátricos e no relacionamento interpessoal na vida adulta (RUTTER et al., 2006; FLEITLICH; GOODMAN, 2002).

Assim, compreende-se a relevância da atenção à saúde mental durante este período de transição (infância à vida adulta), na medida em que intervenções voltadas para estes indivíduos podem ser fator decisivo e de extrema importância para a vida adulta, visto que esta fase é um período de desenvolvimento e de construção de projetos (MÂNGIA, 2003).

Não obstante, a literatura aponta que o Brasil, assim como na maioria dos países do mundo, ainda não alcançou uma rede de assistência adequada à demanda existente. Ou seja, a infraestrutura atual da rede pública de serviços no país não está preparada para atender em tempo hábil os casos que necessitam de atenção especializada. Além disso, os poucos serviços existentes possuem longas filas de espera e nem sempre as crianças recebem assistência adequada (FLEITLICH, 2005; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; XIMENES; PESCE, 2009).

Reforçando tais considerações, a OMS indica que o Brasil precisa expandir a assistência psiquiátrica para crianças e adolescentes, uma vez que o percentual de crianças e adolescentes em tratamento é muito baixo em todos os tipos de serviços de saúde mental, ainda mais se comparado à prevalência de transtornos psiquiátricos nesta população (OMS-AIMS, 2007).

1.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: HISTÓRIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) 30% dos países não têm políticas de saúde mental e 90% não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Guerra (2003) aponta que quando se trata da saúde mental, a assistência à infância e adolescência, assim como para os adultos, foi marcada por estratégias de segregação e permaneceu em segundo plano quando comparado aos projetos referentes à assistência a adultos.

No Brasil, a história das ações voltadas às crianças e aos adolescentes foram caracterizadas pela omissão, exclusão e assistência fortemente marcadas pela institucionalização. A partir do século XX, quando começou a se pensar na atenção a essa população, trilhou-se um caminho na direção de uma rede de assistência fundada em instituições filantrópicas, privadas, abrigos e escolas especiais, com forte tendência tutelar, através das quais o Estado delegava o cuidado de diferentes deficiências. (BRASIL, 2005; SANTOS, 2006; AMSTALDE et al., 2010; DELFINE, 2010).

Esse processo culminou não só na institucionalização do cuidado, como também na criminalização da infância pobre, marcada pelo abandono, exclusão e desassistência (BRASIL, 2005). Neste cenário, encontravam-se também as crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, transitando sem muitas repercussões, sob o rótulo de deficientes e, como tais, transformavam-se em objetos de exclusão ou de desconhecimento das áreas de cuidado (BRASIL, 2005; DELFINE, 2010).

A atenção à saúde mental desta população foi tomando novos rumos a partir de três grandes movimentos que auxiliaram no movimento pela redemocratização do País, resultando na promulgação da Carta Constitucional de 1988: o movimento da Reforma Sanitária, o da Reforma Psiquiátrica e o do reconhecimento da criança como sujeito de direitos (REIS, et al., 2010; BRASIL, 2005; AMSTALDEN et al., 2010). Nestes movimentos, o paradigma da reabilitação psicossocial foi tomado como base e norte para as transformações que se ensejavam. Costa-Rosa (2000) aponta que a elaboração das práticas do modo psicossocial advém de diferentes movimentos sociais, como também de movimentos científicos de diferentes campos teóricos.

Pela relevância no processo histórico de construção das ações e políticas no campo da saúde mental em geral e, indiretamente, da infância e adolescência em particular, o movimento da Reforma Psiquiátrica e a reabilitação psicossocial, que fortemente marcaram as transformações no campo da saúde mental do Brasil nos anos 80 do século passado, merecem destaque.

Amarante (1995) descreve a Reforma Psiquiátrica como processo histórico de formulação crítica e prática que objetivou o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. Destaca que no Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge efetivamente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização.

De acordo com Brasil (2005), a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, no qual diferentes atores e instituições fazem parte, e que incide em diferentes territórios, tanto a nível federal, estadual, municipal, como também nas universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com

transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, entre outros. Assim, é compreendida como um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais, sendo no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que seu processo avança, apesar dos desafios, contratempos, impasses e conflitos.

Os principais acontecimentos e marcos que fizeram parte do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira serão apresentados brevemente a seguir.

O ano de 1978 é considerado o marco inicial efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil, visto que o movimento dos trabalhadores em saúde mental surge neste ano. Este movimento é composto por diferentes atores (profissionais, familiares, pacientes), que passam a protagonizar e construir a partir desse período a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e, assim, visam construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005; TENORIO, 2002; AMARANTE, 1995b).

Posteriormente a este período há o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo, no ano de 1987, assim como há o início de um processo de intervenção em 1989, da secretaria municipal de saúde de Santos, na Casa Anchieta, local de maus tratos a pacientes. Esses acontecimentos fizeram com que se pensasse na efetivação de uma rede substitutiva de atenção a esta população (BRASIL, 2005; TENORIO, 2002; HIRDES, 2009).

No mesmo ano (1989), tramita no Congresso Nacional o projeto de lei Paulo Delgado, o qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, os movimentos sociais, baseados no projeto de lei Paulo Delgado, 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 (BRASIL, 2005; AMARANTE, 1995b).

Assim, na mesma década, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entram em vigor no país as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospital dia, como também as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005; TENÓRIO, 2002).

Apenas em 2001, o projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado no congresso. Observa-se que na realidade a aprovação é um substitutivo do projeto de lei original. Desta forma, a lei federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a).

É neste contexto de promulgação da Lei 10.216, juntamente com a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política nacional de saúde mental passa a consolidar-se, ganhando assim maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica culminou com a construção de um novo paradigma de atenção em saúde mental no Brasil, baseado nas premissas e nas práticas psicossociais. De acordo com AMARANTE (1999), o ponto de partida seria começar a pensar no campo da saúde mental e da atenção psicossocial não somente como modelo ou sistema, mas como um processo social complexo.

Ressalta-se que a primeira razão do interesse pela reabilitação nasceu da necessidade de responder à demanda de entretenimento extramanicomial e também, em alguns casos, da necessidade de melhorar a qualidade da assistência a um grande contingente de pacientes. Ou seja, a resposta que nasce da necessidade de substituir as práticas manicomiais pode ser tanto uma simples reprodução de uma lógica de controle e contenção, como uma forma de melhorar a qualidade da assistência que se oferece ao paciente (SARACENO, 2001b).

Além disso, SARACENO (1999, p.112) aponta que: “A reabilitação não é o processo de substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito habilitador.”

Assim, Saraceno (2001a) aponta que a reabilitação psicossocial não é uma técnica, uma abordagem ou tecnologia, mas sim, principalmente, é considerada uma necessidade, uma exigência ética. A reabilitação é uma estratégia que implica também o usuário passar de um estado de paciente e de incapacidade para o de capacidade. Desta forma, pressupõe uma mudança na forma de compreender o sofrimento psíquico intenso e nas formas de intervir, sendo que estas devem englobar os profissionais e todos os atores do processo de saúde-doença, sejam usuários, famílias, comunidade e as próprias políticas públicas.

A loucura passa a ser vista como um fenômeno não mais individual, e sim social e, assim, deve ser metabolizada. O sujeito ocupa um novo lugar, visto que em vez de apenas sofrer os conflitos e contradições do processo saúde-doença psíquica, passa a se reconhecer como um dos agentes implicadores nesse sofrimento, agente da possibilidade de mudança (COSTA-ROSA, 2000).

Todos os indivíduos atuam em três cenários – habitat, mercado (relações sociais) e trabalho. É por meio destes cenários que as cenas, as histórias, acontecem, sendo que cada um tem seu poder de aquisição, onde muitas vezes somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados (SARACENO, 2001b).

Nessa direção, Saraceno introduz o conceito de contratualidade, definido como a capacidade de construir contatos sociais, que permitirão ao usuário subverter o processo de reclusão, que é resultado dos efeitos da doença mental e da exclusão social (SARACENO, 2001b).

Saraceno (2001a) define a reabilitação psicossocial como um processo de reconquista do espaço público para o exercício pleno da cidadania nas esferas do habitat, da rede social e do trabalho, não se tratando, portanto, de devolver habilidades, readaptar ou atingir um ideal, mas de aumentar as trocas sociais, feitas pelo sujeito em seu aspecto singular e de cidadão.

Segundo Fiorati (2010), as estratégias e ações, sob a perspectiva da reabilitação psicossocial, visam o deslocamento do modelo biomédico e hospitalar para dispositivos extra-hospitalares, com a produção de projetos terapêuticos interdisciplinares que cuidem do indivíduo de forma ampliada e integral, ações territoriais de inclusão e de reconstrução de um cotidiano com sentido existencial pleno.

No âmbito da reabilitação psicossocial, as intervenções e abordagens voltadas ao cotidiano constituem-se como práticas essenciais a serem implementadas nos serviços. Nesta direção, as ações são voltadas ao tratamento da pessoa, com sua história e vida cotidiana, sendo que o foco não é o tratamento da doença (HIRDES, 2001).

O cotidiano também se associa às premissas da reabilitação psicossocial, ao considerar que o indivíduo em sofrimento psíquico é capaz de construir uma vida em sociedade, articulada, com diferentes esferas sociais e sem perder sua particularidade (SALLES, 2005).

Assim, a partir destes movimentos e das premissas da reabilitação psicossocial, houve a necessidade de mudança no modelo de tratamento aos indivíduos em sofrimento psíquico intenso. Essa mudança preconizou a necessidade do convívio com sua família e comunidade, no lugar de viver no isolamento. Desta forma, buscando responder aos preceitos da reabilitação psicossocial e avançar nas políticas públicas até então existentes, foram criados dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais e Centros de Convivência a fim de atender às demandas dessa população (BRASIL, 2005).

Neste período, em relação à atenção voltada a crianças e adolescentes, Saggese e Leite (1999) apontavam que o momento era de repensar as posições já assumidas, reavaliando suas contribuições, para alcançar novas formas de reabilitação psicossocial infanto-juvenil dirigidas a esta população, de modo que estas fossem incorporadas a uma política nacional de saúde mental infanto-juvenil. Os autores destacavam a necessidade de reconhecer as linguagens diferentes, o universo cultural, valores, as circunstâncias de vida, histórias de vida, universo psíquico, hábitos, costumes e sexualidade desses adolescentes – que muitas vezes se diferem daquelas que o adolescente da cultura hegemônica apresenta (SAGGESE e LEITE, 1999).

Nesta direção, em 2004, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com apoio de diversos setores, governamentais e não-governamentais, criado com a finalidade de construir, coletiva e intersetorialmente, as bases, princípios e diretrizes de uma política pública de saúde mental dirigida a este seguimento. O 1º Fórum de Saúde Mental Infanto-Juvenil apresentou recomendações quanto à assistência, visando a criação de serviços de base territorial como os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis), ambulatórios, residências terapêuticas, moradias assistidas, dentre outras (BRASIL, 2012a).

Assim, observa-se que em relação às transformações nas ações e nas políticas públicas, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, finalmente apontou sobre os efeitos da institucionalização de crianças e adolescentes no Brasil e, em 2001, na III Conferência exigiu mudanças imediatas nas ações de saúde mental a essa população. No entanto, apenas na IV Conferência, ocorrida em 2010, posicionamento mais firme foi apresentado com o alerta para necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para

crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da operacionalização de uma rede pública ampliada de atenção em saúde mental - (AMSTALDEN et al., 2010; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

Observa-se que nesta nova fase de ampliação das redes de cuidado à saúde mental infanto-juvenil e para a efetivação da nova política de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossociais cumprem papel estratégico, pois são os agenciadores do cuidado no território (AMSTALDEN et al., 2010).

Silva (2003), ao refletir sobre as práticas em saúde mental infanto-juvenil a partir de um projeto realizado pelo CERSAMi-Betim (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil – CAPSi), ressalta que a clínica em saúde mental infanto-juvenil nesse dispositivo se sustenta na perspectiva de uma clínica ampliada, voltada para a reabilitação psicossocial.

Silva (2003) pontua que os usuários, crianças e adolescente, atendidos pelo CERSAMi apresentam dificuldades no âmbito da socialização, onde verifica-se uma ausência de possibilidades socializantes e, portanto, a necessidade de uma clínica ampliada, sustentada na ideia de reabilitação psicossocial, conforme explicitada por Saraceno (2001a).

1.3.1 Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis (CAPS infantojuvenil)

Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizam acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012a). Os CAPS são imprescindíveis para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que é por meio destes serviços que há a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2012b).

Os objetivos dos CAPS, segundo BRASIL (2013) são:

- Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária;

- Acolher e atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental;
- Dar suporte à atenção da saúde mental na rede básica;
- Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território;
- Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Assim, o CAPS é o eixo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que empodera o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2012b).

Os projetos realizados nestes serviços avançam pela estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2012b).

Os CAPS funcionam pelo menos durante os cinco dias úteis da semana (2^a a 6^a feira). Seu horário de funcionamento nos fins de semana depende do tipo de CAPS:

- CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, realiza atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes, funciona para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo a população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.

- CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes. São voltados para usuários de álcool e drogas e transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (BRASIL, 2004).

Para a população infantojuvenil, tem-se os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (CAPSi), especializados no atendimento de crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos. São equipamentos necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês (BRASIL, 2005).

A partir das iniciativas existentes para implementação de uma política de saúde mental infantojuvenil, Delfine (2010) aponta que no CAPSi é essencial o estabelecimento de parcerias com toda a rede de saúde, além de setores como educação, lazer e justiça social para que seja possível ampliar as possibilidades de cuidado com êxito. Apesar da proximidade com os demais CAPS, há a necessidade de um olhar diferenciado para essa população devido à fase de desenvolvimento em que se encontram, exigindo mais atenção no que se refere à inserção social em diversos ambientes, especialmente a escola (DELFINI, 2010).

Até outubro de 2012, no Brasil havia 1.803 CAPS em funcionamento, distribuídos em quase todos os estados brasileiros, sendo que destes, 158 são CAPS infantojuvenil (BRASIL, 2012c).

A partir de informações do Ministério da Saúde é possível observar o crescimento e tipo de expansão destes equipamentos ao longo dos anos, conforme os Gráficos apresentados a seguir.

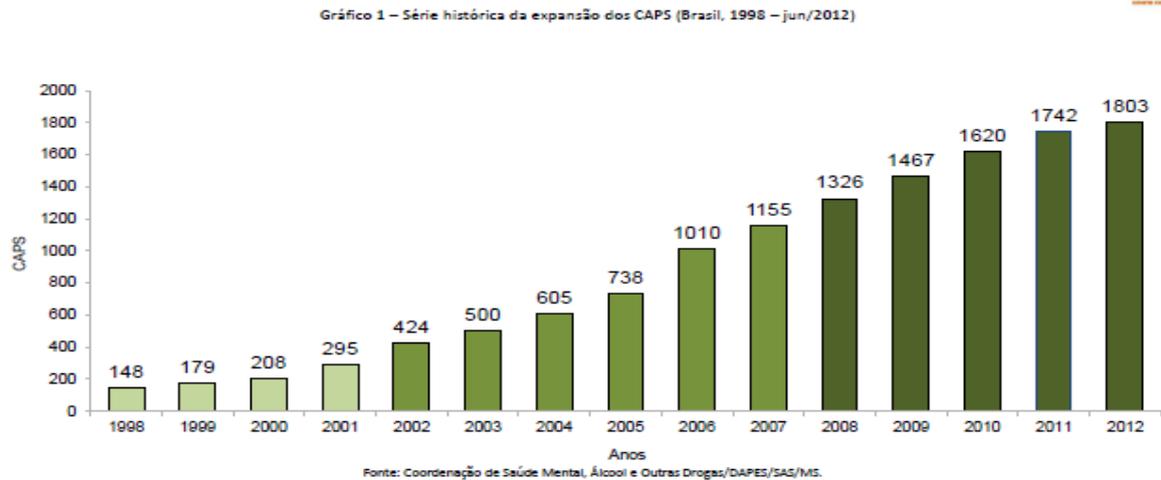


Figura 1 – Gráfico série histórica da expansão dos CAPS

Tabela 1 – Série histórica CAPS por Tipo (Brasil, 2006 –jun/2012)

Ano	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total
2006	437	322	38	75	138	-	1010
2007	526	346	39	84	160	-	1155
2008	618	382	39	101	186	-	1326
2009	686	400	46	112	223	-	1467
2010	761	418	55	128	258	-	1620
2011	822	431	63	149	272	5	1742
2012	848	438	66	158	281	12	1803

Figura 2 – Série histórica CAPS por tipo

A implantação e expansão da rede de CAPSi tem fundamental importância para a mudança no paradigma da assistência à infância e adolescência no Brasil. É através da efetivação destes serviços, juntamente com a realização do Fórum de Saúde Mental Infantojuvenil, que são elaboradas as diretrizes de atenção à saúde mental desta população (BRASIL, 2005).

As atividades desenvolvidas neste equipamento podem acontecer fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderá iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social (BRASIL, 2004).

Desta forma, o CAPS deve ser responsável por articular, além do cuidado clínico, os programas de reabilitação psicossocial. Os projetos terapêuticos devem abarcar a inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente a sua vida, promovendo trocas afetivas, simbólicas e materiais, capazes de favorecer vínculos e interação humana (BRASIL, 2004). As equipes dos CAPS devem acolher, desenvolver os projetos terapêuticos e trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Desde a criação e surgimento dos CAPS, alguns estudos têm sido realizados, sob diferentes enfoques (BARBOSA, 2009; OLIVEIRA, 2010, DELFINE et al, 2009; BELTRAME, 2010; VIEIRA, 2008; PINTO, 2005; HOFFMAN; SANTOS; MOTA, 2008; FALAVINA; CERQUEIRA, 2008). A seguir, a fim de apresentar alguns caminhos que as produções científicas têm seguido neste âmbito, apresentam-se alguns estudos recentes que envolvem estes equipamentos de saúde mental.

Hoffman, Santos e Mota (2008) realizaram estudo descritivo em sete CAPSi do Brasil que objetivou conhecer a realidade destes serviços em relação à clientela, ao CAPSi e ao cuidado oferecido para crianças e adolescentes. Os resultados apontaram que esses serviços atenderam 1.456 pessoas, a maioria (62,8%) do sexo masculino e tinham em média 11,1 anos. A modalidade de atendimento predominante foi o não intensivo (49,3%). Os diagnósticos mais frequentes foram dos transtornos do comportamento e transtornos emocionais (44,5%). Não houve registro de atendimento decorrente do uso de substâncias psicoativas. O percentual de transtornos graves foi de 19,4%.

Já o estudo de Delfine et al (2009), realizado em um CAPSi de São Paulo, objetivou caracterizar o perfil dos usuários deste serviço considerando sexo, idade, hipótese diagnóstica, origem do encaminhamento, inserção escolar e motivo de consulta. Os resultados mostraram que a maioria dos usuários atendidos está na faixa etária de cinco a quinze anos (68,9%) e é do sexo masculino (61,2%). O grupo de transtornos de comportamento e transtornos emocionais corresponde a 21,4%, seguido pelos transtornos do desenvolvimento global (16,2%) e retardo mental (10,5%). A maioria dos usuários foi encaminhado pelo Conselho Tutelar (22,3%) e teve como principal motivo da consulta queixas neuromotoras (17,5%), escolares (15,5%) e sociocomportamentais (14,6%).

Falavina e Cerqueira (2008) objetivaram analisar o perfil de usuários infanto-juvenis e sua trajetória no acesso aos serviços de saúde no Centro de Atenção Psicossocial

Infantojuvenil (CAPSi), também na cidade de São Paulo. Foram sujeitos da pesquisa pais ou responsáveis por crianças e adolescentes de seis a quatorze anos que frequentam o CAPSi. Temas como escolarização, isolamento social, discriminação, relações familiares e barreiras na obtenção dos serviços de saúde foram identificados durante a pesquisa. A identificação de tais problemas aponta para a necessidade de inclusão social, melhoria e ampliação dos serviços de saúde mental para a clientela infantojuvenil e a necessidade de desmistificação da doença mental na família e no ambiente escolar. Além disso, a pesquisa revelou que a estruturação adequada dos serviços públicos de saúde mental, evidenciada no atendimento oferecido pelo CAPSi do referido estudo, constitui um modelo de referência fundamental para a população-alvo.

Observa-se que os estudos desenvolvidos se debruçaram na identificação do perfil dos usuários, do funcionamento e das práticas desenvolvidas nos serviços, dentre outros. O que compreende-se é que revelam o momento e nível de questões atuais que envolvem tanto as políticas públicas quanto as intervenções neste campo.

1.4 O COTIDIANO

1.4.1 Elementos para a abordagem sobre o cotidiano

Para abordar o conceito de cotidiano, que será utilizado como referencial neste estudo, apresenta-se em linhas gerais e brevemente o referencial teórico de Agnes Heller, apoiando-se em seu livro *O Cotidiano e a História*.

Segundo Heller (2000), “a vida cotidiana é a vida de todo homem”. A autora aponta que independentemente do posto da divisão de trabalho, seja intelectual ou físico, todo homem vive a vida cotidiana; nessa direção ninguém é capaz de identificar-se com sua atividade humano-genérica desligando-se inteiramente da cotidianidade. Em contrapartida, não há nenhum homem que consiga viver somente na cotidianidade.

A depender da época histórica, os ritmos e as regularidades da vida cotidiana se transformam e se distinguem. A vivência e experiência da cotidianidade são diferenciáveis conforme os grupos e classes sociais as quais os indivíduos pertencem.

A vida cotidiana é um conjunto de atividades que caracteriza a reprodução dos homens singulares, criando possibilidade de reprodução social. Ou seja, o indivíduo se reproduz diretamente enquanto indivíduo e reproduz indiretamente o complexo social.

Assim, é na vida cotidiana que o indivíduo aprende as relações sociais e as reproduz enquanto instrumento de sobrevivência. Desta forma, o homem é ao mesmo tempo *singular e genérico*.

Quanto ao genérico, está presente em todo homem, em toda atividade que tenha caráter genérico, apesar de seus motivos serem particulares. Ressalta-se que o particular não é nem o sentimento e nem a paixão, mas sim seu modo de manifestar-se, referido ao eu e colocado a serviço das necessidades e da teleologia do indivíduo.

Nessa direção, o homem enquanto indivíduo é também um ser genérico, pois é resultado e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano.

Todo indivíduo participa de sua vida cotidiana através dos aspectos de sua individualidade e personalidade, sendo assim, a vida cotidiana é caracterizada como a vida do homem inteiro. Na vida cotidiana estão presentes seus sentidos, capacidades intelectuais, habilidades manipulativas, sentimentos, paixões, ideias e ideologias.

A vida cotidiana é *heterogênea* no que se refere ao conteúdo e à significação ou importância de nossos tipos de atividades. Heller classifica como partes orgânicas da vida cotidiana a organização do trabalho e da vida privada, lazer e descanso, atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação. Porém, ressalta que a vida cotidiana não é apenas heterogênea e sim, também, *hierárquica* na medida em que a importância ou relevância das diferentes ações presentes no cotidiano não são homogêneas e podem se modificar em decorrência das estruturas econômicas e/ou sociais.

Heller (2000, p. 18):

“O homem nasce já inserido na sua cotidianidade. O amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as

habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade”.

Em se tratando de adolescentes, ainda que não sejam foco ou especificados na teoria de Heller, compreende-se que, a partir dos elementos desta mesma teoria, eles se encontram em processo de amadurecimento, buscando agregar habilidades que são imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade, de forma que sejam capazes, ao longo do tempo, de conduzir suas vidas.

Nesta direção, a autora considera que primeiramente o adulto deve ser capaz de dominação e manipulação das coisas tidas como fundamentais para se viver na cotidianidade. Tem-se que a *manipulação das coisas* se refere à capacidade do indivíduo em assimilar sobre as relações sociais.

Heller discorre que o amadurecimento do homem para a vida cotidiana se inicia por meio de grupos familiares, escolares e comunitários, sendo nos grupos onde os indivíduos entram em contato com os costumes, normas, ética, entre outras, e aprende os elementos da cotidianidade. Sendo assim, para Heller, o homem aprende por meio dos grupos os elementos da cotidianidade, porém não se torna adulto se ao sair do grupo não seja capaz de se manter autonomamente.

A partir das colocações da autora, compreende-se que o enfoque dado por ela tem como referência a norma ou o processo de vida e interação do homem comum, especialmente, na vida adulta. Assim, aspectos presentes em condições adversas ou em fases precoces ou avançadas do desenvolvimento, como, por exemplo, as que podem comprometer a autonomia, não fazem parte das reflexões da autora. Não obstante, importa destacar que direcionar foco à condição mais geral do homem permite que as bases da teoria sejam explicitadas e proporciona a possibilidade de expandir a compreensão partir dos pressupostos desenvolvidos pela autora.

Além disso, Heller afirma que a vida cotidiana é a que mais se presta a alienação. Porém, apesar de se constituir em um terreno propício à alienação, a estrutura da vida cotidiana não é necessariamente alienada.

A autora aponta que existe *alienação* quando ocorre um enorme distanciamento entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de

desenvolvimento dos indivíduos humanos; entre a produção humano genérica e a participação consciente do indivíduo nessa produção.

Assim, a vida cotidiana não é alienada necessariamente em decorrência de sua estrutura, mas também em decorrência de determinadas circunstâncias sociais.

Heller sustenta que todo homem pode ser completo, inclusive na cotidianidade. Considera-se que na vida cotidiana sempre existe a hierarquia espontânea de determinada época, que possibilita à individualidade uma margem de movimento diferente em cada caso. Uma vez que essa margem se amplia, o homem tem a possibilidade de construir para si uma hierarquia consciente, ditada por sua personalidade, no interior da hierarquia espontânea.

Assim é que se denomina *condução da vida* a construção dessa hierarquia da cotidianidade efetuada pela individualidade consciente.

Segundo Heller (2000, p. 40):

“A condução da vida supõe, para cada um, uma vida própria, embora mantendo-se a estrutura da cotidianidade; cada qual deverá apropriar-se a seu modo da realidade e impor a ela a marca de sua personalidade”.

1.4.2 O cotidiano e a terapia ocupacional

No âmbito da reabilitação psicossocial, as abordagens voltadas ao cotidiano constituem-se como práticas essenciais dos serviços de saúde mental. Nessa direção, as ações são voltadas ao tratamento da pessoa, com sua história e vida cotidiana, sendo que o foco não é o tratamento da doença (HIRDES, 2001). Desta forma, o processo de reabilitação inicia-se através das atividades de vida diária, como cuidados com o próprio corpo e, posteriormente, engloba outros aspectos e ocupações conforme o projeto terapêutico de cada usuário (HIRDES, 2001).

O cotidiano também se associa com o conceito de reabilitação psicossocial ao afirmar que o indivíduo em sofrimento psíquico é capaz de construir uma vida em sociedade, articulada com diferentes esferas sociais sem perder sua particularidade (SALLES, 2005).

Compreender as esferas da vida cotidiana é relevante para alcançar os objetivos da reabilitação psicossocial, visto que o processo de reabilitação ocorre no dia a dia, nas amizades e nas relações cotidianas (SALLES, 2011).

É a partir dessa nova perspectiva na história da saúde e das propostas da reabilitação psicossocial que, no âmbito da terapia ocupacional, as atividades humanas passam a ser elementos importantes no movimento de desconstrução de uma lógica excludente e alienante. Assim as atividades tornam-se o elemento centralizador e articulador entre o sujeito e a sua comunidade, representando, desta forma, oportunidades de encontro e diálogo entre diferentes indivíduos da sociedade e de produções significativas (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

O compromisso firmado a partir da reabilitação é com o desenvolvimento da vida, no sentido de ser no social, na trama do cotidiano. As atividades humanas passam a ser consideradas, na terapia ocupacional, o elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico. São as atividades que darão estrutura ao fazer dos sujeitos, estabelecendo um sistema de relações que envolvem a construção da qualidade da vida cotidiana (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Quanto à qualidade da vida cotidiana, compreendendo que esta envolve a percepção subjetiva dos indivíduos sobre seu bem-estar e suas condições de vida, considera-se que ela refere-se à transformação concreta da realidade. A vida cotidiana é vista como pano de fundo, pela qual a terapia ocupacional pode se orientar (CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001).

Dessa forma, depreende-se que a terapia ocupacional desenvolve suas práticas na busca de contribuir para que cada sujeito alcance o cotidiano de condução da vida, em contraposição ao cotidiano alienado, conforme compreende Agnes Heller (2000). Neste processo, demais aspectos apontados por Heller, como, por exemplo, a autonomia e a vida adulta, as atividades humano-genéricas, as relações sociais, hierarquias, dentre outras, estão presentes nas práticas da terapia ocupacional.

Segundo CASTRO; LIMA; BRUNELLO (2001) as atividades auxiliam no trabalho de organização e cuidado do cotidiano, tendo como função sua estruturação, ao mesmo tempo em que favorecem uma instrumentalização técnica dos sujeitos e os capacitam para a vida. Configuram-se como redes de sustentação para a construção da autonomia e

independência, promovendo a convivência e a contextualização do sujeito em uma dada cultura e sociedade.

Em artigo de revisão, Salles e Matsukura (2013) apontam que os sujeitos inseridos em práticas e intervenções em terapia ocupacional possivelmente experienciaram uma ruptura na sua vida cotidiana. Assim, é na atenção a esses indivíduos que o terapeuta ocupacional busca alcançar, com o sujeito, maneiras para ele não se limitar na impossibilidade, resgatar sua história de vida, a história de suas ocupações, buscando caminhos de continuidade entre o passado e o presente e também com o futuro, abrindo espaço para o novo, para a redescoberta.

De acordo com Salles e Matsukura (2013, p.272):

“O cotidiano se reconstrói com as pessoas à sua volta, no contexto em que ele se insere. Se o cotidiano se transforma, o sujeito também se transforma; uma ruptura na vida cotidiana e a resignificação desse cotidiano não acontecem sem uma transformação subjetiva do sujeito. O inverso também pode ocorrer, se o sujeito se transforma, essa mudança irá se refletir em sua vida cotidiana, pois a vida cotidiana e as particularidades do sujeito caminham de mãos dadas, imersos em seu contexto social”

Como apontado, o cotidiano marcado pela vulnerabilidade como condição limitadora não foi objeto de Heller e, portanto, não se tem aqui uma correspondência direta com sua teoria. Porém, é possível, a partir dos elementos de sua teoria, avançar e buscar problematizar, construir esta compreensão entre o cotidiano e a terapia ocupacional.

O interesse da terapia ocupacional, as práticas e pesquisas desenvolvidas neste campo podem contribuir neste processo de reflexão, uma vez que o público para o qual a terapia ocupacional coloca seu foco são populações que demandam ações que buscam garantir a inclusão social, relações sociais e possibilidades de criação de cidadania e expressão e transformações que impliquem na condução da vida cotidiana, conforme a compreensão de Agnes Heller.

1.5 JUSTIFICATIVA

A partir do Modelo Bioecológico do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner e da teoria do Cotidiano proposta por Heller, compreender o cotidiano dos adolescentes – por meio das relações sociais, perspectivas futuras, dia a dia, contextos de inserção - pode revelar aspectos que a clínica, a escola e os espaços institucionais não alcançam isoladamente e não contemplam no conhecimento/reconhecimento desses jovens.

Considera-se que por meio deste recorte seja possível abordar e aprofundar questões nas quais este estudo se debruça: como vivem os adolescentes em sofrimento psíquico intenso e qual o papel dos CAPSi? Quais as demandas e perspectivas destes adolescentes? Como se efetiva o cotidiano atravessado pelo sofrimento psíquico intenso?

Acredita-se que esse reconhecimento pode contribuir para o conhecimento da área e também para as reflexões e discussões acerca de políticas públicas e estratégias de intervenção voltadas a esta população.

2. OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi identificar o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), sob a ótica dos próprios adolescentes e de membros de sua rede de suporte social.

Objetivos específicos:

- a) Apreender sobre o desenvolvimento destes adolescentes considerando os núcleos processo, pessoa, contexto e tempo, presentes na Teoria Bioecológica;
- b) Identificar as possibilidades de relações sociais e como se constituem as redes de suporte social no cotidiano dos adolescentes;
- c) Identificar o papel do CAPSi na construção do cotidiano dos adolescentes;
- d) Identificar as perspectivas e planos para o futuro dos adolescentes.

3. MÉTODO

De acordo com os objetivos propostos, a pesquisa é exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa e adota a metodologia de inserção ecológica para a coleta de dados (CECCONELLO; KOLLER,2003).

3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO ECOLÓGICA

Em busca de um método de pesquisa que estivesse baseado na Abordagem Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Urie Bronfenbrenner, Cecconello e Koller (2003) chegaram a uma metodologia de pesquisa denominada de Inserção Ecológica.

De acordo com as autoras, esta metodologia privilegia a inserção dos pesquisadores no ambiente de pesquisa, com o objetivo de estabelecer proximidade com o seu objeto de estudo e, assim, responder às questões de pesquisa.

Além disso, por estar baseada na abordagem bioecológica, a Inserção Ecológica prevê a sistematização dos quatro núcleos propostos por Bronfenbrenner: processo, pessoa, contexto e tempo (PALUDO; KOLLER, 2011).

Assim, de acordo com os autores, a abordagem bioecológica do desenvolvimento humano é considerada um referencial teórico-metodológico adequado para a realização de pesquisas sobre desenvolvimento no contexto (PALUDO; KOLLER, 2011).

A pesquisa ecológica só garante validade ecológica se o pesquisador obtiver clareza de que a interpretação por ele realizada está devidamente embasada na percepção e experiência cotidiana dos participantes (CECCONELLO; KOLLER,2003).

Esta proposta metodológica desenvolvida por Cecconello e Koller (2003) tem como objetivo avaliar os processos de interação das pessoas com o contexto no qual estão se desenvolvendo. O ambiente neste tipo de investigação tem, portanto, papel chave, já que é nele que as interações e os processos proximais acontecem (entre pessoas, objetos e símbolos) (PRATI, et al., 2008).

Para a identificação dos núcleos processo, pessoa, contexto e tempo é necessário o estabelecimento criterioso de procedimentos e instrumentos para a coleta e análise dos dados, tais como: observações naturalísticas e sistemáticas (acompanhadas de um detalhado diário de campo); levantamento da história de vida dos participantes (para a análise da dimensão do tempo); entrevistas reflexivas, grupos focais, entre outras estratégias de delineamentos qualitativos. Além disso, a participação interativa e a imersão dos pesquisadores nos ambientes investigados é fundamental (SILVEIRA et al.,2009).

A duração da inserção dos pesquisadores no campo está intimamente ligada ao objetivo do estudo, sendo por meio do objetivo e do foco a ser investigado que se determina o período, pois o *timing* da inserção influencia tanto no desenvolvimento humano quanto no desenvolvimento da pesquisa (PRATI et al.; 2008).

Para que de fato se efetive a Inserção Ecológica é preciso que o pesquisador esteja engajado em uma mesma atividade, com regularidade na interação com o objeto de investigação, de acordo com os objetivos da investigação (PRATI et al.; 2008).

Assim, o envolvimento do pesquisador com o contexto é condição prévia à Inserção Ecológica. Nessa direção, aponta-se que há uma busca pela compreensão dos espaços estudados, através do rastreamento das interações que acontecem entre os diversos sujeitos, símbolos e objetos do contexto que possibilitarão a validade ecológica dos achados. É fundamental a participação do pesquisador em atividades diversas junto aos participantes em momentos formais e informais de coleta de dados. Reafirma-se que o nível e a qualidade da inserção dependem do problema de pesquisa (PRATI et al.; 2008).

É importante mencionar que existem outros métodos que visam a inserção dos pesquisadores no campo a ser investigado, como, por exemplo, a observação participante, a pesquisa participante e a etnografia. As principais diferenças entre essas abordagens e a Inserção Ecológica é o foco no desenvolvimento humano a partir dos quatro elementos da Teoria Bioecológica (PRATI et al.; 2008).

Os autores apontam também que, em contrapartida, há similaridades da Inserção Ecológica com estes outros métodos. Todas as abordagens enfatizam a necessidade de envolvimento com o campo e de considerar a subjetividade no contexto investigado. Entretanto, a base teórica na qual se apoiam os objetivos a serem alcançados pelos pesquisadores em uma e em outra abordagem indicam as principais diferenças entre os

métodos. A Inserção Ecológica está apoiada na teoria bioecológica de Bronfenbrenner (1979/1996), que repercute nos objetivos dos pesquisadores.

Nesta direção, na presente pesquisa optou-se pelo procedimento de inserção ecológica para investigar o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso vinculados a um CAPSi, visto que esta metodologia permite a compreensão do desenvolvimento no contexto. Além disso, acredita-se que para investigar o cotidiano é necessária a compreensão de diferentes aspectos presentes neste âmbito e esta metodologia preconiza que o pesquisador entre em campo a fim de compreender os quatro núcleos propostos por Bronfenbrenner. Além disso, a possibilidade de usar diferentes instrumentos para coleta de dados, também prevista nesta metodologia, como entrevistas, formulários e diário de campo, favorece o aprofundamento na compreensão do cotidiano vivenciado pelos participantes.

3.2 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 13 adolescentes com idade variando entre 12 e 18 anos, inseridos no CAPSi².

Quanto aos critérios de seleção adotados para a composição da amostra, além de da faixa etária, os adolescentes deveriam estar inseridos no CAPSi há pelo menos três meses, não ter como indicação de queixa principal o uso abusivo de substâncias psicoativas e ter condições de compreender e manter um diálogo, segundo avaliação dos profissionais dos serviços.

Buscando a viabilidade de realização do estudo, a composição da amostra foi intencional, ou seja, a partir dos critérios de seleção adotados foi realizado um recorte, visando selecionar uma amostra que agregasse em torno de 10% da população de adolescentes atendida no serviço e que contasse com representantes da população de adolescentes do CAPSi, conforme as modalidades de inserção no serviço: intensivo, semi-intensivo, não intensivo. Assim, dos 99 adolescentes atendidos, 13 participaram do estudo, escolhidos a

²Observa-se que o recorte de idade foi realizado considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente, que aponta que a adolescência compreende a faixa etária dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 2010).

partir dos critérios de seleção apontados e também visando contemplar usuários das três modalidades de inserção.

Além dos adolescentes, participaram do estudo, pela indicação dos mesmos, diferentes atores que fazem parte do cotidiano e da rede de suporte social³ destes jovens, como amigos, familiares e profissionais do CAPSi.

No quadro 1 a seguir apresentam-se as informações referentes aos adolescentes participantes do estudo:

Quadro 1 – Caracterização dos adolescentes da pesquisa

Caracterização dos adolescentes						
Adolescente	Sexo	Idade	Frequenta a escola	Escolaridade	Repetiu de ano	Reside com
A	M	18	Não	6º ano	Sim	Irmão/Rua
B	M	13	Sim	5º ano	Sim	Avó
C	F	16	Sim	2º Colegial	Não	Avó e avô
D	M	13	Sim	6º ano	Não	Pais, irmã e avó
E	M	17	Não	1º colegial	Sim	Pais e irmã
F	M	18	Não	8º ano	Sim	Mãe
G	M	14	Sim	7º ano	Sim	Mãe, irmã e irmão
H	F	14	Não	9º ano	Não	Pais, 2 irmãos, 2 tios, tia, 2 primos
I	M	17	Sim	3º Colegial	Não	Pais e irmã
J	F	12	Não	2ª série	Sim	Mãe, pai e irmão
K	M	17	Não	9ª ano	Sim	Avô e avó
Caracterização dos adolescentes(cont.)						

³ Nesta pesquisa os termos suporte social e apoio social são considerados como sinônimos. De acordo com Antunes e Fontaine (2005) suporte social refere-se ao suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro.

Adolescente	Sexo	Idade	Frequenta a escola	Escolaridade	Repetiu de ano	Reside com
M	F	14	Sim	9º ano	Não	Avós, irmão, primo

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se, a partir das informações apresentadas no Quadro 1, que a maioria dos participantes são meninos (8); 7 adolescentes possuem entre 12 e 14 anos e 6 adolescentes encontram-se na faixa etária entre 16 e 18 anos.

Em relação à escolaridade a maioria cursa ou parou os estudos no Ensino Fundamental II. Dos 13 adolescentes, 7 não frequentam a escola, 5 dos quais também informaram repetência.

Apenas 5 dos adolescentes moram com ambos os pais, 2 moram com as mães e os demais residem com os avós e/ou outros familiares.

Apresenta-se no Quadro 2 as características da rede de apoio dos adolescentes.

Quadro 2: Dados gerais dos membros da rede de apoio dos adolescentes

Caracterização da rede de apoio			
Rede	Sexo	Idade	Relação com adolescente
A	M	27	Profissional CAPS
B	F	37	Profissional CAPS
C	F	43	Profissional CAPS
D	M	27	Profissional CAPS
E	F	34	Profissional CAPS
F	F	46	Profissional CAPS
G	F	43	Profissional CAPS
H	F	52	Profissional CAPS
I	M	17	Usuário do CAPS
	F	48	Mãe
J	F	33	Profissional CAPS
	F	43	Mãe
K	M	24	Profissional CAPS
Caracterização da rede de apoio(cont.)			

L	F	52	Avó
M	F	33	Profissional do CAPS

Fonte: Elaborado pelo autora

Observa-se, a partir das informações apresentadas no quadro 2, que dentre os participantes indicados como pertencentes à rede de suporte dos adolescentes, a maioria pertence ao sexo feminino, apenas um encontra-se na faixa etária da adolescência e 9 possuem mais de 30 anos. Apenas um amigo, duas mães, e uma avó foram apontados como pessoa da rede de suporte para realizar a entrevista. Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria é casada.

3.3 LOCAL DA PESQUISA: CAPS infantil

O estudo foi realizado em um serviço público de saúde mental destinado à clientela de crianças e adolescentes - Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi), localizado em um município de grande porte, com 1.080.113 de habitantes do interior do estado de São Paulo (IBGE, 2013). Ressalta-se que neste município há dois CAPSi voltados para a população infantojuvenil.

A seleção dos CAPSi partiu da listagem fornecida pela Secretaria Estadual de Saúde, adotando-se como critério a localização em um município de grande porte do estado de São Paulo e estruturado enquanto unidade de saúde mental, em funcionamento há mais de um ano⁴.

O CAPSi do estudo foi fundado em 1987, dentro de um Centro de Saúde, por uma equipe composta por duas psicólogas, uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional. Esta equipe atendia a demanda de saúde mental infantojuvenil. Em 1995 ganhou sua primeira sede própria, sendo referenciado como Centro de Vivência Infantil e, em 2000, foi reconhecido como CAPS Infantojuvenil. Ressalta-se que o município possui 1.080.113 de

⁴ Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/areas-tecnicas-da-sessp/saude-mental/enderecos-dos-centros-de-atencao-psicossocial-caps-do-estado-de-sao-paulo>

habitantes e dois CAPSi, que são responsáveis por toda a demanda existente. Cada CAPSi é responsável pelas UBSs pertencentes aos seu território.

Apresentam-se no Quadro 3 e no Gráfico 1, a seguir, informações de caracterização do serviço:

Quadro 3: Dados Gerais do CAPSi

Características do CAPSi	
Ano de inauguração	2000
Área de abrangência	36 UBS
Prontuários registrados	1346*
Usuários em tratamento	162*
Adolescentes em tratamento	99*
Profissionais na equipe	23**

Fonte: Elaborado pela autora

*Dados referentes até o dia 12 de dezembro de 2012.

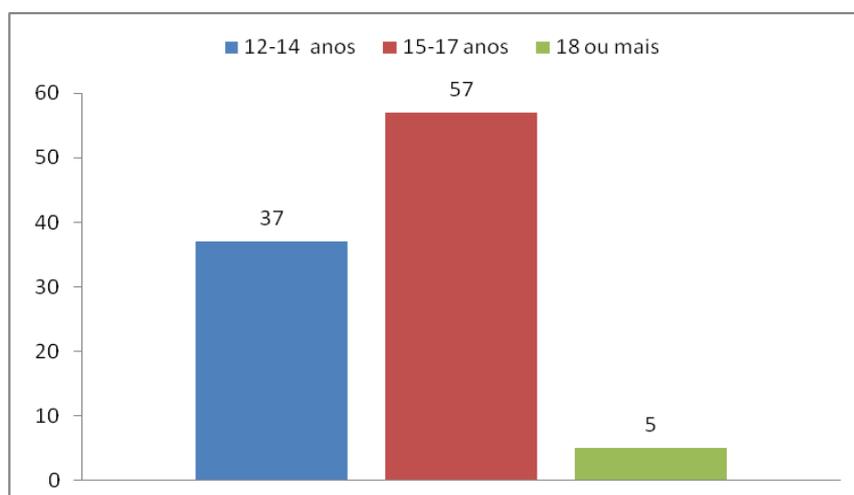
**Dados referentes até o final do ano de 2012.

Observa-se que no ano de 2000, o serviço foi reconhecido como CAPS Infantojuvenil.

Em relação a área de abrangência do serviço, este abrange três regiões da cidade - região leste, norte e noroeste -, cobrindo todas as 36 Unidades Básicas de Saúde destas regiões, ou seja 50% da população do município.

Além disso, havia um total de 1.346 prontuários registrados até o dia 12 de dezembro de 2012, sendo que 162 estavam em tratamento e destes, 99 eram adolescentes, sendo 67 meninos e 32 meninas.

Gráfico 1: Distribuição por faixa etária dos adolescentes:

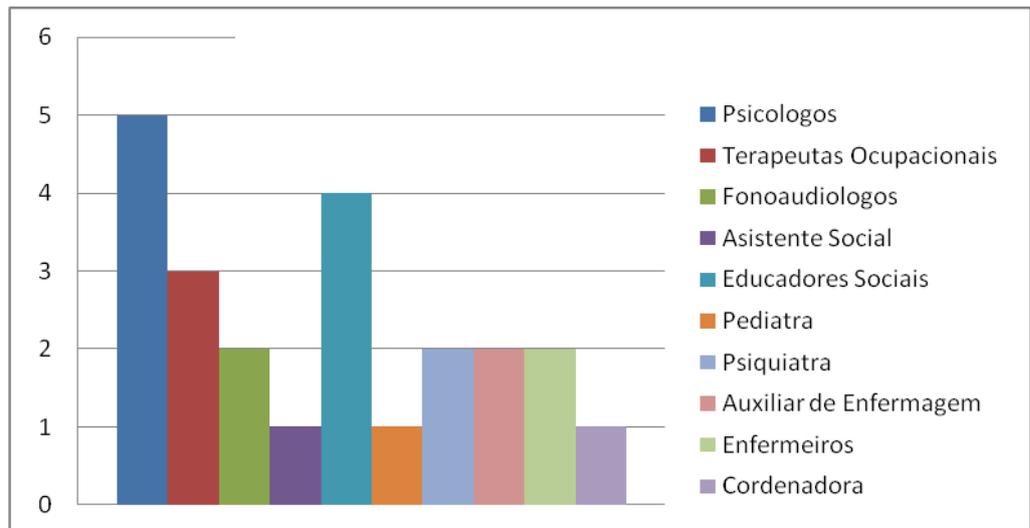


Fonte: Elaborado pela autora

Ressalta-se que dos 99 adolescentes, a maioria possui entre 15 e 17 anos e a minoria 18 anos ou mais.

Quanto aos profissionais do CAPSi, no Gráfico 2 apresenta-se a distribuição por profissional.

Gráfico 2: Distribuição dos profissionais



Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com o gráfico 2 o CAPSi conta com uma equipe composta por 23 profissionais. Além disso, há também outros profissionais ligados à administração e manutenção da unidade, como auxiliares administrativos, motorista, pessoal de limpeza e segurança.

Em relação às atividades desenvolvidas no CAPS existem diferentes tipos, envolvendo todos os profissionais. Há um total de 30 atividades distribuídas em: atendimentos individuais e familiares, roda de plantão, grupos variados, reunião de equipe, grupo de pais, grupo de mães, oficinas, passeios, acolhimento, dentre outras.

A seguir, no Quadro 4, apresenta-se a grade de atividades diárias desenvolvidas no CAPSi:

Quadro 4: Grade de atividades existentes no CAPSi

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Roda de Plantão	Roda de plantão	Roda de plantão	Roda de plantão	Grupo Pequetitos
Pais e filhos	Grupo brincando e aprendendo	Brincando com o corpo	Culinária	Cine pipoca
Oficina de artesanato	Conhecer lugares	Piscina	Grupo de chegada	Grupo de mães
Oficina de esportes	Grupo de pais	Rádio	Grupo de adolescentes	Capoeira
Grupo mães	Grupo de chegada	Grupo Lua	Grupo de expressão	Grupo criança
Oficina de jornal	Reunião de equipe	Grupo de chegada	ATEAC	Recriarte
Culinária		Grupo de adolescentes	Brincando e Aprendendo	
Grupo de linguagem			Adolescência	
Grupo de pais			Grupo de Pais	
Grupo sol				
Grupo para você				

Fonte: Elaborado pela autora

Nos grupos, participam diferentes profissionais do serviço e alguns são abertos, outros fechados. A maioria dos grupos acontece no próprio serviço e outros, em contextos diferentes, como a rádio, piscina e oficina de esporte.

A Roda de plantão acontece duas vezes por dia e é um momento em que a equipe se encontra para planejar o dia e repassar as informações e acontecimentos.

O acolhimento é distribuído entre os profissionais da equipe em determinados dias da semana.

O grupo de chegada se destina aos usuários que fizeram acolhimento e estão em processo de avaliação. Após o grupo de chegada é decidido o projeto terapêutico individual de cada usuário do CAPS.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

- *Formulário para registro de dados pessoais dos adolescentes:* este formulário foi composto por 19 questões que buscam caracterizar os participantes, com dados como idade, escolaridade, escola a que pertence, local de residência, estrutura e composição familiar, história clínica, dentre outras. Este instrumento foi aplicado com adolescentes e com profissionais do CAPSi (APÊNDICE 1).

- *Formulário de caracterização do serviço:* aborda 20 questões referentes à estrutura do serviço, usuários atendidos, funcionamento e características específicas. Este formulário foi aplicado com os profissionais do CAPSi (APÊNDICE 2).

- *Roteiro de entrevista semiestruturada aplicado junto aos adolescentes:* composto de 29 questões referentes ao cotidiano, por meio da identificação das atividades diárias, contexto familiar, inserção social, escola e redes de suporte social (APÊNDICE 3).

- *Roteiro de entrevista aplicado junto a diferentes atores que pertencem ao cotidiano e à rede de suporte social dos adolescentes:* com 11 questões referentes ao cotidiano dos adolescentes em diferentes ambientes/contextos e situações, bem como expectativas, demandas e considerações acerca da realidade cotidiana do adolescente (APÊNDICE 4).

- *Diário de Campo:* utilizado para registro de observações relativas ao cotidiano e à inclusão social dos adolescentes, bem como o dia a dia dos mesmos no CAPSi.

3.5 PROCEDIMENTOS

3.5.1 Questões éticas

O primeiro procedimento seguido foi a submissão e aprovação do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (ANEXO1). Após a aprovação⁵ do mesmo, o desenvolvimento do estudo foi iniciado. Além disso, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município ao qual o CAPSi pertence, sendo que após a aprovação do secretário da saúde, foi também solicitada a autorização do próprio serviço.

3.5.2 Elaboração, validação e aplicação dos instrumentos para coleta de dados

- Formulário para registro de dados pessoais:

O formulário foi elaborado pela pesquisadora. As informações para preenchimento do formulário foram obtidas a partir dos adolescentes, profissionais do serviço e prontuário.

- Formulário de caracterização do serviço:

Foi elaborado pela pesquisadora e as informações foram obtidas com os profissionais do serviço.

- Roteiros de entrevista semiestruturada:

Os roteiros foram elaborados pela pesquisadora. Após a elaboração dos roteiros de entrevistas, os mesmos foram analisados e validados por seis juízes, terapeutas ocupacionais, especialistas da área e realizado aplicação piloto (MANZINI, 2003).

⁵ Projeto aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em seres humanos da UFSCar sob o parecer número: 112.514 e CAAE: 03413312.9.0000.5504.

Os juízes foram solicitados a avaliar a pertinência, coerência, sequência das questões apresentadas, clareza e a realizar sugestões. Após a finalização do processo de validação dos roteiros, foi realizada uma aplicação piloto.

O piloto foi aplicado em um CAPSi de um município de médio porte. Primeiramente foi solicitada autorização da coordenadora do serviço para realização do estudo piloto. Após seu consentimento foi contatado um profissional do serviço para levantar as informações da ficha de caracterização do serviço.

Quanto à escolha do adolescente para a aplicação piloto, foi solicitado que os profissionais indicassem um adolescente que respondesse aos critérios de participação estabelecidos neste estudo. Uma adolescente de 16 anos foi selecionada.

Posteriormente foi levantado o dia da semana que a adolescente frequenta o serviço para iniciar o contato. A responsável pela adolescente estava presente no serviço no dia do atendimento e foi solicitada a autorização da participação através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Após a aprovação foi realizada uma conversa com a adolescente explicando o estudo e esta aceitou participar.

Quando solicitado para a adolescente indicar alguém de sua rede de suporte para dar continuidade à entrevista, esta indicou sua responsável, que também foi esclarecida sobre o estudo e convidada a responder a entrevista.

Ressalta-se que a aplicação piloto foi realizada após a aprovação do comitê de ética em pesquisa em seres humanos da UFSCar. Além disso, após a aplicação foi realizada uma devolutiva à coordenadora do serviço, assim como aos profissionais que acompanhavam a adolescente.

Após a aplicação piloto foi possível adequar os instrumentos de coleta de dados, retirando e inserindo questões relevantes ao estudo.

3.5.3 Identificação, localização dos participantes e coleta de dados

De acordo com os critérios mencionados anteriormente a respeito das características do serviço de saúde mental, um CAPSi foi contatado e convidado a participar do estudo.

Após a seleção e aprovação do CAPSi, foi iniciado os primeiros contatos e encontros no serviço, em novembro de 2012. Os primeiros encontros visaram conhecer o serviço e responder a ficha de caracterização do mesmo. Posteriormente foi sugerido os primeiros contatos com os adolescentes por meio do acompanhamento das atividades de férias. Assim, durante o mês de janeiro e início de fevereiro de 2013, algumas atividades de culinária, oficinas, e grupos foram acompanhados pela pesquisadora e realizados contatos com alguns adolescentes.

Durante este período foi explicado aos adolescentes sobre a pesquisa e aqueles que aceitaram participar foi solicitado aos responsáveis, através de cartas entregues pelo adolescente ou diretamente com os responsáveis, a autorização da participação dos adolescentes. Os responsáveis que permitiram a participação dos adolescentes no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apenas um responsável negou a participação do adolescente, assim como dois adolescentes se recusaram a participar.

Todas as entrevistas foram realizadas no CAPSi, em salas de atendimentos e em outros espaços do CAPSi como, por exemplo, o refeitório, a sala de espera, a área de lazer (desde que estivessem sem uso). Durante a entrevista com o adolescente, foram identificados quais outros atores e contextos estavam envolvidos no cotidiano dos mesmos, por meio de questões presentes no roteiro de entrevista. No final do roteiro há uma questão bastante específica que solicita ao adolescente indicar pessoas que o conhece bem, que ele gosta e que faz parte de sua rede de suporte social. A partir desta identificação, realizada pelo pesquisador com a participação do adolescente, foram estabelecidos os principais atores que, de concordância do adolescente, foram convidados a responder ao roteiro de entrevista direcionado aos mesmos.

O convite foi apresentado para os atores identificados (familiares, profissionais do CAPSi, amigos e família) e as questões de esclarecimento e éticas foram apresentadas antecedendo os procedimentos de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu no local e dia escolhido pelos participantes do estudo. O horário e a forma foram previamente combinados e agendados com os participantes. Nessa situação, a entrevista foi aplicada. Ressalta-se que todas as pessoas da rede indicadas pelo adolescente aceitaram participar da pesquisa.

3.5.4 Inserção ecológica

Conforme a proposta de inserção ecológica, o processo foi previamente planejado e combinado com o serviço, com os profissionais, adolescentes e seus familiares.

Por dois meses foram realizados contatos com o CAPS explicando a pesquisa e identificando o melhor período para sua realização. Conforme os objetivos da pesquisa e o contexto de inserção, definiu-se juntamente com o serviço, que a entrada da pesquisadora no contexto se iniciaria no período de férias, para que fosse possível começar a aproximação com o ambiente, com os profissionais e alguns adolescentes que circulassem neste período.

Nos dois meses de férias escolares foi possível permanecer no serviço em torno de três vezes por semana para acompanhar as atividades e realizar a aproximação ao serviço, profissionais e usuários, através de conversas informais e a participação da pesquisadora nas atividades realizadas no serviço.

Após o período de férias, com a chegada dos adolescentes, foi realizado o primeiro contato, explicando a pesquisa, os objetivos, assim como foram entregues os TCLE. Neste período, que durou mais dois meses, foi possível estabelecer um vínculo com adolescentes, família e profissionais, onde iniciou-se, então, o aprofundamento deste processo, através da permanência diária da pesquisadora (todos os dias da semana, das oito horas da manhã às cinco horas da tarde) no CAPSi. No total, a pesquisadora esteve presente no serviço, participando das atividades, rotina e em interação com usuários e profissionais durante 60 dias.

Ressalta-se que ao longo dos quatro meses de inserção no campo, entrevistas com adolescentes, familiares e profissionais foram realizadas, além da participação da pesquisadora em todos os grupos e atividades existentes no serviço.

As entrevistas, tanto com os adolescentes como com os profissionais da rede, foram realizadas em uma única sessão, com duração média de 30 minutos. A participação nos grupos e atividades ocorreu semanalmente até a saída do campo. Foi nos momentos da convivência e nos grupos que a relação pesquisadora e participante se intensificava e o cotidiano de cada adolescente emergia. Observa-se que apesar de muitos usuários do serviço não comporem a amostra de participantes devido aos critérios de inclusão, fizeram parte deste processo, devido à inserção diária no campo.

A saída da pesquisadora do campo foi previamente combinada com o CAPSi. Desta forma, quando considerou-se que os quatro meses de inserção já eram suficientes, a pesquisadora conversou com a equipe, fez uma devolutiva do processo de inserção e da pesquisa, e iniciou-se a desvinculação com os usuários. Todos usuários e familiares foram contatados a respeito da saída da pesquisadora do campo, algumas despedidas nos grupos foram realizadas e aos poucos a pesquisadora foi se retirando do campo.

Ressalta-se que ao término do mestrado a pesquisadora voltará ao CAPSi para apresentar os resultados da pesquisa, assim como uma cópia da dissertação será disponibilizada para o serviço e a Secretaria de Saúde do município.

3.5.5 Análise de dados

Quanto à análise referente ao diário de campo, após os encontros diários no CAPSi e em outros contextos realizava-se o registro no diário. Os registros abordavam não só o cotidiano do CAPSi, como também eram registradas anotações sobre cada participante da pesquisa. Para a análise dos registros, a pesquisadora retomou a proposta metodológica de inserção ecológica, assim como aos objetivos do estudo. Desta forma, após leitura exhaustiva de todo o conteúdo do diário, foram selecionados extratos que contemplassem tanto os objetivos como a metodologia adotada. O conteúdo do diário será apresentado nos resultados relativos à inserção ecológica em forma de narrativa.

Os dados advindos das entrevistas semiestruturadas foram analisados utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC. Tal técnica vem sendo desenvolvida desde o final da década de 1990 para pesquisas de representação social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2001, 2005, 2010).

O objetivo da técnica do DSC é que por meio de um único discurso a opinião de uma coletividade seja dada, porém sem descaracterizar a natureza qualitativa de cada depoimento analisado. Desta forma, busca-se recuperar, pela opinião dos indivíduos participantes, os atributos da dimensão coletiva contidos em cada fala (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2001, 2005, 2010).

Assim, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo é definida como uma forma ou um expediente destinado a fazer a coletividade falar diretamente. O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, podendo reconstruir fragmentos de relatos individuais capazes de expressar um pensamento que represente um determinado grupo social. Sendo assim, esta estratégia metodológica permite, por meio de uma estratégia discursiva, tornar clara uma dada representação social, na medida em que ela aparece sob a forma de um discurso que é a forma como os indivíduos expressam sua maneira de pensar (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2000).

Os depoimentos coletivos permitem veicular uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo que o resultado final será composto por quantas diferentes opiniões sob a forma de DSC existirem entre determinada população pesquisada (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

O DSC filia-se às correntes de pensamento contemporâneo onde se valorizam o múltiplo, complexo, diferente, mas considerando que estes convivem em tensão dialética com o semelhante, uno e simples. Sendo assim, permite mostrar que sempre há diferentes tipos ou categorias de pensamento coletivo entre as populações envolvidas com um determinado tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

O DSC como uma técnica representa diferentes operações sobre a matéria prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal, que se desdobram ao final do processo em depoimentos coletivos. Assim, cada um destes depoimentos coletivos, ou DSCs, possibilita veicular uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, onde o resultado final será composto por diferentes opiniões sob a forma de DSCs que existirem na população pesquisada (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Para a análise do Discurso do Sujeito Coletivo optou-se pela utilização do software Qualiquantisoft, que foi com o objetivo de viabilizar a realização de pesquisas que utilizam técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Na técnica do DSC os depoimentos são redigidos na primeira pessoa do singular, visando produzir o efeito de uma opinião coletiva expressa como fato empírico pela voz de um único sujeito do discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Para o procedimento de análise dos dados advindos das entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e em seguida todas as questões foram analisadas separadamente.

Posteriormente, as expressões chave, assim como as ideias centrais e ancoragem presentes na fala de cada participante foram identificadas (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), as Expressões Chave (ECH) são citações literais de parte, trechos, pedaços ou seguimentos dos depoimentos dos participantes onde é possível identificar o conteúdo essencial do depoimento. Quanto às Ideias Centrais (IC) são caracterizadas como um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa os sentidos das ECH, ou seja, estas são afirmações identificadas pelo analisador que traduzem o que há de essencial no conteúdo de cada depoimento. Ressalta-se que as IC também recebem o nome de categoria. A Ancoragem é um tipo de ideia central específica, dada como uma manifestação linguística de uma dada teoria, ideologia ou crença que o autor do discurso professa, podendo ser classificada como uma afirmação genérica (LEFEVRE, LEFEVRE, 2010).

Identificadas as expressões chave e ideias centrais, estas são agrupadas sob forma de categoria, ou seja, cada categoria contempla todas as ideias centrais semelhantes e por fim elabora-se o Discurso do Sujeito Coletivo.

Assim, o objetivo do DSC é construir, por meio das falas colhidas nas entrevistas, um discurso que represente determinado grupo social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010). Desta forma, segundo Lefèvre e Lefèvre (2003) o conteúdo do DSC é composto pelo que o sujeito individual falou e também por aquilo que ele poderia ter falado e seu “companheiro de coletividade” disse por ele, já que ambos pertencem a um mesmo grupo social.

4. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados encontrados:

- Resultados referentes aos participantes envolvidos no estudo;
- Resultados obtidos por meio da inserção ecológica e o diário de campo;
- Resultados das entrevistas realizadas com os adolescentes e com membros de sua rede de suporte social.

4.1 RESULTADOS REFERENTES AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA – ADOLESCENTE E REDE DE SUPORTE SOCIAL

Participaram da pesquisa 13 adolescentes inseridos em um CAPSi e 15 membros de sua rede de suporte.

A seguir, no Quadro 5, apresenta-se informações relativas ao quadro clínico e à inserção dos adolescentes no CAPSi obtidas a partir dos prontuários e dos profissionais:

Quadro 5: Características do quadro clínico e inserção dos adolescentes no CAPSi

Características clínicas dos adolescentes						
Adolescente	Diagnóstico/ Queixa	Internação	Início do Problema	Modalidade de Inserção no CAPSi	Tempo que frequenta o CAPSi	Atividades que participa no CAPSi
A	Problemas de comportamento, Quadro psicótico, Hiperatividade, Transtorno de sexualidade	Sim	Infância	Não Intensivo	6 anos	Atendimento Individual
B	Autismo, Isolamento social, Problemas de relacionamento	Não	Infância	Semi-intensivo	7 anos	Grupo/atendimento individual
C	Dificuldade de aprendizagem, Automutilações, Ansiedade, Hiperatividade, Deficiência mental, Dificuldade em AVD	Não	Infância	Não intensivo	5 anos	Grupo/psiquiatria /atendimento individual
Características clínicas dos adolescentes(cont.)						

D	Autismo, Isolamento social, Dificuldade de relacionamento	Não	Infância	Semi- intensivo	8 anos	Grupos/psiquiatria/ atendimento individual
E	Quadro psicótico, Deficiência mental, Pensamento obsessivo, agressividade	Sim	Adolescência	Intensivo	1 ano	Grupo/psiquiatria /atendimento individual
F	Problemas de comportamento, Hiperatividade, Episódios depressivos/bipolar, agressividade	Não	Infância	Não Intensivo	5 anos	Atendimento Individual
G	Deficiência mental, Quadro psicótico, Dificuldades na fala, Hiperatividade, agressividade	Não	Infância	Semi- intensivo	7 anos	Atendimento individual/psiqui atria
H	Esquizofrenia, Isolamento social, Dificuldade de relacionamento	Sim	Adolescência	Intensivo	3 anos	Grupo/psiquiatria /atendimento individual
I	Dificuldade de aprendizagem, Pensamento desorganizado, Dificuldade em AVD, Transtorno global do desenvolvimento não especificado, Isolamento social, Dificuldade de relacionamento	Não	Infância	Não intensivo	5 anos	Grupo/psiquiatria
J	Isolamento social, Dificuldade de aprendizagem, Dificuldade de relacionamento, Pensamento desorganizado	Não	Infância	Semi- intensivo	Menos de 1 ano	Grupo/psiquiatria /atendimento individual
K	Quadro psicótico	Sim	Adolescência	Intensivo	1 ano	Atendimento individual/psiqui atria
L	Comportamento Agressivo, Depressão, Síndrome de torette	Não	Pré- adolescência	Semi- intensivo	1 ano	Atendimento grupo/psiquiatria
M	Psicose, Dificuldade na fala, Problemas de relacionamento, Isolamento social	Não	Adolescência	Semi- intensivo	2 anos	Grupo/psiquiatria

Fonte: Elaborado pela autora

As informações dos prontuários indicaram que a maioria dos adolescentes participantes deste estudo apresentou problemas desde a infância (8) e apenas um dos 4 jovens que tiveram o início dos problemas na adolescência não passou por internação psiquiátrica.

Quanto às modalidades de inserção, a minoria (4) se encontra na modalidade não intensiva. Em relação aos tipos de atividades que os adolescentes participam no CAPSi, 11 adolescentes frequentam mais do que uma atividade e o atendimento individual é oferecido para 10 dos 13 adolescentes, na maior parte somados a outras modalidades de intervenção.

Em relação às queixas ou diagnóstico, as mesmas estiveram distribuídas entre quadro psicótico, esquizofrenia, isolamento, dificuldade de relacionamento, quadro depressivo, pensamento desorganizado, dificuldade na fala, deficiência mental, problemas de comportamento, hiperatividade e autismo.

No quadro 6 apresenta-se a caracterização dos participantes indicados pelos adolescentes como significativos em sua rede de apoio:

Quadro 6: Caracterização da rede de apoio dos adolescentes

Ficha de Caracterização da Rede de Apoio						
Rede	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Relação com adolescente
A	M	27	Superior completo	Educador Social	Casado	Profissional CAPS
B	F	37	Superior completo	Terapeuta Ocupacional	Casada	Profissional CAPS
C	F	43	Ensino Médio completo	Educadora Social	Viúva	Profissional CAPS
D	M	27	Superior completo	Educador Social	Casado	Profissional CAPS
E	F	34	Superior completo	Psicóloga	Casada	Profissional CAPS
F	F	46	Fundamental completo	Auxiliar de limpeza	Casada	Profissional CAPS
G	F	43	Ensino Médio completo	Educadora Social	Viúva	Profissional CAPS
H	F	52	Superior completo	Enfermeira	Casada	Profissional CAPS
I	M	17	Ensino Médio completo	Amigo	Solteiro	Usuário do CAPS
	F	48	Ensino Médio completo	Inspetora de aluno	Casada	Mãe
J	F	33	Superior completo	Psicóloga	Casada	Profissional CAPS
	F	43	Ensino Fundamental incompleto	Diarista	União estável	Mãe
K	M	24	Superior incompleto	Educador Social	Solteiro	Profissional CAPS
L	F	52	Ensino Fundamental incompleto	Do lar	Casada	Avó
M	F	33	Superior completo	Psicóloga	Casada	Profissional CAPS

Fonte: Elaborado pela autora

Observa-se, a partir das informações apresentadas no quadro 6, que dentre os participantes indicados como pertencentes à rede de suporte dos adolescentes, a maioria pertence ao sexo feminino, apenas um encontra-se na faixa etária da adolescência e 9 possuem mais de 30 anos. Quanto à escolaridade, 7 cursam ou possuem o superior completo, sendo que destes, todos são profissionais do CAPSi. Apenas um amigo, duas mães e uma avó foram apontados como pessoa da rede de suporte para realizar a entrevista. Em relação ao estado civil dos participantes, a maioria é casada.

4.2 RESULTADOS A PARTIR DA INSERÇÃO ECOLÓGICA

Os resultados a partir da inserção ecológica, organizados em forma de narrativa, serão apresentados a seguir. O conteúdo dos diários de campo, as observações e conversas informais ocorridas durante os quatro meses do processo de inserção estarão presentes.

Observa-se que eles serão analisados a partir dos quatro núcleos propostos por Bronfenbrenner – *processo, pessoa, contexto e tempo*. Apesar dos extratos retirados do diário de campo explicitarem pontos específicos, outros aspectos não evidentes nas narrativas advindas do diário também foram identificados pelo pesquisador e serão apresentados.

O *processo proximal* ocorreu em diferentes momentos da inserção ecológica, a partir da inserção da pesquisadora, com o objetivo de conhecer o território; constituir vínculos com os profissionais, usuários e familiares; acompanhar e participar das atividades com os adolescentes; e realizar as entrevistas.

Posteriormente, por meio das vivências com os adolescentes, das conversas informais e do fato de compartilhar um mesmo espaço-tempo, foi possível apreender e compreender sobre o cotidiano dos adolescentes e também fazer parte deste.

Durante as atividades, a pesquisadora pôde vivenciar diferentes processos existentes. A relação dos adolescentes com os outros usuários muitas vezes envolveu o companheirismo, a amizade, o afeto e a compreensão. Da mesma forma, foi possível observar, por meio da participação da pesquisadora em todas as atividades oferecidas, a relação

estabelecida entre os adolescentes e as atividades, a importância destas no seu cotidiano, no tratamento e na inclusão social em outros contextos, externos ao CAPSi.

O núcleo *pessoa* abrangeu não só as características individuais dos adolescentes e das famílias, como também a da própria pesquisadora, suas expectativas, planos e sentimentos emergidos a partir da inserção ecológica. Ressalta-se que para a pesquisadora houve momentos bons, prazerosos, durante a participação nas atividades, como a relação com a equipe e o vínculo formado com os adolescentes e familiares. Porém, houve momentos difíceis, como o intenso sofrimento apresentado por alguns adolescentes em momentos de crise, assim como o sofrimento da família diante de alguma situação e até mesmo no momento da desvinculação com o serviço e a retirada da pesquisadora do campo.

Em todos os momentos, foi possível conhecer os adolescentes e suas peculiaridades, assim como seu sofrimento. Muitas vezes eles relataram as dificuldades de estarem inseridos em outros contextos, as dificuldades de fazer amigos e o que a doença mental mudou em suas vidas. A família também faz parte deste núcleo, quando os familiares falam sobre as dificuldades enfrentadas, as inseguranças, assim como foi observado a sua influência sobre o desenvolvimento dos adolescentes.

Quanto ao núcleo *contexto*, a pesquisadora pode conhecer não só o contexto do CAPS onde esteve inserida diariamente, como também os contextos familiar e escolar por meio dos relatos dos adolescentes e da própria família.

Ressalta-se que muitas limitações no contexto surgiram, como, por exemplo, as dificuldades familiares, as fragmentações e os conflitos. Na escola, os relatos são de dificuldades de aprendizagem, dificuldades de inclusão e de relações sociais.

Nessa direção aponta-se não só para a importância do reconhecimento dos contextos micro, meso e exossistema, mas também para o contexto macro, através do reconhecimento da necessidade de transformação e efetivação das políticas públicas a esse seguimento. Os relatos apontam para a necessidade de efetivação de estratégias e ações intersetoriais, de trabalho em rede, que atendam às necessidades e demandas desta população.

Por fim, o núcleo *tempo*. Durante a inserção de quatro meses no serviço a pesquisadora pode acompanhar mudanças, transformações e continuidades nos níveis micro, meso e macrotempo. Em relação ao microtempo, foi possível analisar e conhecer as continuidades e descontinuidades nos processos proximais, como, por exemplo, a relação de dois adolescentes realizando uma atividade em uma situação de grupo. Já em relação ao

mesotempo, foi possível conhecer e analisar as mudanças e transformações em dias e semanas, como a chegada de novos usuários, a inserção de alguns nas atividades, os relatos de melhora dos sintomas, assim como a piora com as consequentes internações. No macrotempo, verificaram-se os relatos referentes às perspectivas e planos para o futuro, como a profissionalização, casamento, constituição de família e o desejo de melhora dos sintomas. O macrotempo, também envolveu os relatos das redes de suporte em relação à construção de estratégias e serviços voltados a estes jovens.

Bronfenbrenner (2011) compreende que o reconhecimento do desenvolvimento sob esse enfoque é de fundamental importância para as políticas públicas e para as intervenções que tem efeito sobre a natureza do ambiente. Desta forma, apesar de não previstos, o reconhecimento, a construção de políticas públicas e outras formas de intervenção, geram efeitos significativos sobre o desenvolvimento em diferentes contextos, seja na sala de aula, na família, dentre outros.

A seguir, apresentam-se os resultados advindos do processo de inserção ecológica.

Inserção Ecológica: Extratos do Diário de Campo

Desde que cheguei ao CAPS, em dezembro de 2012, fui acolhida pela equipe, principalmente por duas profissionais, uma assistente social e uma psicóloga, que foram nomeadas pela coordenadora para me auxiliar nesta trajetória.

No início de minha inserção recebi explicações que indicaram que no momento em que cheguei seria mais difícil o contato com os adolescentes, pois era período de férias e poucos frequentariam o CAPSi, só estariam no equipamento os que precisam de atendimento intensivo. Neste mesmo momento, a proposta que me apresentaram foi que em dezembro e janeiro eu me aproximasse do serviço, preenchesse a ficha de caracterização do local, conhecesse os profissionais e, posteriormente, começasse a ter contato com os adolescentes e famílias.

Em termos de estrutura física este CAPSi é bem estruturado, ocupa uma casa ampla, com boa quantidade de salas, materiais e, na convivência, há espaço suficiente para os pais ficarem, para as crianças brincarem e algumas atividades acontecerem. Além disso, o CAPSi conta com uma boa quantidade de materiais e recursos, uma perua com motorista

disponível para levar a equipe em visitas domiciliares, reuniões, buscar e levar crianças e adolescentes que não tem como chegar ao serviço, realizar atividades fora do CAPSi, dentre outras.

Quanto aos profissionais que estão vinculados ao serviço, a equipe interdisciplinar conta com integrantes de diferentes áreas, como, por exemplo, psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, enfermeiro, educador social; o que deve possibilitar o acolhimento de inúmeras demandas existentes neste serviço. Diferentes profissionais participam dos grupos, o que enriquece e potencializa o trabalho.

Quando questionei se há falta de algum profissional na equipe, obtive a seguinte resposta:

“Sim. Um psicopedagogo contribuiria. Muitas crianças têm dificuldades escolares, há também uma demanda da família em relação a estas dificuldades. As escolas não sabem lidar com o problema, as mães não sabem o que fazer. Se houvesse um psicopedagogo facilitaria a parceria com a área da educação”.

Isso se tornou evidente não só pela fala do profissional, mas pelas minhas vivências no serviço. Todos os dias ouvia o adolescente me contando sobre como tem dificuldade em aprender, em permanecer na escola, e as famílias, se preocupavam com o futuro dos adolescentes. Nesses momentos permeavam muita angústia, tristeza, e preocupação, não só advindos dos adolescentes e familiares, como também da minha percepção da situação.

Assim, sempre me questionava: o que pode ser feito para auxiliar os adolescentes neste âmbito? Como ajudá-lo? Como estas escolas estão se preparando para auxiliar e incluir essa população? Ou melhor, será que estas escolas ao menos se esforçam para isso? Ou o problema é a nível mais macro, nas políticas públicas, nas políticas de inclusão dessa população nas escolas regulares? A realidade não mostra que se tem avançado nesta questão...

Em relação às possibilidades de supervisão institucional, fui informada de que a partir da inauguração do CAPSi sempre houve algum tipo de supervisão para auxiliar

os profissionais, seja esta clínica ou institucional, sendo que varia conforme as demandas e necessidades apresentadas.

Não posso deixar de citar o trabalho dos outros profissionais do serviço, que não atuam na equipe interdisciplinar, mas que fazem parte da história do CAPSi e, conseqüentemente, da vida das crianças, adolescentes e famílias. São profissionais como as auxiliares de limpeza, o motorista e o guarda que todos os dias constroem a história deste serviço.

É muito rico observar quando os usuários chegam ao CAPSi e logo correm para os braços do guarda, por exemplo, cumprimentam, abraçam e passam o horário de almoço conversando com ele. Assim como é muito rico ver as crianças pedirem para as auxiliares de limpeza que façam um agrado, como um bolo de aniversário, um docinho, um lanche fora de hora e depois agradecem com imenso carinho. É esse compartilhar de afetos, momentos de trocas que tornam esses profissionais parte da equipe e fundamentais para o CAPSi.

Pude também conhecer a dinâmica do serviço, como os usuários chegam ao local, muitas vezes por demanda espontânea, outros por encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), da escola. Quando chegam, passam por acolhimento e, se na situação de acolhimento a demanda observada for para o CAPSi, são encaminhados para o grupo de chegada. O grupo de chegada é dividido por idades e engloba todos os usuários que fizeram acolhimento e os responsáveis por eles. É um momento, um processo de avaliação da criança e adolescente e construção da história de vida e clínica.

Estes procedimentos permitem que de fato aconteça o acolhimentos dos usuários e da família, tão fundamental para a vinculação com o serviço. Eu, enquanto participante deste momento, muitas vezes sentia, através dos familiares e adolescentes, a possibilidade de amparo, proteção e finalmente de um lugar em que receberiam ajuda concretamente.

Após o grupo de chegada, e este pode durar até alguns meses, é elaborado o projeto terapêutico de cada usuário e assim é decidido, em reuniões de equipe, se eles irão participar de grupos, atendimentos individuais ou se serão encaminhados para outros recursos existentes no município.

Assim, em consonância com as políticas públicas de saúde mental, o CAPSi atua como regulador da porta de entrada da rede assistencial, responsabiliza-se pela

organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território.

Além disso, neste CAPSi é desenvolvido o Projeto Terapêutico Singular, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O serviço também conta com uma dinâmica conhecida como “roda de plantão”. Esse momento ocorre todos os dias, duas vezes ao dia, sendo um momento disponibilizado para que a equipe se reúna e discuta o andamento do dia, o planejamento e as intercorrências. Assim, é possível que todos da equipe tenham conhecimento do que acontece no serviço, independentemente se estão diretamente envolvidos na situação. Os técnicos avaliam que essa dinâmica possibilita que por meio de diferentes saberes a equipe caminhe junto em todas as situações.

A partir de janeiro comecei a participar das atividades de férias e depois dos grupos. Foi de extrema importância a minha inserção nestas atividades, pois assim foi possível criar vínculo com os adolescentes e compreender o cotidiano deles no CAPSi.

A maioria dos adolescentes foi muito receptivo, se aproximou de mim com seu jeito peculiar e, apesar das dificuldades, interagiu. Com o tempo a minha aproximação com eles tornou-se grande, de forma que ficávamos juntos conversando, em outros ambientes, na convivência.

Durante o tempo que passava na convivência tive muito contato com os pais e avós dos usuários. Uns liam revistas, outros tricotavam, outros conversavam o tempo todo, “trocando figurinhas”. Quando eu estava por perto, entrava na conversa, eles tinham curiosidade sobre meu trabalho no CAPSi e eu sobre o cotidiano vivenciado por eles. Assim, pude conhecer sobre suas vidas, seus cotidianos, dificuldades, suas histórias. Muitas são marcadas por sofrimento familiar, como drogas, conflitos, abandono, prostituição, doenças e, outras, mesmo com as dificuldades, há a esperança, a confiança e a fé de um futuro melhor.

Foi neste contexto da convivência que pude ter a clareza do poder deste espaço e como este é importante para a construção de um serviço como o CAPSi.

Também foi a partir da convivência que os adolescentes puderam ter mais contato comigo, se aproximar, conversar enquanto aguardavam os atendimentos e isso possibilitou uma abertura muito grande a ponto de todos os dias quando eles chegavam, procuravam por mim, sentavam ao meu lado e começavam a contar sobre seu dia a dia, o

cotidiano, sobre a vida. Diariamente eu ouvia “Tia, vem jogar bola comigo”, “Tia, senta do meu lado pra gente conversar”, “Tia, hoje eu não estou muito bem”.

Neste CAPSi os profissionais possuem uma grade de horários destinados a convivência, assim eles se revezam para que sempre haja profissionais neste espaço. Acredito que a convivência, neste contexto e vista dessa forma, potencializa o trabalho dos profissionais nesse serviço, pois oferece acolhimento, escuta aos usuários e familiares.

Outro aspecto que vivenciei, e confesso que os sentimentos que tive não foram os melhores, é em relação aos adolescentes que chegam da Fundação Casa. Uma van estaciona na frente do CAPS, os profissionais são avisados que a fundação chegou, alguns adolescentes descem das vans algemados e escoltados, outros apenas orientados pelos tutores. Ao entrarem pelo serviço as algemas são retiradas e eles são guiados até a sala do atendimento. Devido a este processo, as roupas características que usam e a cabeça baixa quando passam, geram muitos olhares dos familiares presentes e com isso o clima do ambiente se modifica. Sempre há o cuidado para que não fujam ou a cautela maior para que nada de errado aconteça. É presenciando este cenário, e pensando na minha atuação enquanto profissional, e no que eu estudo sobre desenvolvimento, sobre saúde mental, sobre as teorias e políticas públicas, que fica impossível não sentir angústia e aperto no peito.

Pude também acompanhar a internação de dois adolescentes. Antes das internações me recordo dos momentos em que eles estavam bem, participando de diferentes atividades, até que as vozes começaram a surgir, os delírios persecutórios sempre presentes e com isso o distanciamento da realidade, as dificuldades de se relacionar, interagir e estar presente nas atividades.

Em uma das internações estive presente até o momento em que o adolescente entrou na van, acreditando que ia dar um passeio. Os profissionais me relataram que quando chegaram no hospital, o adolescente teve dificuldade em aceitar a internação (já havia sido internado outras duas vezes), acreditando a todo momento que na verdade era a avó que seria internada. Depois de muita conversa e preparação dos documentos ele acatou a internação. Após alguns dias retornou ao CAPS e apesar do comportamento menos agitado e a consciência de que tivera uma crise, alguns delírios permaneciam.

Além disso, este adolescente expressava:

“Eu não quero mais ficar lá...ainda bem que eu sai, lá só tem doido.

Um mais louco que o outro...”

“Lá é ruim, porque eu não posso comer as coisas que gosto...tem meninos agressivos, que batem e partem para cima...”

“É muito ruim ficar longe da família e das pessoas”.

Quanto aos grupos existentes, pude participar de todos, pelo menos uma vez, como a rádio, esporte, culinária, grupo de adolescentes.

Estes acontecem todas as semanas e ocorrem em diferentes espaços. Sua composição varia conforme o perfil de cada usuário, suas facilidades, dificuldades e o projeto terapêutico individual.

A maioria dos profissionais coordena diferentes grupos, sendo que geralmente há mais de um profissional acompanhando, o que facilita quando há muitos integrantes.

Observa-se que devido à demanda existente há uma ampla variedade de grupos, sendo possível contemplar a necessidade de cada usuário.

Os objetivos variam, sendo que alguns visam o autocuidado, outros a inclusão social, relações sociais, atividades cotidianas. Devido aos objetivos, há grupos que ocorrem em outros espaços públicos do município, onde é possível a participação da comunidade, como o grupo de esporte.

O grupo de Esporte: acontece em um local público da cidade, localizado na região do CAPSi. Ele é composto pela psicóloga, enfermeira, dois educadores sociais, uma professora de educação física contratada pela prefeitura, alguns adolescentes e crianças. No total são 11 participantes. O grupo é destinado àqueles que têm interesse por atividades esportivas e o objetivo é o trabalho em equipe, competição, regras e limites, interação social e inclusão. Ele acontece em espaço público. Em alguns momentos há a interação das crianças e adolescentes com pessoas da comunidade que estejam no local, pois eles passam a participar. Além disso, é bastante heterogêneo, sendo possível trabalhar com as diferentes demandas apresentadas.

Eu pude participar deste grupo em torno de 5 vezes. Nós saíamos todas as segundas-feiras por volta das 9h15 do CAPS e caminhávamos até o parque. Todos os dias em que eu participei a atividade foi jogar futebol. Quando chegamos ao local, participei do alongamento, depois o time era dividido e o jogo iniciava.

É interessante observar a dinâmica do grupo, pois diferentes processos acontecem. L é um adolescente bastante tímido, com dificuldade de interação, fala baixo e que joga muito bem. Ele sempre é um dos primeiros a ser escolhido e durante o jogo é possível observar maior interação dele com o time, pois quando faz gols além de sorrir e comemorar timidamente o gol, os outros correm para cumprimentá-lo, abraçá-lo e ele discretamente retribui. Além do L, temos o K, uma criança que se angustia e fica extremamente nervosa quando está perdendo, quando pede falta, ou quando alguém do time faz algum lance errado. Em seus momentos de nervosismo, nos quais fala mal, grita com todos, há um processo dos membros do seu time de acalmá-lo, de explicar o que aconteceu e compreender as angústias dele. Em alguns momentos em que ele se irritou muito, o jogo foi parado e realizou-se uma roda de conversa. Nessa roda alguns combinados foram reafirmados e no próximo encontro tudo aconteceu bem, de acordo com os combinados.

Outro grupo que participei foi o dos adolescentes. Neste grupo pude participar um dia, além disso, tiveram os momentos antes e depois de iniciar e a ida ao cinema. O grupo é composto por 7 adolescentes, a maioria meninos, e participam como coordenadores a terapeuta ocupacional, a psicóloga, a técnica de enfermagem e o educador social.

O objetivo do grupo é trabalhar as questões presentes no cotidiano dos adolescentes e as demandas trazidas por eles.

No dia em que participei, eles estavam decidindo e organizando um passeio ao cinema.

Posteriormente fui convidada a ir ao cinema. Observa-se que apesar do desejo de todos irem, da ansiedade de alguns e de todo o planejamento, apenas dois compareceram no dia. Um adolescente disse que não iria conseguir ir, outro que teve um compromisso, a outra não sabia porque não foi. Ressalta-se que apesar do desejo de sair de casa, passear, muitos ainda têm dificuldades e não conseguem.

Outro tipo de atividade que participei com os adolescentes foi em atendimentos individuais. Aconteceram dois momentos em que pude participar. O primeiro foi de um atendimento no qual o adolescente iria preparar um bolo com a psicóloga. Antes de iniciar o atendimento, o adolescente me convidou a participar desta atividade, a psicóloga autorizou a minha participação e sugeriu que eu fosse até a padaria com eles comprar os ingredientes. A outra oportunidade foi quando eu estava brincando de bola com

um adolescente e a psiquiatra o chamou para sua primeira consulta. O adolescente ficou inseguro e disse à psiquiatra que só entraria na sala se eu pudesse estar junto. Prontamente ela disse que não havia problema algum da minha presença. Nós entramos e a psiquiatra iniciou o atendimento.

Além de participar dos grupos e dos atendimentos, pude ter momentos de conversa com os profissionais do CAPSi, assim algumas questões foram levantadas.

Em uma das conversas com um dos técnicos do serviço foi questionado a ele sobre as potencialidades e limites de seu trabalho no CAPSi e o técnico relatou a dificuldade no trabalho intersetorial:

“Eu acho que o que pega de fato neste trabalho é o que se fala em trabalhar em rede intersetorial, ainda temos muito a caminhar, porque a saúde mental, os profissionais da saúde mental têm um olhar, os profissionais da assistência têm outro, da educação, outro, cada um tem seu núcleo e entra em um jogo de poder. Então, apesar de estar presente nas diretrizes, eu acho que ainda temos muito a construir...”

De fato esta dificuldade apontada pelo profissional era nítida em outros momentos em que vivenciei. Acredito ser fundamental que haja um trabalho interdisciplinar e não apenas multidisciplinar, como muitas vezes acontece. Se houvesse entre a equipe a possibilidade de ampliar os olhares, olhar para o outro profissional da equipe, querendo aprender com ele e construir juntos as possibilidades de cuidado aos usuários do serviço, facilitaria não só a relação da equipe, como também refletiria na atenção voltada à população atendida.

Além disso, a colocação apresentada a seguir, feita por um dos técnicos, aponta maior facilidade do trabalho em rede com determinados setores:

“Acontecem parcerias com os centros de saúde e outros equipamentos da cidade. Com os centros de saúde há mais diálogo, já com a educação, cultura, esta articulação está mais distante. Dependendo do caso há escolas que permitem maior parceria, outras

não. Além disso, o CAPSi tem projetos com os centros de saúde. Há um grupo de adolescentes que funciona dentro de um centro de saúde e quem coordena o grupo são profissionais do CAPSi e do centro de saúde. Essas parcerias ocorrem conforme a demanda surge. Ainda há dificuldades no estabelecimento de parcerias e elas deveriam ocorrer mais”.

O que eu pude observar e vivenciar é que muitos equipamentos da cidade depositam sobre o CAPSi toda a responsabilidade de cuidado e atenção à população infantojuvenil. Penso que há um despreparo das equipes da atenção básica, da assistência social e da educação para lidar com a questão da saúde mental. Dessa forma, quando surge algum caso nestes âmbitos, acreditam que devem necessariamente ser encaminhados para o CAPS, sem a possibilidade de ser acolhido e receber os cuidados nestes equipamento. Este fato acaba por dificultar também as parcerias com estes setores, uma vez que depositam a responsabilidade somente ao CAPSi, fecham os olhos para as possibilidades existentes em seu equipamento, negando o cuidado integral do indivíduo.

Ao ser questionado sobre o trabalho deles em relação à inclusão social e ao cotidiano, algumas considerações relevantes surgiram.

“Através do PTI há preocupação em melhorar e qualificar o cotidiano dos usuários, seja pela permanência na escola, inclusão social, inserção em algum programa da cidade, cursos, projetos... as atividades visam a inclusão. O cotidiano e a inclusão social caminham juntos. Há preocupação e ações voltadas para escola, lazer, convívio familiar, amigos, projetos de promoção da saúde, articulação com as ONG’s visando a inserção profissional”.

Outras considerações surgiram, sobre as quais os técnicos apontam muitas dificuldades, limites e potencialidades no trabalho em um CAPSi.

Em relação à inclusão social dos adolescentes em alguns contextos, os profissionais apontam que esta seria na verdade um mito. Por exemplo, no CAPSi há muita

dificuldade de incluir tanto as crianças como os adolescentes nas escolas, elas não estão preparadas, não têm os profissionais especializados e nem disposição para isso.

Em relação às possibilidades do CAPSi, um dos profissionais aponta:

“Este serviço oferece bastante oportunidades em termos de inclusão, no cotidiano dos adolescentes. Há vários grupos, porém há um limite, que surge no momento que mesmo com vários dispositivos você encontra uma criança/adolescente que não consegue se agregar em nenhum deles. Como você faz para trabalhar essa inclusão de fato? Assim, o CAPSi tem o potencial para melhorar esse processo de inclusão. Ele tem essa potencialidade quando realiza-se, por exemplo, os acompanhamentos terapêuticos, os atendimentos fora do CAPS que buscam esse processo da inclusão. Há um potencial que pode ser aumentado, mas que, no momento existem dificuldades para sua efetivação devido ao limite de tempo, de profissionais e a grande demanda”.

Quando questionado a um dos técnicos do serviço a respeito das políticas públicas e se o CAPSi responde a elas, obtive como resposta:

“Responde com todas as dificuldades e limitações, mas eu acho que o CAPSi procura e desenvolve hoje projetos terapêuticos dentro da unidade em consonância com as diretrizes da política macro. É aquilo, ela está muito bonita no papel mas a gente tem muito aqui no dia a dia, no cotidiano, a gente esbarra às vezes com uma série de limitações, seja material, transporte, conciliar atendimento, clínica, o tratamento, com outras atribuições como matricular lá fora. Então eu acho que a gente está caminhando nisso, mas eu acredito que a gente faça a política, com muitas limitações do município em se adequar”.

Em relação a minha inserção no campo, além dos muitos limites pude ter clareza também das potencialidades existentes, mesmo que muitas vezes estas se encontrem esquecidas na rotina e dinâmica do serviço, nas políticas públicas e em outros contextos aos

quais os adolescentes deveriam estar inseridos. Apesar do reconhecimento da equipe de que esses adolescente também têm potencialidades, de que podem e conseguem, por exemplo, frequentar uma escola regular e de fato aprender, o serviço não dá conta de ser agente transformador, seja devido à rotina ou à grande demanda existente. Assim, as potencialidades dos adolescentes se esbarram principalmente nas dificuldades e essas tornam-se o foco da atenção.

A seguir, apresentam-se os resultados advindos das entrevistas com os participantes do estudo.

4.3 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS ADOLESCENTES E COM OS MEMBROS DA REDE DE SUPORTE SOCIAL

Retomam-se aqui as informações sobre a composição da amostra de participantes e a teoria que dá suporte à técnica de análise de dados adotada para os dados advindos das entrevistas. A técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo tem como referência a teoria das Representações Sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010) e busca apresentar, através de um único discurso, o pensamento de uma dada coletividade (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010). No entanto, para que se alcance o máximo de validade possível na representação de determinada opinião/pensamento, deve-se contar com a participação da maior variedade possível de sujeitos, os quais se pretende compreender. Assim, para o presente estudo, optou-se por uma amostra de participantes intencional, onde buscou-se a participação de adolescentes que representassem a diversidade da população de adolescentes que respondiam aos critérios estabelecidos neste estudo: diferentes idades, diferentes modalidades de inserção no equipamento e tempo de vínculo no serviço.

A partir das entrevistas com estes adolescentes e com os membros de sua rede de suporte social, foram produzidos um total de 319 discursos do sujeito coletivo que abordam o cotidiano dos adolescentes, as relações sociais, contextos de inserção e perspectivas futuras.

Observa-se que devido ao grande número de discursos obtidos seria inviável apresentá-los todos nesta seção⁶. Assim, optou-se por agrupar os resultados em eixos e apresentar os discursos mais representativos / ilustrativos para cada um dos eixos identificados. O norte condutor para a identificação dos eixos foi o cotidiano. A partir dele, 5 eixos foram revelados: (a) O adolescente e sua singularidade, (b) O adolescente e o engajamento nas atividades do dia a dia (c) O adolescente e as relações sociais, (d) o adolescente e os contextos de inserção, (e) Perspectivas futuras.

A figura 3, a seguir, traz os eixos que serão abordados e, na sequência, os resultados para cada eixo são apresentados.

⁶As transcrições na íntegra, bem como todas as ICs e DSCs identificados na análise encontram-se à disposição, com a pesquisadora.

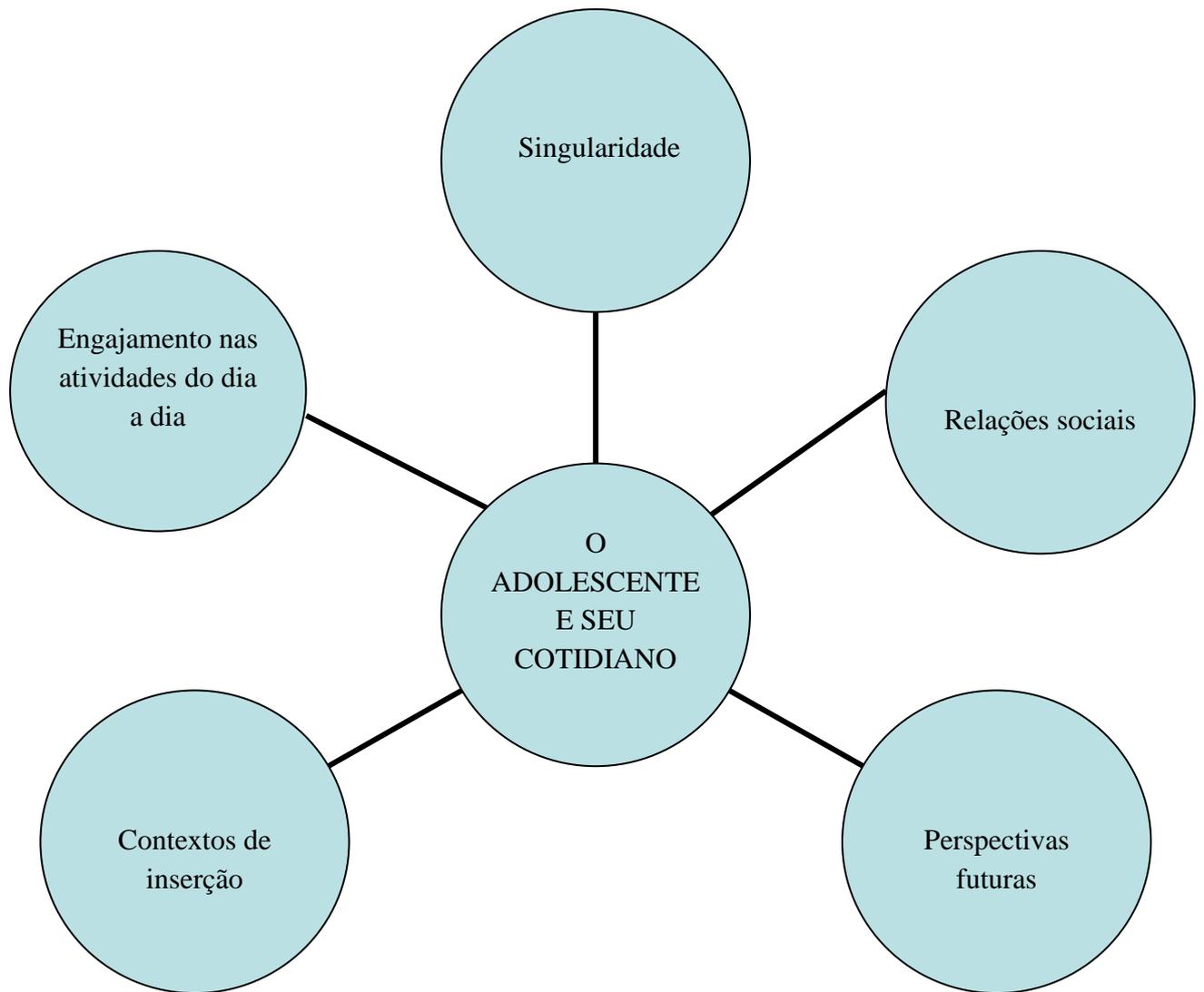


Figura 3- Eixos

4.3.1 O adolescente e sua singularidade

O eixo *O adolescente e sua singularidade* contemplou 5 questões que abordaram as dificuldades dos adolescentes, as dificuldades no dia a dia, as melhores coisas

no dia a dia dos adolescentes, as qualidades dos adolescentes e as diferenças e similaridades do dia a dia do adolescente em relação a outros adolescentes das mesma idade.

Dentre os DSCs obtidos neste eixo as dificuldades dos adolescentes são evidenciadas, como se observa a seguir:

“Difícil é porque eu fico muito preocupado com minha família.”
(*ADOLESCENTE – Categoria: difícil é a preocupação com a família*)

“Difícil na minha vida é ter responsabilidade, porque quando era de menor eu não tinha responsabilidade, as minhas responsabilidades era jogar no peito das pessoas que tinha que ter responsabilidade por mim. Hoje, no momento, eu cresci e tenho que ter responsabilidade, eu acho isso um saco.” (*ADOLESCENTE - Categoria: difícil é ter responsabilidade*)

“Meus pensamentos são ruins, fazem maldade com os outros, fala para fazer maldade.” (*ADOLESCENTE - Categoria: difícil são os pensamentos*)

“A escola, porque eu não sei ler e nem escrever, eu acho difícil matemática.”
(*ADOLESCENTE - Categoria: difícil é a escola*)

“É difícil eu sair com meus amigos porque minha mãe não deixa. Igual, eu fui uma vez na casa da minha amiga e ela convidou pra ir no Mc Donald, ai minha mãe não deixou, ela fala que não confia em mim, que eu não vou ficar bem. É difícil, eu vou de vez em quando na casa da minha amiga, no campinho, às vezes eu fujo sabe?! Vou sozinho. Ai eu chego e ela fala onde você estava e eu falo na casa da minha avó.” (*ADOLESCENTE - Categoria: difícil é o limite para sair de casa*)

“Dificuldade de auto cuidado, de atividade de vida diária e vida prática. Por exemplo, ele tem dificuldade de ir no banheiro, de se limpar, ele tem dificuldade porque ele tem nojo. Também de amarrar um tênis, de trocar uma roupa, às vezes, ele se troca assim de trás para frente, do avesso. Ele também não sabe andar sozinho na rua, ele sabe identificar o ônibus que ele vai embora, o ônibus que vai para a mãe, só que não sabe lidar sozinho com

isso.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: dificuldades nas atividades de vida diária e prática)

Neste âmbito observa-se que as dificuldades variam amplamente, desde preocupações do adolescente com a própria família até dificuldades nas atividades de vida diária e vida prática, como se higienizar e pegar ônibus sozinho.

Ao ser questionado aos adolescentes sobre o que é melhor em seu dia a dia, verificou-se, através dos DSCs, relatos que envolvem a família, os amigos e ter um lar onde morar:

“Tudo. Minha família. É ir para a casa da minha mãe. Meu irmão, a minha mãe.” (ADOLESCENTE - Categoria: o melhor é tudo o que envolve a família)

“As coisas melhores, são meus amigos.” (ADOLESCENTE - Categoria: o melhor são os amigos)

“Ter casa. Porque não durmo na rua, minha mãe verdadeira me abandonou.” (ADOLESCENTE - Categoria: o melhor é ter onde morar)

Ainda neste eixo, os adolescentes e os membros da rede de suporte foram questionados sobre as qualidades dos adolescentes. Surgiram diferentes habilidades e características, sejam artísticas, manuais, características afetivas, dentre outros. Além disso, outros DSCs apontaram a inexistência de qualidades.

“Tudo é porcaria isso daqui (se referindo a ele mesmo).” (ADOLESCENTE - Categoria: não tem qualidades: tudo porcaria)

“Eu sou uma pessoa amorosa.” (ADOLESCENTE - Categoria: características afetivas)

“Ele é muito disponível, tem uma vontade de melhorar muito grande, sente

falta da vida que podia ter antes, de poder ir para a escola, ter relações com amigos, ele sente falta disso, tem uma consciência muito grande da situação dele. Não sei se isso é bom ou ruim, é bom no sentido de que ele sabe, tem uma certa consciência, mas ele também sofre com isso, porque ele consegue medir. É muito interessante, às vezes ele fala em porcentagem o quanto ele está melhor, melhorei 80% mas ainda falta 20%, mas esses vinte será que eu vou melhorar para ficar 100%. É um menino que tem muito recurso, que consegue eu acho que construir alguma coisa para ele. Estou falando assim, do sofrimento dele, eu acho que ele consegue buscar alternativas, tem recursos para isso, não é empobrecido psicologicamente.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: qualidade - reconhecer a realidade e enfrentar os problemas da doença mental)

“De facilidade... prestativo... como é muito inteligente, usa a inteligência para conseguir qualquer tipo de benefício, não sei se é a melhor palavra, mas ele consegue ir chegando devagarzinho, ele vem conversando, utilizando a inteligência, fala sobre tudo. Articula, muito articulado no discurso, sabe o que tá rolando no mundo, sabe falar sobre tudo. Ele tem facilidade de entendimento. Ele é tipo assim, um menino bastante curioso, então ele tem bastante facilidade de aprender as coisas, se ele vê uma coisa na internet ele vai à luta e consegue.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: habilidades pessoais)

“Eu acho que é a produção de artesanato, que ele gosta de fazer, gosta de dançar, cantar. É exatamente para música, ele consegue inventar algumas coisas legais, cantar, ele tem um bom ritmo, faz um batuque, já fez algumas vezes pra mim, do funk é bem legal, tocar música que ele gosta, rapidinho que ele pega, agora está fazendo aula de contrabaixo, mas ele não é de estudar muito não, mas ele toca. A facilidade que ele tem assim é muito manual mesmo, com as mãos que ele produz.” (REDE DE SUPORTE – Categoria: habilidades artísticas e manuais)

Para finalizar o eixo, tem-se os DSCs que expressam a opinião dos membros da rede social sobre as diferenças e similaridades do dia a dia do adolescente em relação a outros adolescentes da mesma idade.

“Não, eu acho que não é igual, porque assim ele não tem relações de amizade,

ele tem uma amiga que é uma amiga aqui do CAPSi que ele conquistou agora. Mas eles não vão no shopping, não fazem coisas juntos, um não vai na casa do outro. Ele tem muito a caminhar nessa área. Ele não procura fazer as amizades, quando faz parece que é difícil, as meninas parece às vezes que não sabem, não compreendem o jeitinho dele, acaba que no fim ele se isola e fica sozinho. Ainda que ele frequente o cinema, vai à igreja com os pais, eu acho um pouco mais limitado, não é uma vida de um adolescente normal, ele tem algumas limitações no relacionamento que acaba fazendo um pouco diferente o dia a dia dele, não é igual os adolescentes que não estão em tratamento né.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: o dia a dia é diferente dos adolescentes da mesma idade pois o relacionamento com outras pessoas é limitado)

“Não, não é. Não é porque ele não pode sair e a vida dele é assim de casa para a igreja, da igreja para escola. Eu acho que ele não consegue, não é tanto porque a avó não deixa. Ele não vai num shopping. Ele vai muito com a avó em atividades familiares, para a casa de um tio que está doente, aí ele vai junto, então coisas assim no dia a dia... no lazer poderia ir na lagoa, poderia ir estar indo em algum shopping, poderia falar assim para ele vamos no cinema, porque você consegue, se falar em dinheiro ela tem condições em fazer algumas coisas com ele. Mas lazer assim do dia a dia de atividades fora, ele não tem mesmo. Tipo assim, os adolescentes eles vão, eles gostam de estar indo na pracinha, tomar um sorvete, eles gostam de estar indo andar de bicicleta na rua, a bicicleta dele tá novinha nem saiu da caixa. Então os outros meninos fazem tudo isso, batem bola, brincam de betise na rua. É só dentro de casa, só na frente do computador pesquisando um monte de besteira que não vai ajudar ele em muita coisa. Por ele já ter quase 17 anos jamais vai ser igual aos outros meninos.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: não, pois não tem atividade de lazer, não sai de casa)

“Não. Eu acho que ele é muito infantil ainda, sabe?! Eu acredito que ele tem um atraso na mente dele devido a essa falta de organização. Tem coisas que ele faz que a gente acha que é da idade dele, tem coisa que a gente não consegue entender, acha que é de criança mesmo.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: não porque é infantil, tem atraso)

Os membros da rede de suporte justificam onde percebem diferenças entre o

dia a dia dos adolescentes da pesquisa e de outros adolescentes da mesma idade, pois apresentam limitações no âmbito das relações sociais, das atividades de lazer e algumas questões individuais, como ser infantil para a idade cronológica.

4.3.2 O adolescente e o engajamento nas atividades do dia a dia

Quanto ao eixo *O adolescente e o engajamento nas atividades do dia a dia*, este contemplou duas questões referentes à rotina dos adolescentes e o que o adolescente gostaria de fazer em seu dia que não faz agora.

Dentre os DSCs obtidos neste eixo, a rotina dos adolescentes foi revelada, como se observa a seguir.

“Eu durmo por volta das 9 ou 10 horas, só que aí eu fui dormir ontem 11 horas, por que eu fiquei distraído no computador. Bom, eu acordo, me arrumo, escovo os dentes. Antes de ir para escola minha mãe faz só um pão para mim, não gosto de tomar leite. Depois eu chego em casa, como alguma coisa, almoço, depois eu durmo... Depois eu vou lá tomo um banho, escovo o dente, janto e vou dormir. Nossa, fico em casa, durmo o dia inteiro, só durmo!” (ADOLESCENTE – Categoria: realiza atividades de vida diária)

“Eu acordo no meio de brigas e conflito com meu pai e com minha mãe.” (ADOLESCENTE - Categoria: presença de conflitos familiares no dia a dia)

“Meu pai me leva pro CAPS, eu fico até cinco horas, eu fico fazendo alguma coisa, brincando, cantando, uma coisa assim. Às vezes eu fico sozinho sem fazer nada, escutando música, ou assistindo TV. Às vezes é muito chato porque eles ficam na reunião e eu fico sozinho aqui. Mas é melhor que ficar em casa, porque em casa não tem nada para fazer, chega aqui pelo menos tem um monte de pessoas.” (ADOLESCENTE - Categoria: frequenta o CAPSi todos os dias)

“Ele é assim, fica o dia todo em casa, o dia em que ele não vem para o CAPS, fica o dia todo em casa assistindo TV, brincando com as coisas dele, brinca o dia inteiro,

canta, brinca com os cachorrinhos dele, às vezes ele gosta de ficar sozinho. Mas também ele fica muito fechado, o tempo todo dentro de casa, muito sedentário. À tarde tem dias que ele fica ouvindo música e ele tem uma relação com novela, filme, atriz e atores que parece que ele vive a vida deles, fantasia. Ele também gosta muito de música, escrever, eu acho que ele escreve na medida do possível, até onde ele entende.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: no dia a dia realiza atividades em casa)

“A família dele não são muito compreensíveis do que ele tem, do que ele sofre, então muitas vezes acham que tem que dar um tapa, por de castigo e isso acaba isolando cada dia mais ele da família. Então o que eu sinto, a minha percepção em relação à família dele, eu sinto um distanciamento da mãe, a mãe um pouco distante, é uma mãe que eu vi muito pouco no CAPS. É, uma coisa que foi muito gritante para mim foi o distanciamento dessa mãe no tratamento dele, o pai sempre que traz.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: distanciamento da família no dia a dia do adolescente)

“Ele mora com a avó, o marido da avó, um irmão menor que ele e uma irmã maior que ele, na verdade ela até saiu de casa. A relação da família é bem delicada. Me recordo um pouco sobre a história e alguns fatos onde o padrasto tentou matar essa irmã, teve um surto, achando que tinha que sacrificar aquela criança para adorar a Deus, uma família muito estranha, com histórias muito complicadas. A história da mãe dele também afeta muito a família, ele é meio que tachado pela história da vida da mãe dele, isso eu acho que é bem difícil. A mãe dele é usuária de substância e vive com um rapaz que não é o pai. Os relatos da família são sempre esses, minha mãe saiu, está embernada, faz muito tempo que não a vejo, minha irmã está largada, meus irmãos. Sempre uma família fragmentada. Assim do dia a dia dele, ele me fala que ele só tem um certo sofrimento, falta de adaptação com a irmã, um relacionamento um pouco perturbado com a família, me contou também que ele foi largado pelo pai, eu não sei muito o fundamento de tudo, é o que ele passa.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: família com diversos problemas e limites no dia a dia)

“É bem prejudicado. Por ser um menino muito passivo sempre teve muita dificuldade na escola, de relação mesmo com outros meninos, sempre partiu mais próximo das meninas. Então ele não frequenta escola, não consegue frequentar, justamente eu acho

pela questão de estar em grupo, das relações sociais, das exigências, ele tem muita vontade de aprender, mas não consegue estar em um grupo escolar tradicional. Fora da escola ele também não tem muito contato com os amigos, tem alguns amigos do bairro, não sai.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: dificuldade nas relações sociais no dia a dia)

“Ele tem uma dificuldade escolar, não posso dizer que é um déficit, mas é um cognitivo que está um pouco prejudicado sim, pode ser secundário, na escola ele precisa de muito manejo, a gente chega a pedir para avó para ele estar em uma escola municipal para que possa ter uma professora de educação especial. Este ano não sei como vai ser. Ele conta pra gente que, às vezes, ele não consegue ficar o período todo na escola. Às vezes a gente cobra porque ele tem lição para fazer, mas ele não faz sozinho não, a gente tem que ficar com ele se não ele não faz. Ele não consegue ler, fazer continhas né, parece que ele está na sexta série, mas eu acho que ler ele não consegue, nem escrever.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: dificuldades escolares no dia a dia)

Os discursos mostram a rotina dos adolescentes desde a hora em que acordam até o final do dia e os elementos presentes neste cotidiano: os horários, as atividades de vida diária (AVD), escola, família, relações sociais e a rotina no CAPS.

Através dos discursos observa-se que os adolescentes passam muito tempo em casa, realizando atividades sozinhos. Além disso, quanto à escola, revelam-se dificuldades de aprendizagem, nas relações sociais e na permanência na escola.

A família também esteve presente de forma negativa. Os conflitos familiares estão presentes, envolvendo histórias de agressividade, rompimentos, maus tratos e também na compreensão do sofrimento do adolescente.

Também foi questionado aos adolescentes sobre o que é mais difícil de fazer em seu dia a dia e alguns DSCs mostram as dificuldades de morar no mesmo ambiente que a família, frequentar o CAPSi e realizar atividades de lazer:

“Viver dentro do meu ambiente.” (ADOLESCENTE - Categoria: morar em sua casa)

“Ficar aqui no CAPSi.” (ADOLESCENTE - Categoria: frequentar o CAPSi)

“O mais difícil é sair, é eu me divertir. Porque às vezes minha mãe não pode sair ou meu pai não pode, não pode me levar, ou não deixa porque não conhece meus amigos, os pais dos meus amigos.” (ADOLESCENTE - Categoria: realizar atividades de lazer)

Ao ser questionado aos adolescentes sobre o que gostariam de fazer em seu dia que não fazem agora, as atividades de lazer estiveram presentes:

“O que eu gostaria de fazer é passear nos lugares que eu nunca fui, ir para o Hopi Hari... bom, sair com meus amigos, ir no campinho, assistir filme no shopping, fazer atividades, sair no cinema como os caras falaram aí.” (ADOLESCENTE - Categoria: gostariam de realizar atividades sociais e de lazer)

“Trabalhar, ter meu dinheiro, comprar as coisa que quero, ter meu carro, comprar minha casinha.” (ADOLESCENTE - Categoria: trabalhar)

“Mudar de casa.” (ADOLESCENTE - Categoria: mudar de casa)

“Estar com meu irmão.” (ADOLESCENTE - Categoria: ficar perto da família)

Assim, verifica-se neste eixo o engajamento nas atividades do dia a dia, onde há muitas limitações, dificuldades e rompimentos. O cotidiano desses adolescentes está marcado por dificuldades nas relações sociais, dificuldades e conflitos familiares, desestruturação familiar, rompimento com atividades externas, de lazer, que envolvam o contato e o relacionamento com outras pessoas, além de limitações no âmbito escolar, como a permanência e a dificuldade de aprendizagem. Apesar disso, destas limitações, observa-se que no que se refere aos aparatos individuais, os adolescentes possuem recursos pessoais que viabilizam e potencializam o seu desenvolvimento socioemocional.

4.3.3 O adolescente e as relações sociais

No eixo referente às *relações sociais* foram apresentadas 6 questões que abordaram as relações familiares, suporte social, amizades e vínculos.

Ao ser questionado ao adolescente sobre as relações familiares, como se relacionam, os afetos, suporte, etc., os resultados revelaram que ao mesmo tempo em que o adolescente relata aspectos positivos da família e das relações, como compartilharem atividades, realizarem atividades de lazer e a família oferecer suporte nas atividades escolares, há muitos conflitos, violência, fragmentações que envolvem toda a família, como é possível verificar nos DSCs, a seguir.

“Legal. Quando a minha mãe vai lá, a gente brinca, vai visita minha tia, sai, conversa, passeia, a gente vai no shopping, vai no bosque, na casa dos parentes e amigos. Eu e a minha mãe também, às vezes, vamos para o shopping, convida meu pai, a gente vai uma hora e volta só as seis. Ah, meu pai, tipo quando tem lição para fazer meu pai me ajuda.”
(ADOLESCENTE - Categoria: fazem atividades juntos)

“Minha família é muito grande e complicada. Só tem briga, meu pai, eu e minha mãe e minha irmã também, família inteira. Meu avô me xinga muito, então a minha mãe fala pra eu ficar na minha vó ai ele fala assim, não, você não vai ficar não, ai ele pega e xinga a minha vó. Eu tenho uma prima de quatro anos e ela é um pouco bagunceira. Bom, teve uma época eu que tava meio doidinho ai eu comecei a xingar todo mundo, xingava minha mãe e meu pai, queria que eles saíssem de casa, ai eles falavam a pode sair, vai na casa da sua tia, vai na Q, ai eu fiquei saindo um monte de vezes, ai depois eles ficaram com raiva de mim, ficaram me xingando, e meu pai também, mas ai depois melhorou.”
(ADOLESCENTE - Categoria: há conflitos familiares)

“Minha família é bem louca... minha mãe ela é louca, quebra prato, quebra copo. Minha mãe é muito assim, louca, conhece esse mundão, viveu já, presa, então quando eu tava entrando nesse mundo de coisa errada minha mãe, quando já falava um “a” mais

alto que ela, ela falava pra mim, e ai maluco qual a sua? Não estou falando igual mãe, estou falando igual uma mina louca. É chato.” (ADOLESCENTE - Categoria: chata, louca)

Ao relatarem sobre em quem eles podem confiar caso estejam com algum problema, eles apontam nos DSCs a família, igreja, CAPSi e profissionais do CAPSi.

Nesta direção ao ser questionado quem os adolescentes consideram importantes e fazem parte da vida deles, as mesmas figuras estiveram presentes.

Observa-se que em relação aos amigos, foi solicitado para que os adolescentes falassem sobre eles, e surgiram os seguintes DSCs:

“Tenho daqui, os daqui do CAPSi... tudo daqui. Conversa.” (ADOLESCENTE- Categoria: amigos do CAPSi)

“Tenho sim, mas eles sempre foram simples, sempre buscando o melhor estudando, não viveram uma vida igual eu vivo. A vida deles vão se dizer assim, uma vida de zé povinho, a minha vida não foi muito louca.” (ADOLESCENTE - Categoria: amigos que levam uma vida diferente)

“Tenho mais amigos, amigos é só da igreja. Na igreja a gente canta, se interage demais.” (ADOLESCENTE- Categoria: amigos da igreja)

Além disso, os adolescentes relatam que tem alguns amigos na escola, outros apontam que têm amigos, mas que não fazem nada juntos.

De uma forma ou de outra, todos relatam ter amigos, porém quando o adolescente diz que não fazem nada juntos, ou que só possui amigos no CAPSi, fica evidente que as relações de amizade estabelecidas apresentam limitações.

Também foi questionado aos membros da rede de suporte como é a relação deles com os adolescentes; e os DSCs mostram:

“Minha relação com ele é entre amor e ódio, então quando estou concordando com o que ele fala, quando escuto, às vezes quando não posso ele briga comigo, fica de mal e tudo mais. Tem dia que o bicho pega, porque ele está numa idade difícil. Ele está meio, sabe muito teimoso, devido a... Sabe tem horas que ele bagunça muito as coisas que ele vai falar, nem a gente entende, tem vezes que a gente acaba discutindo. Ultimamente não estamos nos entendendo. Não estamos nos entendendo porque ele toma as atitudes dele e eu vou mais querer agir da forma que tem que ser, certo, correto e ele agride, tanto verbal como física e às vezes a gente não sabe o porquê. Mas não é também assim, de 1 a 100 é 20% que ele é assim violento, de bater boca, de agressão física.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: às vezes boa e às vezes ruim)

“Eu acho que a minha relação com ele mesmo é a questão do trabalho, uma relação paciente-funcionário, mas ao mesmo tempo tenho um carinho por ele claro... eu sinto que a minha relação com ele é uma relação bem afetiva, eu tenho muito afeto por ele. Como eu tenho uma filha de 15 anos eu acho que eu identifico um pouco da minha filha com ele. Então é uma relação com muito afeto. Eu entrei aqui há um ano e seis meses atrás, logicamente que você vai tendo contato diretamente ou indiretamente, bem próximo de cada um, vai conhecendo um pouco. A minha adaptação com ele foi maravilhosa, pois já de início, eu não sei se teve uma afeição comigo a mais, ou eu com ele. Tanto que às vezes ele chega, eu não vejo ele como paciente, mas como uma pessoa bem próxima de mim, e não trato ele também como doente. Em momentos difíceis, de crise, eu consegui ter uma boa entrada com ele, fazer a contenção e após a contenção, mesmo assim não perdemos o vínculo. Ele confia bastante, ele consegue, eu sei que tem algumas coisas que pra ele ainda é difícil dizer, mas ele consegue, tem uma abertura. Agora ele está conseguindo ter um lugar, um porto seguro.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: relação de vínculo/afeto com os profissionais)

“Eu tento fazer de tudo melhor para ele, tento ser a mãezona, sempre tem as preocupação, sempre tem as vaidades, então eu procuro ser a mãe que eu puder ser para ele. Olha, como diz assim, em termos de amor eu amo demais da conta, não tem limite.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: relação de afeto com a família)

Os discursos acima mostram que na relação estabelecida com os membros da

rede de suporte há conflitos, dificuldades de compreensão e agressões. Em contrapartida, em outros discursos o afeto está muito presente, mesmo nas relações profissionais.

Ressalta-se que apesar de um dos DSCs apontar esta relação de forma negativa, os adolescentes a citam como fonte de suporte social.

4.3.4 O adolescente e os contextos de inserção

Este tema foi abordado ao longo de 12 questões que envolveram o contexto da escola, CAPSi e do trabalho (questões 11 a 20 do roteiro de entrevista aplicado com o adolescente e questões 7 e 8 do roteiro aplicado com os membros da rede).

A começar pelo contexto do CAPSi, foi questionado ao adolescente e aos membros da rede o que mudou em sua vida depois que começou a frequentar o CAPSi; se o CAPSi, as pessoas, os profissionais ajudam; e se o adolescente gostaria que o CAPSi ajudasse em mais alguma coisa:

“Tudo. Me deu mais ânimo. Sei lá, eu era muito quietinho no canto, não falava nada, ficava lá fazendo lição, com vontade de chorar, eu não aguentava pressão na escola, aí eu vim pra cá melhorou, eu não fico tão quietinho, essas coisas.” (ADOLESCENTE - Categoria: melhorou os sintomas psiquiátricos)

“Sim, ajuda em tudo. Ajuda no psicológico, a melhorar, melhorou uns 80%, ajuda a me cuidar mais.” (ADOLESCENTE - Categoria: ajuda em tudo, psicológico, melhorar).

“É melhor, porque eu tenho mais amigo, lá em casa eu acabo chorando. O CAPS ajuda a me dar um apoio para eu acordar quando fico pensando na minha avó... eles (profissionais) cuidam, me ajuda em algumas coisas, me dá conselhos.” (ADOLESCENTE - Categoria: rede de suporte - dão apoio, cuidam, dão conselhos e são amigos)

“Ajudaria, os pensamentos, queria melhorar os pensamentos ruins... para tomar remédio.” (ADOLESCENTE - Categoria: ajuda em relação ao tratamento)

“Bom, eu queria que me ajudasse a... sei lá é, bom, fazer mais coisas, mais atividades, aqui fora, em outros lugares, tipo assim me divertir, que nem ir no Hopi Hari, no parque aquático. Tipo sair mais com os amigos, entendeu?” (ADOLESCENTE - Categoria: ter atividade de lazer)

“Eu acho que está ajudando principalmente em conseguir estar com outras pessoas e ir se descolando da mãe, porque é muito bom a mãe estar por perto, mas às vezes é um desafio. Então ele podendo estar comigo e poder estar com os outros isso é o primeiro desafio. Está ajudando justamente nesse processo de interação, para facilitar a interação dele, social, eu acho que facilita a vida dele lá fora. No grupo ele gosta de vir porque ele fica com o pessoal do grupo, tem contato com os adolescentes daqui, como ele tinha lá fora também, mas com uma visão diferente, ajuda a dar outro foco.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: relações sociais)

“Ajudaria sim, ajuda muito, qualquer problema que ele tiver aqui ele pode conversar com alguém que vai dar uma dica e isso vai fazer com que ele possa entender a situação e se virar sozinho e também qualquer outro problema que ele disser a gente pode até mesmo resolver para ele. O CAPS é um espaço onde ele pode falar sobre as dificuldades dele, ajuda a dar um norte para ele, que ele consegue fazer as coisas, ter outros objetivos e ele poder traçar outras metas também.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: problemas/dificuldades e planos para o futuro)

Observa-se nos DSCs acima que os adolescentes percebem o CAPS como importante recurso para tratamento, melhora dos sintomas, rede de suporte social. Quando questionado aos adolescentes se gostariam que o CAPS auxiliasse em mais alguma coisa, eles apontam que na melhora dos sintomas e tratamento e também na inclusão social em outros contextos, através de atividades de lazer, passeios com amigos, assim como poder se relacionar com outras pessoas, facilitando a interação social.

Quanto ao contexto escolar, os DSCs apontam:

“Os meus amigos até que são meios ruins, por causa um deles falam besteira para um amigo meu, eles falam assim sua mãe, sua irmã. A última vez que ele falo da minha irmã eu joguei água nele, com a garrafa de água. Falei que era a última vez que falava dela.” (ADOLESCENTE - Categoria: tem dificuldade nos relacionamentos)

“Meus amigos, minhas professoras, a gente conversa bastante, brinca, eu brinco com os outros.” (ADOLESCENTE - Categoria: conversa e brinca com professores e amigos)

“Eu faço besteira, de primeiro eu jogava cadeira, mesa na escola, jogava um monte de cadeira, só ouvia barulho... agora eu só jogo às vezes quando eu fico muito nervoso. Fica tudo no chão as cadeiras.” (ADOLESCENTE - Categoria: Faz bagunça)

Em relação ao contexto escolar, os discursos mostram que o adolescente conversa e brinca com amigos e professores, porém há momentos em que as dificuldades aparecem, nas relações ou em comportamentos, como jogar cadeiras e mesas no chão, relatar sobre os amigos como pessoas ruins, que provocam e insultam seus familiares.

Em relação ao trabalho o adolescente aponta que trabalhar é bom, pois nestes momentos não pensa em coisas ruins:

“Pastelaria, eu só atendo, atendo as pessoas. É legal quando eu estou trabalhando, não penso coisas ruins.” (ADOLESCENTE - Categoria: trabalho ajuda na melhora dos sintomas)

4.3.5 O adolescente e as perspectivas futuras

Quanto às perspectivas futuras, o tema foi abordado a partir de 4 questões (questões 26 e 27 do roteiro aplicado com o adolescente e questões 9 e 11 no aplicado com os membros da rede de suporte) sobre os planos para futuro, como planejam alcançar esses planos, o que poderia auxiliar, dentre outros.

Em relação ao futuro, os DSCs apontam o desejo dos adolescentes em ter uma profissão, realizar um curso de nível superior e trabalhar. Ao ser questionado ao adolescente sobre como planeja alcançar os planos, a maioria relata que seria estudando, se esforçando, trabalhando e frequentando o CAPSi.

Além disso, outros DSCs relativos ao futuro apareceram:

“Ter uma vida melhor.” (ADOLESCENTE - Categoria: ter uma vida melhor)

“Dar de tudo para meu irmão, é fazer ele uma pessoa feliz, cuidar dele e eu quero que ele cuida de mim também.” (ADOLESCENTE - Categoria: cuidar do irmão)

“Ter uma cura da minha doença.” (ADOLESCENTE - Categoria: curar a doença)

Observa-se nos DSCs que os adolescentes têm consciência de suas condições e almejam uma vida melhor, como, por exemplo, ter uma cura para sua doença. Além disso, há preocupação com a família.

Na entrevista com os membros da rede foi questionado sobre o que poderia auxiliar o adolescente a melhorar seu dia a dia e como poderia ser alcançado, os DSCs apontam:

“Se tivesse serviços que pudessem acolhê-lo após os 18 anos, seria muito importante que ele tivesse uma referência, eu sei que ele não vai para o CAPS, ele chega lá e

não vai ter assim... por ser serviço infantil temos uma forma de trabalhar muito mais acolhedora e maternal do que os serviços de adulto que tem outra visão, então ele vai se deparar com uma realidade e não vai se adequar... ele vai ter sempre aqui como referência, sempre irá voltar para este CAPSi. Então, tendo um serviço que pudesse acolher esse menino seria muito bacana... Eu acho que se ele conseguisse se vincular a uma atividade certa, um curso alguma coisa. Eu acho que seria interessante se ele pudesse fazer uma atividade fora da casa dele, um trabalho, a tentativa de fazer com que ele volte para escola, mesmo que seja uma escola mais adequada para ele. Esta é coisa que a gente tem tentado mas com muito cuidado e delicadeza. Infelizmente ele esteve numa escola que não é muito compreensiva, então é muito difícil. Eu não acredito que a escola do jeito que a gente tem na nossa rede consiga acolhê-lo. Se fossem as escolas, principalmente as estaduais, se fossem mais assim especializadas, adaptadas, seria muito melhor o ganho para eles na parte de alfabetização, porque tem uns que vão muito bem na escola e outros que não vão. Poderia ter coisas na sociedade que ele possa estar fazendo, não precisa estar sempre em um centro de referência e de doença mental. Que ele consiga ficar com as pessoas da comunidade, que consiga fazer um básico de um curso, de menor aprendiz. Eu digo ainda, existe casos e casos que precisamos encaminhar sim, mas outros que não precisam ficar lá dentro, que existem outras coisas para fazer, eu penso nele um pouco melhor.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: se houvesse outros espaços que acolhessem, outros recursos)

“O que a gente já observou é a coisa da família, como ela está se esfacelando, já ligamos no centro de saúde e eles já estão a par, já chamamos a avó para participar de grupo, estamos vendo se conseguimos terapia para a vó lá. São coisas que não dependem dele, mas terão efeito. Como podemos articular para além do adolescente, que ainda é um adolescente que é tratado como criança. Olha, eu acho que muitas coisas pode trabalhar com ele, mas a partir do momento que ele relatou que ele gostaria de começar a andar mais sozinho, estamos junto da família, tentando amenizar essa questão dessa insegurança, até para eles conseguirem soltarem um pouco mais ele, para ele conseguir se sentir um pouco mais adolescente, que ainda é um adolescente que é tratado como criança.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: trabalhar com a família)

“Eu percebo que é necessário ele continuar, continuar para que possa estar ajudando ele ser mais autônomo. Que quanto mais puder estar sendo trabalhado essa

independência para a autonomia e sobrevivência dele, para ele conseguir viver em sociedade, onde a sociedade vê e respeita com as suas limitações, mais ele vai saber colocar isso um pouco, nessa sociedade. Eu percebo que se colocar ele nessa sociedade, ele não consegue lidar, ele não vai conseguir lidar se alguém por exemplo quiser bater, xingá-lo, ele não vai fazer nada. Ele não sabe lidar com os direitos dele, então a partir do momento que eu percebo, que a gente poder trabalhar com ele que ele é o C, que ele tem direitos e deveres, mesmo não entendendo tudo, mas para ele poder sobreviver na vida.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: autonomia)

“Eu acho que tem que mostrar para ele que a realidade dele aqui não é igual novela, filme, trazer ele mais para realidade, que ele pode sofrer, chorar, então acho que é isso. Tem que trabalhar em cima disso, desses auxílios, a gente leva ele na rádio, a gente faz projeto com ele, e incentiva, eu acho que isso já é um bom alvo a tentar alcançar as coisas que ele busca.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: trazer para a realidade, traçar planos)

“Há algo sim! Eu gostaria que se ele fosse um menino que sáísse mais, que tivesse mais convivência lá fora com o pessoal, bastante amizade eu acho que ajudaria muito mais ele. Isso ai precisava ter tipo assim, amigos que influenciasse ele a sair, vamos S. assistir um cinema, vamos fazer um passeio, vamos tomar sorvete na praça.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: ter mais relações sociais e atividades de lazer)

Os membros da rede relatam a importância de outros recursos que acolham e ofereçam suporte aos adolescentes em sofrimentos psíquico, assim como há necessidade de um trabalho em conjunto com a família para que seja possível o adolescente ter ganhos e se desenvolver adequadamente.

Está presente também a necessidade de um trabalho voltado para a autonomia, relações sociais, projetos de vida e atividades de lazer, o que auxiliaria o cotidiano dos adolescentes.

Em relação ao que poderia ajudá-lo a ter mais contato com as pessoas, ter um bom relacionamento e fazer as atividades comuns dos adolescentes de sua idade os DSCs mostram:

“Eu acho que é a possibilidade de inventar as relações com os outros com os iguais, com os parceiros, ele ainda precisa, acho que a invenção dele é ainda um pouco mais trabalhosa que um adolescente que não teria nenhuma questão de saúde mental. Ele vai precisar achar o lugar dele na sociedade, nesse lugar, ele vai ter que inventar, precisa de uma ajuda, de um lugar como um CAPSi para que ele possa conseguir, porque é isso que ele pode dar um lugar mais saudável para ele quando ele faz as relações sociais com os amigos e tal, mas esse caminho para ele é um caminho que precisa ser mediado. Se desse assim uma convivência com outras pessoas, nas amizades eu acho que as pessoas teriam que aceitar ele do jeito que ele é, as diferenças mesmo, amigos que o entendessem, eu acho que se ele tivesse uma pessoa, um amigo que conseguisse entender, com os coleguinhas que não entende é difícil, eu acho que se ele tivesse amizade com pessoas, tivesse mais relacionamento com outros que nem aqui no grupo eu acho que ele se desenvolveria mais. Ele devia se enturmar com os amigos e os amigos se unir mais a ele, e isso é o que não acontece.” (REDE DE SUPORTE - Categoria: melhorar as relações sociais)

“Família. Quanto mais for trabalho com essa família. Porque aqui no CAPSi ajuda ele tem. A família o principal. Então a gente está tentando mostrar o caminho para a mãe, conversa com ele, vê o que ele gosta de fazer, procurar algo fora, para fazer atividade, depois você vem para pegar, mas ainda está, parece que quando eu falo isso com a mãe parece que está muito distante ainda. A rede de amigos é mínima. Ele vem dizendo que quer fazer isso, fazer aquilo, tem um desejo de fazer coisas foras de casa. Eu acho que convencer a família que além do transtorno leve mental que ele tem, que ele é um adolescente. Eu acho que eles podaram tanto ele, que agora ele tem medo de ser feliz. Sabe assim, mesmo não entendendo as coisas que também é direito dele, que toda menina da idade, que ele pode dizer isso, eu não entendo, mas eu posso aprender. A família precisa poder liberá-lo, poder entender que ele não é mais menininho, que as pessoas não vão judiar.” (REDE - Categoria: trabalhar com a família)

“Eu acho que se ele se empenhasse mais na escola, principalmente, pois é necessário, pois ele já foi várias vezes, mas não consegue ficar, e cursos, sabe, se conseguisse

algum curso para ele, que não exigisse tanto dinheiro, pois acho que não tem como pagar, se fosse algo gratuito.” (REDE DE SUPORTE – Categoria: se buscasse outros recursos)

5. DISCUSSÃO

O objetivo da presente pesquisa foi conhecer o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso, vinculados a um CAPSi. Os resultados obtidos foram apresentados a partir do formulário de caracterização dos adolescentes, posteriormente, aspectos advindos da inserção ecológica e das entrevistas realizadas com os adolescentes e membros da rede de suporte social.

Para a discussão dos principais resultados buscou-se referenciais teóricos que dessem suporte a esta etapa do trabalho. Assim, a discussão será fundamentada, principalmente, a partir da teoria bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e da teoria do cotidiano de Agnes Heller.

Quanto ao contexto do CAPSi, este surgiu em 1987, porém com outra estrutura e inserido em uma unidade de saúde. No ano de 2000 é que ele passa a ser implantado como CAPSi (infantojuvenil). No processo da reforma psiquiátrica os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras no final da década de 1980, porém apenas em 2002 passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, em um momento de grande expansão da rede de CAPS.

Assim, observa-se que apesar da pouca visibilidade dada às crianças e adolescentes nas últimas décadas, algumas propostas de atenção a esta população foram efetivadas anteriormente aos CAPSi. A unidade onde este estudo foi realizado representa, além de um equipamento que é fruto da atual política pública no campo da saúde mental infantojuvenil, um dos raros serviços em funcionamento anterior à implantação dos CAPSi. Desta forma, é possível que com essa história, o CAPSi em questão pode ser considerado como um dos pioneiros do país, além de uma referência aos demais, caso se considere o tempo de atuação, implantação da atenção no território, experiência acumulada, dentre outros aspectos. Por outro lado, traz consigo nesta própria história (visivelmente pertencentes ao macrotempo) aspectos que podem influenciar no funcionamento e/ou dinâmica da unidade, como será discutido ao longo desta seção.

Vale aqui resgatar que as políticas públicas e as possibilidades e recursos advindos das mesmas inserem-se no contexto do macrossistema, e são, quando bem qualificadas, imprescindíveis para o desenvolvimento dessa população.

Observa-se que através da metodologia de Inserção Ecológica foi possível conhecer com profundidade o contexto do CAPSi, quanto à estrutura, equipe, atividades oferecidas e rede de cuidado existente, sendo que este reconhecimento foi possível, principalmente, por meio dos processos proximais experienciados no cotidiano do CAPSi.

Tal inserção identificou a presença de supervisões clínicas e institucionais durante todos os anos de funcionamento do serviço, oportunidade esta prevista pelas políticas e, possivelmente, disponível com esta regularidade por tratar-se de serviço anterior aos próprios CAPSi.

Dessa forma, de acordo o BRASIL (2013b):

“Embora recente, a supervisão clínico-institucional em saúde mental já tem uma história. É uma prática que surge no contexto dos inicialmente chamados "serviços substitutivos", que hoje integram a rede de atenção psicossocial”.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde disponibiliza um recurso para a realização das supervisões. Assim, há um investimento do governo para capacitar e auxiliar os profissionais dos CAPS no âmbito institucional, bem como no clínico, porém, essa oportunidade não é, necessariamente, uma realidade para muitos equipamentos semelhantes. Apesar de estar prevista nas políticas públicas, pouco tem-se vivenciado e oportunizado a estes dispositivos.

Compreende-se que as supervisões clínico-institucionais são de importância fundamental, atuando como um dispositivo de formação permanente que deve sustentar a responsabilidade compartilhada da equipe e facilitar o diálogo para que as diferentes questões possam ser expostas de forma que os casos e as situações sejam manejados com seus desafios e surpresas inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial (SILVA et al., 2012). A equipe do CAPSi focalizado no estudo conta com tais oportunidades de sustentação. Importa destacar tal realidade na medida em que essa variável (ter oportunidade de supervisão constante) deve ser considerada quando se discutem as possibilidades, os avanços e os limites identificados neste estudo.

Quanto aos objetivos do CAPSi, estes englobam oferecer atendimento à população, realizando acompanhamento clínico e a inserção social dos usuários, tendo como funções a atenção diária, o acolhimento, cuidado clínico, inserção social, organização da rede,

suporte e supervisão à rede de atenção básica. Ressalta-se que o foco é o sujeito, suas singularidades, sua história, cultura e a vida cotidiana (BRASIL, 2012a).

As atividades terapêuticas realizadas neste tipo de serviço são fundamentadas na clínica ampliada e em práticas de atenção psicossocial, oferecendo, desta forma, atendimentos individuais, grupais, familiares, atividades comunitárias, assembleias, visitas domiciliares, entre outras (BRASIL, 2012a).

Quanto às propostas existentes no CAPSi focalizado na presente pesquisa, há uma gama de atividades que visam a inserção dos usuários. Estas permeiam desde a convivência, os atendimentos individuais, grupos e oficinas dentro do CAPSi, até as intervenções externas que ocorrem em locais públicos do município ou na residência de alguns usuários.

Identificou-se neste estudo que tais práticas são realizadas na tentativa de que estes espaços se tornem dispositivos para que os processos de inclusão social e de estabelecimento de relações sejam possíveis. São momentos nos quais os adolescentes, por mais dificuldades que estejam vivenciando, são acolhidos, ouvidos, respeitados e os processos proximais são estabelecidos; assim como o núcleo relativo à pessoa se torna conhecido, influenciando e sendo influenciado pelos processos proximais. Além disso, há trocas afetivas, compartilhamento de atividades, estabelecimento de laços, fortalecimento de suas redes, e essas oportunidades são definidas, de acordo com Bronfenbrenner, como os processos proximais, sendo os principais motores do desenvolvimento.

No entanto, verificou-se também que a maioria destas atividades ocorrem dentro do CAPSi, em ambiente protegido, o que reforça a consideração de que há grande dificuldade em ultrapassar as barreiras entre o contexto institucional e a realidade externa, além dos muros.

As portarias regulatórias apontam o CAPSi como dispositivo que visa as práticas de reabilitação psicossocial e também da clínica ampliada, sendo necessário se pensar em ações que extrapolem os muros, as barreiras, facilitando a entrada desses adolescentes na comunidade, a inclusão e as relações sociais (BRASIL, 2012b). Porém, os resultados revelados neste estudo mostram que, ainda que as intervenções realizadas caminhem nesta direção, as ações desenvolvidas parecem não surtir efeitos fora do CAPSi.

Verificou-se que em alguns momentos o foco das ações está voltado para o núcleo da pessoa, o seu tratamento, a melhora dos sintomas, e não para a sociedade, família e

outros contextos. Compreende-se que, desta forma, as possibilidades de inclusão social, conforme as premissas da reabilitação psicossocial, não se efetivam, e as práticas, ainda que justificadas e importantes, se tornam segregadoras, estigmatizantes e excludentes.

Apesar de se considerar importante o reconhecimento das necessidades e características individuais no tratamento, este não deve ser o foco principal. De acordo com Bronfenbrenner, quando se trata de compreender o desenvolvimento é fundamental compreender o núcleo pessoa, porém sua proposta é que este núcleo seja compreendido não só através das características determinadas bio-psicologicamente, mas também pelas dimensões determinadas e construídas por meio da interação com ambiente. Assim, observa-se a necessidade de atenção às formas de interação dos outros três núcleos propostos por Bronfenbrenner – processo, contexto e tempo –, uma vez que o autor acredita que são estes núcleos em interação complexa e dinâmica que compõem o desenvolvimento.

Moraes et al. (2011) apontam que o funcionamento do CAPS deve ser norteado pela clínica ampliada, que se diferencia da prática clínica tradicional ao pretender que os pacientes sejam percebidos em sua totalidade. A partir dos resultados do presente estudo é possível considerar que a equipe do microssistema que caracteriza o CAPSi realiza esforços e investimentos na direção da clínica ampliada; o que se observa é o intrincado desafio de alcançar tal meta.

Tampouco é impossível não reconhecer que em algumas situações e momentos, como, por exemplo, para alguns usuários com sofrimento psíquico intenso, as ações individualizadas e protegidas são efetivas e necessárias e proporcionam, muitas vezes, as únicas vivências e contatos possíveis no cotidiano dos adolescentes. Considera-se que sem estas alternativas de cuidado muitos permaneceriam excluídos, sem a oportunidade de estabelecer relações com seus pares, de realizar trocas afetivas e de frequentar outros contextos. No entanto, importa o posicionamento de que este seria apenas um ponto de partida.

Nesta direção, destaca-se a importância do espaço da convivência⁷ para o cotidiano dos microssistemas - CAPSi e família. No microssistema CAPSi desta pesquisa a convivência não é formalizada enquanto recurso terapêutico, no entanto, a gama de processos

⁷ Os termos convivência e ambiência no presente estudo são utilizados como sinônimos, uma vez que é utilizada a seguinte definição - Espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

e relações que ocorrem neste espaço reafirmam considerações acerca da potencialidade da convivência nestes equipamentos. Assim, reafirma-se a importância deste recurso dentro de um CAPSi, visto que potencializa o trabalho dos profissionais nesse serviço, oferecendo o acolhimento, a produção de subjetividades, a escuta aos usuários e familiares.

Observa-se que o conceito de ambiência se soma à proposta da clínica ampliada, pois o “ambiente” não se restringe ao espaço físico, mas amplia-se ao espaço social e de relações interpessoais (MORAES et al., 2011).

Reforçando tais considerações, o estudo revelou que muitos adolescentes só conseguem jogar bola, por exemplo, neste espaço; só se comunicam com outro usuário que frequenta o CAPSi no mesmo horário. Outros processos proximais nem sempre são possíveis em outros contextos ou, mais grave, não há a alternativa de pertencer ou transitar por outros contextos. Assim, é no espaço da convivência do CAPSi que se inicia a construção de um cotidiano, onde relações sociais são estabelecidas, vínculos de amizade surgem e há a possibilidade de compartilhar atividades.

Heller (2000) afirma que o indivíduo só é capaz de viver na cotidianidade a partir do momento em se torna capaz de realizar a manipulação das coisas e, conseqüentemente, a ter domínio da natureza e das relações sociais, sendo, desta forma, condição de amadurecimento do homem, a ponto dele tornar-se adulto na cotidianidade. Nessa direção, o CAPSi tem papel estratégico, uma vez que ele é agente possibilitador de desenvolvimento dos adolescentes, de experimentação da manipulação das coisas e, de forma mais ampla, de uma cotidianidade de fato.

Assim, aponta-se para a potência das ações, vivências e oportunidades presentes a partir do CAPSi e, ao mesmo tempo, para os limites e para a dimensão do que ainda é preciso caminhar no processo de inserção social e da busca de um cotidiano de condução da vida para estes adolescentes.

Em relação à equipe técnica, apesar do CAPSi ser estruturado e possuir diversos profissionais e técnicos que compõem seu quadro de recursos humanos, apontou-se uma limitação no que se refere à constituição da equipe técnica. Conforme o relato de um profissional, falta um psicopedagogo para compor a equipe e o argumento para justificar tal limite é vinculado aos problemas escolares que muitas dos usuários apresentam e que poderiam ser abordados. Somado a isso, pensar na atuação de um psicopedagogo em um

serviço de saúde mental infantojuvenil seria pertinente, já que se trata de indivíduos que estão em pleno processo de desenvolvimento e alguns apresentam comprometimentos cognitivos.

De acordo com a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 na equipe mínima de profissionais do CAPSi deve conter 4 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Assim, identifica-se que o equipamento envolvido neste estudo, à exceção do psicopedagogo, encontrava-se completo.

É fundamental destacar a importância de uma equipe interdisciplinar para as práticas de saúde mental, de forma que a presença de diferentes profissionais nestes serviços pode contribuir significativamente com os conhecimentos técnico-científicos e práticos, auxiliando assim na efetivação das ações propostas e da interdisciplinaridade.

Autores apontam que a interdisciplinaridade emerge da necessidade de reorganizar a produção do conhecimento, cujo caráter positivista vem deixando de ser suficiente para explicar fenômenos que separados de seu todo perdem seu sentido (SOUZA; RIBEIRO, 2013).

Apesar dos resultados do presente estudo revelarem uma equipe completa, com práticas multidisciplinares, quando se focalizou sobre práticas intersetoriais não foi possível identificá-las, ainda que utilizando o recurso da inserção ecológica.

Segundo Junqueira (2000), a intersetorialidade consiste nas relações existentes entre diferentes saberes voltados para uma determinada prática, visando a resolubilidade dos problemas de saúde. Nessa direção o autor pontua que a característica essencial da intersetorialidade é a articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas de forma a resolver os problemas de saúde de uma população.

Assim, aponta-se que a prática e a concretização da intersetorialidade, ainda que claramente colocada como concepção teórica e reconhecida como potencialidade para o cuidado em saúde mental, é ainda um grande desafio e merece maior atenção, devendo ser pautada em estudos e reflexões que envolvam esta perspectiva.

Na saúde mental em geral e no campo da saúde mental infantojuvenil em particular, o trabalho intersetorial se torna imprescindível, uma vez que se trata de indivíduos em desenvolvimento, seja este social, biológico ou psicológico, que sofrem interferências do contexto em que vivem. Desta forma, a prática de diferentes saberes neste cenário requer uma

nova atitude dos profissionais envolvidos e de políticas públicas e ações que forneçam real suporte a tais possibilidades. Nesta direção, acredita-se que o trabalho realizado de forma intersetorial possibilitaria a construção de um cotidiano menos alienado, de forma que os adolescentes pudessem estar inseridos em diversos contextos, exercendo e expressando singularidades e com maiores possibilidades de interação social.

Quanto à rede de atenção à saúde mental no Brasil, esta integra o Sistema Único de Saúde e sua característica é essencialmente pública e de base municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A proposta é que a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, sendo que esta articulação deve incluir os recursos da comunidade para se constituir em verdadeiros espaços de inclusão na cidade destinados às pessoas com transtornos mentais (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Assim é que para sua construção e efetivação é importante que os serviços, os recursos sociais, culturais e de lazer estejam presentes para a potencialização do cuidado no território.

Apesar da indicação das políticas públicas a respeito do trabalho em rede, e da existência de diferentes setores destinados a essa população, verifica-se que este trabalho é limitado, dificultando o cuidado e atenção à população infantojuvenil (DELFINE; REIS, 2012).

Apointa-se que os usuários da saúde mental vivenciam intenso processo de exclusão, tendo a maioria de seus direitos negados por um processo histórico de invisibilidade, preconceitos e estigmas. Isso gera repercussão na produção de cuidado, que tende a ser fragmentada, pontual e, na maioria das vezes, reproduz a fragilidade da rede em garantir integralidade do cuidado. Assim, tanto em termos individuais como coletivos, a incorporação de práticas de cuidado fragmentadas, mediante a focalização em aspectos individuais, produz danos à produção do cuidado integral, podendo causar todo um processo de desresponsabilização, de forma a deixar o usuário praticamente abandonado a si mesmo (BRASIL, 2013c).

Em se tratando dos participantes da pesquisa, os resultados apontaram que a maior parte dos adolescentes apresenta problemas de saúde mental desde a infância. De acordo com a literatura, crianças com sintomas de transtornos mentais tendem a apresentar problemas de saúde mental na vida adulta (FLEITLICH; GOODMAN, 2002). Desta forma, a literatura e a presente pesquisa reforçam a necessidade de atenção precoce a esta população,

sendo fundamental que os cuidados já se iniciem na infância e/ou nos grupos familiares e comunidades vulneráveis, através da prevenção, assim como na identificação de realidades e problemáticas de riscos, para que se possa intervir desde cedo (MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012).

Reforçando tais considerações, Ramires et al. (2009) ressaltam que a falta de reconhecimento da importância da saúde mental na infância e adolescência pode acarretar consequências negativas no transcurso do desenvolvimento, afetando a capacidade produtiva e a inserção social desses indivíduos quando adultos, refletindo-se no nível social e econômico das coletividades.

Essa necessidade também é apontada por estudiosos que ressaltam que se houver investimento na saúde mental infantil as repercussões serão imediatas, pois haverá diminuição do sofrimento desta população e dos familiares. A longo prazo, favorecerão a diminuição da criminalidade, abuso de substâncias, fracasso e abandono escolar, desenvolvimento de transtornos de personalidade e transtornos mentais na vida adulta, dentre outros (FLEITLICH; GOODMAN, 2002; FLEITLICH, 2005).

Como consequência e somada a esta realidade acerca da pouca relevância ao campo da saúde mental infantojuvenil, tem-se a escassez de recursos e serviços destinados à atenção e ao cuidado destes indivíduos, agravando os riscos e consequências já mencionadas.

Couto et al.(2008) também indicam que para além da escassez de recursos, no âmbito nacional, o principal problema ocorre devido à desarticulação dos serviços públicos para a infância e a adolescência, como também apontam a falta de uma direção pública clara e afirmada. Desta forma, aponta-se que as dificuldades estão presentes não só no nível dos microssistemas, como família e escola, mas principalmente são agudizadas pelo macrossistema, onde as políticas públicas estão inseridas.

Assim, seria bem-vindo remetermos a este cenário da saúde mental da infância e adolescência as práticas de reabilitação psicossocial propostas por Saraceno (2001a), que as caracteriza como um processo de reconquista do espaço público para o exercício pleno da cidadania nas esferas do habitat, da rede social e do trabalho, não se tratando, portanto, de devolver habilidades, readaptar ou atingir um ideal, mas de aumento das trocas sociais feitas pelo sujeito em seu aspecto singular e de cidadão.

Refletir sobre ações e políticas que viabilizem a concretização dos pressupostos da reabilitação psicossocial para crianças e adolescentes é passo importante no enfrentamento

do desafio do cuidado e oportunidades dispensados a esta população. Assim, redimensionar e contextualizar para esta população o habitat, a rede social (ainda fora do universo do trabalho), as trocas sociais e as singularidades são questões colocadas para os trabalhadores do campo e para os gestores.

Ainda, os resultados do presente estudo revelaram que ao considerar o universo de suporte social disponível, a maioria dos adolescentes apontaram como pessoas de sua rede de suporte os profissionais do CAPSi, sendo a família mencionada apenas três vezes. Além disso, quando foram solicitados a nomear pessoas de sua rede de suporte, a maioria dos adolescentes apontou somente uma ou duas pessoas.

Assim, compreende-se que os resultados deste estudo evidenciam que esta rede do adolescente se encontra limitada, não só pela quantidade de membros pertencentes a esta, mas também devido às possibilidades de trocas afetivas, simbólicas e materiais que estas são capazes de oferecer. Nessa direção, e de acordo com Bronfenbrenner, identifica-se no cotidiano dos adolescentes um empobrecimento nos processos proximais. Além disso, o fato dos participantes citarem na maioria das vezes profissionais do CAPSi pode ser compreendido conforme analisa Salles ao apontar que as redes sociais dos usuários os tornam pertencentes ao sistema social e ao contexto que os permeiam. Desta forma, tem-se que como o CAPSi é um dos raros, se não únicos, contextos de inserção desses jovens, é natural, ainda que preocupante, que os profissionais do serviço também ocupem esse lugar.

De acordo com COBB (1976), o apoio social é definido como uma informação que poderia levar o indivíduo a acreditar que é amado, que as pessoas se preocupam com ele, que é apreciado, que o valorizam e que está filiado a grupos com obrigações mútuas.

Lacerda (2002) aponta que durante as fases da vida, as fontes de apoio social apresentam variações em decorrência das circunstâncias e situações vivenciadas, porém durante o desenvolvimento a família, amigos, cônjuge, vizinhos, os relacionamentos com grupos e comunidades possibilitam as principais relações interpessoais, que de acordo com as mobilizações poderão corresponder às fontes de apoio social.

Analisar redes de apoio sociais de pessoas em sofrimento psíquico significa levar em consideração a particularidade da doença mental e o processo de (des)estruturação social resultante da trajetória da carreira do doente mental (FONTES, 2007). Os resultados do presente estudo lançam mais elementos a tais considerações.

Fontes (2007), ao abordar o apoio social no campo da saúde mental, coloca que este implica em incorporar o campo institucional (os profissionais de saúde e suas instituições: os hospitais, os manicômios, os centros de atendimento), porque nestes espaços passa a acontecer parte significativa do cotidiano dessas pessoas, o seu campo de sociabilidades secundárias e o de seus cuidadores (associações de moradores, ONGs, Igrejas); e também os campos de sociabilidade primária dos doentes mentais: amigos, parentes, colegas de trabalho, vizinhos, ou seja, pessoas com quem se relaciona e de onde retira apoio para o enfrentamento de seu sofrimento psíquico.

A partir destes elementos colocados por Fontes (2007), compreende-se os processos proximais estabelecidos com a família, com amigos e com os profissionais do CAPSi no cotidiano dos adolescentes em sofrimentos psíquico da presente pesquisa.

Observa-se também que os resultados dos roteiros de entrevista e da inserção ecológica estão marcados por dificuldades nas relações sociais, conflitos familiares, desestruturação familiar, rompimento com atividades externas, de lazer, que envolvam o contato e o relacionamento com outras pessoas, além de muitas limitações no âmbito escolar, como dificuldade de aprendizagem e inclusão. Em contrapartida, observa-se que os adolescentes possuem, ainda que relativamente, recursos externos (como o próprio CAPSi) e recursos pessoais que intermediam o seu desenvolvimento socioemocional e algumas oportunidades de interação e inserção social.

Assim, importa destacar que a realidade dos relacionamentos e rede de suporte social desses jovens é limitada e que o papel dos profissionais do campo como fonte de suporte social (às vezes única) pode ser compreendido de forma positiva ou de forma a revelar a intensidade da problemática. Acredita-se que ambas as formas de compreensão são compatíveis.

Cabe ainda, sob este aspecto, retomar ao cotidiano, a partir da teoria de Heller. A autora discorre que o amadurecimento do homem para vida cotidiana se inicia por meio de grupos familiares, escolares e comunitários, sendo que é nos grupos onde os indivíduos entram em contato com os costumes, normas, ética, entre outras, que aprende os elementos da cotidianidade. Dessa forma, problematiza-se acerca do tipo de experiência e os processos proximais que os adolescentes vivenciam e os quais devem, certamente, implicar no cotidiano aqui observado.

Assim, as políticas públicas, os profissionais e os demais atores envolvidos

devem estar atentos a estas esferas do cotidiano dos adolescentes em sofrimento psíquico intenso, devem considerar as limitações e dificuldades existentes, como também considerar as potencialidades, para que seja possível pensar na elaboração e efetivação de práticas e de políticas públicas, por meio de ações que contemplem este universo.

Fica evidente nos DSCs dos membros da rede de suporte social que a rotina dos adolescentes e as atividades realizadas pelos mesmos, quando não realizadas no CAPSi, estão inseridas no contexto da residência. Desta forma não há inserção dos adolescentes em outros contextos como, por exemplo, bairro, casa de amigos, vizinhos. Além disso, são atividades que não envolvem outras pessoas, ou seja, não há trocas sociais oportunizadas/experenciadas pelos adolescentes, seja com familiares ou amigos. O DSC dos adolescentes não contempla estes aspectos, sendo que relatam apenas sua rotina diária, a ida ao CAPSi e a presença de conflitos familiares.

O estudo de Salles (2009), que objetou investigar o cotidiano de adultos com transtornos mentais, encontrou em seus resultados que o cotidiano dos mesmos, após o adoecimento mental é marcado pela interrupção das atividades, relações sociais, dentre outros. Os pacientes apontaram dificuldade em manter a sua rede social no que se refere a amigos e trabalho. Porém, apesar de relatarem estes rompimentos na vida cotidiana, os pacientes revelaram diversas atividades que realizam durante o dia como atividades ligadas à limpeza e organização da casa e o cuidado com o ambiente em que vivem. Além disso, relatam atividades que realizam em casa e que se tornam prazerosas, como assistir televisão, ouvir música. Observa-se que a maior parte destas atividades aparece como uma atividade individual.

É possível apontar que os resultados do presente estudo se aproximam do estudo de Salles (2009), visto que os adolescentes em sofrimento psíquico intenso possuem um repertório de atividades limitadas ao contexto em que pertencem no que se refere às atividades externas, atividades de lazer e atividades compartilhadas. No entanto, há que se considerar especificidades que podem evidenciar diferenças importantes como, por exemplo, a rotina marcada pela exclusão (escolar e social, de forma geral) e pela ausência de oportunidades de desenvolvimento (experimentações, aprendizados, interação, dentre outros) mais precocemente.

Os membros da rede de suporte dos adolescentes relatam sobre a dificuldade de relacionamento do adolescente no contexto escolar e com as amizades, o que acaba por

influenciar negativamente no desenvolvimento e no aprendizado. Além disso, apontam que estas dificuldades estiveram presentes desde muito cedo.

Alguns estudos apontam sobre o impacto da saúde mental da criança e do adolescente e possibilidades de aprendizado e inserção no contexto escolar.

O estudo de Santos (2006) revela que dentre as queixas referentes aos adolescentes atendidos em um programa de psicologia (n=129), 30,2% apontam dificuldades de aprendizagem e 19,4%, desinteresse pela escola. O autor aponta que a maioria dos adolescentes da pesquisa não frequenta a escola e os que frequentam relatam diferentes dificuldades. De acordo com Bastos e Almeida Filho (1988) o fracasso escolar está intimamente ligado à situação emocional das crianças.

No estudo de Matsukura; Fernandes e Cid (2012) os resultados mostram que o desempenho da criança na escola esteve correlacionado com hiperatividade e comportamento pró-social. Outros estudos reforçam este achado, uma vez que apontam que as crianças com dificuldades socioemocionais apresentam maiores riscos para desenvolver dificuldades acadêmicas, seguindo para o abandono escolar (FLEITLICH, 2005).

Assim, tanto os resultados obtidos nesta pesquisa, como os achados na literatura reforçam o relato de um profissional do CAPS, durante o procedimento de inserção ecológica, onde aponta que muitas crianças e adolescentes do serviço apresentam comprometimentos no contexto escolar, além das tentativas de parceria com o setor da educação se encontrarem bastantes limitadas. O relato também evidencia que uma das possibilidades existentes que facilitaria esta parceria, contribuindo para o desenvolvimento dos usuários, seria a existência de um psicopedagogo no CAPSi, não só para atuar dentro do CAPSi com os usuários que apresentem dificuldades neste âmbito, como também para viabilizar e fortalecer a parceria com a educação.

Duas considerações merecem ser observadas. A primeira trata de como se coloca a situação da escola e dos adolescentes (tanto pelos técnicos e gestores, como pela própria literatura), onde o destaque se coloca no núcleo pessoa e suas dificuldades, implicando no prejuízo ou no impedimento escolar. É necessário chamar a atenção para o fato de que desta forma colocado, a falha e a impossibilidade remetem-se ao indivíduo, quando, na verdade, o limite não está aí colocado. Esta mudança de discurso pode, ainda que tangencialmente, contribuir para que a responsabilização alcance outros contextos, desde o

micro ao macro, como o Estado, a sociedade, os equipamentos escolares, sociais, culturais, dentre outros.

A segunda consideração refere-se à demanda por um psicopedagogo colocada pelo serviço, que, quando justificada pela necessidade de efetivar possibilidades de parcerias intersetoriais, é positiva e pode ser uma forma de viabilizar diálogos e práticas. No entanto, cabe alertar para que a expectativa sobre esse profissional não se coloque e não implique em tentar trazer para dentro do CAPSi o que se espera e cabe à escola.

Portanto, verifica-se que a saúde mental da criança e do adolescente está fortemente relacionada ao contexto escolar, sendo fundamental refletir sobre as possibilidades de cuidado existentes para esta população, uma vez que as limitações observadas caminham em direção a um sistema educacional excludente. Desta forma, apesar dos avanços nas políticas de inclusão, há muitas barreiras que impedem de fato a inclusão social. Hipotetiza-se também que a doença mental e sua complexidade trazem consigo desafios e demandas com as quais a escola e as pesquisas na área, ainda que sob o paradigma da inclusão, não têm alcançado.

Indica-se que estudos que se debrucem sobre as possibilidades e limites acerca da efetivação e condução de ações intersetoriais devem ser colocados na pauta da agenda de pesquisadores do campo.

Além disso, é preciso que políticas públicas sejam efetivadas, de forma a garantir os direitos desta população a frequentar a escola regular, assim como garantir a qualidade do ensino e possibilidades de aprendizado. Compreende-se que este caminho viabilizará não só o aprendizado, como também possibilidades de inserção social em outros contextos, a construção de relacionamentos, além de motivação e interesse em frequentar o contexto escolar, de forma a garantir melhores perspectivas de vida, no que se refere à sociabilização, profissionalização e projetos de vida.

Quanto ao microsistema família, os resultados apontaram não só a presença de conflitos familiares e dificuldade de relacionamento (processos proximais), como também uma estrutura familiar muitas vezes desorganizada e conturbada, marcada pela violência, fragmentação e conflitos.

Para a reflexão desses resultados, é pertinente utilizar os conceitos e estudos que tratam sobre fatores e mecanismos de risco (RUTTER, 1987). Assim, é possível que a violência, desestruturação familiar, dentre outros, compreendidos como fatores de risco

podem implicar e/ou aumentar o sofrimento mental dos adolescentes. Pesquisas vêm indicando, por exemplo, a associação entre vivenciar violência e sofrer problemas de saúde mental ao longo do ciclo de crescimento e desenvolvimento humano (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, observa-se também o inverso, visto que a presença de sofrimento mental na família pode vir a afetar todos seus membros. No estudo de Navarini e Hirdes (2008), os resultados apontam que as famílias que convivem com a doença mental possuem dificuldades de manejo em situações de crise, sentem culpa pela doença, solidão e desamparo. Quando aparecem os primeiros sintomas, os sentimentos como o medo, a tristeza, a vergonha e a raiva, assim como o afeto e o cuidado estão sempre presentes. Os autores destacam que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Assim, as rupturas existentes no contexto familiar desses adolescentes, assim como as dificuldades de relacionamento e a falta de suporte social oferecidos pelos familiares, presentes no cotidiano desses jovens, influenciam no desenvolvimento saudável dos adolescentes, como também são influenciados por eles.

Os resultados deste estudo reforçam considerações acerca da fundamental importância do envolvimento das famílias nos processos de atenção em saúde mental infantojuvenil (TAVARES, 2012).

Fontes (2007) aponta que com as transformações na assistência à população com transtornos mental dá-se a possibilidade para que indivíduo retorne à sociedade, oferecendo, desta forma, espaços para a participação de outros atores no seu processo de tratamento. Assim, torna-se evidente a importância das redes sociais, dos apoios sociais em campos sociais mais amplos, tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, como também importante auxiliar no tratamento.

Ainda na dimensão social e familiar, verificou-se que ao ser questionado sobre o que o adolescente acha difícil em seu dia a dia, alguns apontam as preocupações com familiares, responsabilidades, sintomas psiquiátricos, atividades relacionadas à escola e o fato da família interferir nas relações sociais e atividades de lazer.

Observou-se em alguns discursos que os pais privam os adolescentes, dificultando sua inclusão e as relações sociais, porém também foi identificada a preocupação

da própria rede de suporte (em que alguns pais também participaram) sobre a necessidade de ações que auxiliem os adolescentes a se relacionarem com seus pares, a realizar outras atividades fora do contexto familiar. Assim, ao mesmo tempo em que a rede observa as dificuldades do adolescente e que é necessária esta inclusão e possibilidades de trocas sociais e afetivas, as famílias dificultam esse processo ao impedir que o adolescente saia de casa, frequente outros lugares, encontre pessoas. É possível que os familiares, dentre outros motivos, vivenciem inseguranças e conflitos acerca das possibilidades dos adolescentes em frequentar espaços diferentes, não supervisionadas, etc. Estudos e ações que acompanhem mais proximamente esta realidade familiar e do adolescente podem contribuir para o avanço e possibilidades de superação desta condição paradoxal.

A relevância acerca dos investimentos em ações que envolvam de fato a família na atenção e cuidado a esta população também é reforçada pelos resultados, em relação aos discursos referentes ao que o adolescente considera a melhor coisa em suas vidas, estes apontam a família, amigos e poder ter um lar para morar.

Apesar das dificuldades familiares encontradas, assim como as dificuldades de estabelecer relações sociais, os adolescentes participantes, veem a família como a melhor coisa de suas vidas, da mesma forma como ter amigos. Nestes dois discursos não é possível compreender a qualidade das relações, mas ressalta-se a importância que têm em suas vidas.

Em outra dimensão do cotidiano destes adolescentes, os discursos dos membros da rede de suporte também apontam dificuldades no âmbito das atividades de vida diária, prática e de autocuidado. Estas dificuldades, possivelmente, também são agravadas devido a uma complexidade de questões, dentre elas o próprio sofrimento mental. Nesta faixa etária é esperado que o adolescente tenha autonomia para conseguir se vestir, alimentar-se, se higienizar e realizar determinadas atividades de vida prática como, pegar ônibus sozinho. Esta dimensão dos resultados pode ser discutida a partir da compreensão do cotidiano, como colocado por Heller (2000).

De acordo com Heller a vida cotidiana é a constituição e reprodução do próprio indivíduo e conseqüentemente da própria sociedade, através das objetivações. Este processo de objetivação se caracteriza por essa reprodução, que pressupõe uma ação do homem sob um objeto, transformando-o para seu uso e seu benefício. Esta objetivação é fundamental a todo homem enquanto processo formativo de si mesmo, constante e permanente, de que o homem precisa apropriar-se como condição básica para a vida na sociedade e na época em que vive.

A alienação, como colocada por Heller, se concretiza na medida em que passa a existir (a partir das limitações advindas da realidade da vida vivida sob a condição do sofrimento psíquico intenso) o distanciamento entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos.

Compreende-se que o adolescente está em processo de amadurecimento, sendo fundamentais as oportunidades de experimentação, vivências, participação, dentre outras, para esse amadurecimento, para a vida na cotidianidade e, conseqüentemente, para a possibilidade de condução da vida, como colocada por Heller.

Por outro lado, cabe apresentar algumas questões como, por exemplo, como se daria um cotidiano com possibilidades de condução da vida para esses adolescentes que logo serão adultos? Quais perspectivas ou dimensões da condução da vida podem e devem ser trabalhadas em intervenções de saúde? Como as políticas públicas e os equipamentos podem contribuir?

Nesta direção é importante considerar ações que contribuam para esses adolescentes, quais serviços existentes visam trabalhar estas questões e o impacto que estas limitações têm para o desenvolvimento dos adolescentes. Que tipos de ações estão sendo realizadas visando a autonomia e o autocuidado dessa parcela da população em sofrimento psíquico intenso? Como seria possível intervir e identificar essas demandas para que não se prolongasse até a adolescência causando menos impacto na vida desses adolescentes?

A partir da discussão apresentada e do reconhecimento do cotidiano dos adolescentes em sofrimento psíquico intenso, evidencia-se as limitações presentes, tornando-se fundamental refletir sobre o papel das políticas públicas a este segmento. Além disso, questiona-se o quão efetivo são as estratégias já existentes e o quão realmente contemplam o enfrentamento acerca das limitações no cotidiano desses jovens.

Uma vez que se preconiza que o CAPSi é fundamentado através das premissas de reabilitação psicossocial, espera-se que as estratégias e ações vigentes sejam direcionadas não para a doença e o indivíduo, mas sim o contexto social e as possibilidades existentes neste meio que favorecerão o cuidado a essa população.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi conhecer sobre o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico intenso que estejam vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), sob a ótica dos próprios adolescentes e de membros de sua rede de suporte social.

Observa-se que a partir da abordagem teórica utilizada e da metodologia de inserção ecológica adotada na pesquisa, foi possível conhecer com profundidade os diversos aspectos presentes no cotidiano dos adolescentes, em diferentes âmbitos.

Os objetivos específicos visaram identificar o cotidiano dos adolescentes em diferentes contextos, as possibilidades de inclusão social, as relações sociais estabelecidas, como se constitui as redes de suporte social, o papel do CAPSi na construção do cotidiano e as perspectivas e planos futuros.

Compreende-se que os todos os objetivos foram contemplados e o estudo revelou um cotidiano limitado, principalmente no que se refere às atividades diárias e de lazer relatadas pelos participantes. Além disso, verificou-se que os adolescentes possuem um dia a dia marcado por limitações, como, por exemplo, dificuldades na oportunidade de relacionamento com seus pares, dificuldades escolares (dificuldade de aprendizagem e de inclusão neste contexto), assim como a vivência de conflitos familiares. Em contrapartida, os adolescentes apontaram para um futuro repleto de esperanças, onde a melhora dos sintomas, os estudos e o trabalho foram apontados. Os participantes que representaram a rede de suporte destes jovens relataram sobre a necessidade de criação de espaços e serviços que acolham estes adolescentes, de possibilidades de inclusão e relações sociais, pois compreendem que a partir destas perspectivas seria possível o desenvolvimento dos adolescentes e o progresso no tratamento.

A partir do desenho do estudo e da utilização da metodologia de inserção ecológica, foi possível contemplar os quatro núcleos apontados por Bronfenbrenner e presentes no processo de desenvolvimento humano: o processo proximal, a pessoa, o contexto e o tempo.

No cotidiano dos adolescentes foi possível compreender os processos proximais estabelecidos, nas relações familiares, nas amizades, com os profissionais do CAPSi, com as atividades e com a própria pesquisadora.

Quanto ao núcleo *pessoa*, a inserção da pesquisadora e as entrevistas permitiram identificar as potencialidades e dificuldades de cada adolescente, suas individualidades, características, desejos e planos futuros. Esse reconhecimento individual permitiu melhor compreensão sobre os processos internos, o sofrimento psíquico intenso e a sua relação com o cotidiano.

O *contexto* esteve fortemente presente na medida em que a pesquisadora esteve inserida no CAPSi diariamente, vivenciando esse cotidiano. Além disso, foi possível participar de atividades externas, em outros contextos de inserção dos adolescentes. As entrevistas também abordaram diferentes questões sobre família, escola, trabalho e CAPSi, sendo assim, este núcleo foi abordado em diferentes momentos.

Em relação ao *tempo*, durante os quatro meses de inserção, a pesquisadora vivenciou as transformações, o desenvolvimento e os processos ocorridos, tanto em relação ao micro como ao mesotempo. Neste período, presenciou-se a evolução no tratamento de alguns adolescentes, assim como o início de crises e posterior internação em hospitais, o processo de inserção dos adolescentes nos grupos, o sofrimento com o retorno às aulas, entre outras.

Nesta direção, considera-se que o cotidiano foi amplamente abordado, em suas múltiplas facetas: em relação ao ser, estar e fazer; destacando as relações sociais, contextos de inserção e perspectivas futuras.

Em contrapartida o estudo apresentou alguns limites, como o fato de não ter sido possível a inserção da pesquisadora no contexto familiar e escolar.

Observa-se que a partir dos resultados obtidos e da discussão apresentada muitas questões surgiram, possibilitando pesquisas futuras. Dentre as questões apontam-se as dificuldades apresentadas em relação à escola, sendo que estas dificuldades permeiam não só as de aprendizado como também as dificuldades de relações neste contexto e a falta de adequação deste setor para atender às necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico intenso.

Além disso, ressalta-se a importância de se pensar na elaboração e construção das políticas públicas a essa população, visando um cuidado e atenção efetiva, garantindo assim que os direitos dessa população sejam assegurados favorecendo o seu desenvolvimento

e a possibilidade de um cotidiano de condução de vida e assegurando o exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. D. de C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica na Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, P. New Subjects; New Rights: The Debate About the Psychiatric in Brazil. **Cad.Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Sep, 1995b.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R. & COSTA, E. S. (Orgs.) **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

AMSTALDEN, A. L. F. et al. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.** São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.

ANSEMI L. et al. Prevalence of psychiatric disorders In Brazilian birth cohort of 11 year-olds. **Soc Psychiat Epidemiol.**, v.45, p.135-142, Apr 18, 2009.

ANTUNES, C.; FONTAINE, A. M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala Social Support Appraisals. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 32, p. 355-366, dez.2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. V. C. Socioeconomic inequalities and child mental health. **Revista de Saúde Pública**, 43(1), 92-100, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Cerca de 5 milhões de crianças demonstram problemas mentais,** 2008. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/medicos/pesquisas/>> . Acesso em 23 de setembro de 2012.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 21(2), 52-61, 2001.

BARBOSA, C. D. **Inserção familiar nas práticas realizadas em serviços especializados de atenção psicossocial infanto-juvenil.** 2009. Dissertação de mestrado apresentado a Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** São Paulo: Artes Médicas, 1997.

BELTRAME, M. M. **Infância e saúde mental: reflexões sobre a dinâmica de trabalho de um CAPSi**. 2010. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

BEZERRA, E., DIMENSTEIN, M. O CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 28(3), 632-645, 2008.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 7 ed., 2010.

BRASIL. Portal da Saúde. **CAPS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=>. Acesso em: mar. 2012a.

BRASIL. Portal da Saúde. **Infanto-Juvenil**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30452&janela=1>. Acesso em: mar. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10**, Ano VII, nº 10, março de 2012c. Brasília. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.

BRASIL. Portal da Saúde. **Centro de atenção psicossocial- CAPS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=> acesso março de 2013a.

BRASIL. Portal da saúde. **Supervisão clínico-institucional**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355> acesso setembro de 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRONFENBRENNER, U. **The ecology of human development**: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: ArtMed, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: ArtMed, 2011.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: Damon, W. (ed.). **Handbook of child psychology**. Vol. 1. Nova York, NY, John Wiley & Sons, pp.993-1027, 1998.

CASTRO, E.; LIMA, E.; BRUNELLO, M. I. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-59.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER S. H. M. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.16, n.3, 2003.

CID, M.F.B.; MATSUKURA. **Saúde mental de escolares**: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção. 2011. Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

COBB, S. Social support as a moderator of stress. **Psychosomatic Medicine**, 38(5), 300-314, 1976.

COSTA-ROSA, A. **O Modo Psicossocial: Um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar.** In P. Amarante (org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.*

Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COUTO, et al. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.30, n.4, p.390-39, 2008.

DELL'AGLIO, D. D. Prefácio. Koller, S. H. In: **In:ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 1 reimpressão, 2011.

DELFINI et al. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v.19, n.2, p.226-236, 2009.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 28, n. 2, Feb. 2012. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200014>.

DELFINI, P. S. de S. **Centro de Atenção Psicossocial infanto juvenil e estratégia de saúde da família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes.** Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

DESSEN, M. A.; POLÔNIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 17, 21-32, 2007.

FALAVINA, O.P.; CERQUEIRA, M.B. Saúde Mental Infanto-Juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 10 n. 1, p. 34-46, 2008.

FIORATI, R C. **A organização dos serviços extra hospitalares de saúde mental, o projeto terapêutico e a inserção da reabilitação psicossocial.** 2010. Tese de doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

FLEITLICH, B. A saúde nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n.3, p.168-169, 2005.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n.1, mar. 2002.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brasil. **JournalAmAcadChildAdolescPsychiatry**, v.42, n. 6, p. 728-734, 2004.

FONTES, B.A.S.M. Redes Sociais e Saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Política & Trabalho Rev Cien Soc**, (26):87-104, 2007.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In GUERRA, A. M. C.; Lima, N. L. (Orgs.), **Clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**, Belo Horizonte: Autêntica, pp. 171-189, 2003.

GUIMARÃES, D.G. **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

HELLER. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HIRDES, A. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo**. Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.633-642, mar. 2008..

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. p. 633-642, mar. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade** - Disponível em ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_De_ficiencia/tab1_1.pdf Acesso em 23 de julho de 2012.

IIBGE. População de Campinas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=350950> Acesso em setembro de 2013.

KOLLER, S. H. **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1 reimpressão, 2011.

LACERDA, A. **Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública**. 2002, 101 f. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. Os novos instrumentos no contexto da pesquisa qualitativa. In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C; TEIXEIRA, J.J.V. (org). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, p.11-35, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: Ed. Universidade de Caxias do Sul, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Ed. Universidade de Caxias do Sul, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo**. Brasília: Líber livro, 2010.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira et al. Necessidades de adolescentes com sofrimento psíquico . **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 14, n. 3, p. 123-132, dez. 2003. ISSN 2238-6149. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13927>. Acesso em: 08 Set. 2013. doi:10.11606/issn.2238-6149.v14i3p123-132.

MANZINI, E.J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina:eduel, 2003. p.11-25.

MARTURANO, E. M. & FERREIRA, M. C. T. A criança com queixas escolares e sua família. Em E. M. Marturano, M. B. M. Linhares e S. R. Loureiro (Orgs.) **Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: FAPESP / Casa do Psicólogo p. 217-246, 2004.

MATSUKURA, T.S., FERNANDES, A.D.S.A., CID, M.F.B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 23, n. 2, p. 122-129, maio/ago. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais é ampliado**, 2005.

MORAES, N.A. et al. Intervenção em saúde mental: Construindo um Ambiente Terapêutico em um Caps Infanto-Juvenil. **Revista contexto & saúde** Ijuí: EDITORA UNIJUÍ v. 10 n. 20 JAN./JUN, 2011.

NARVAZ M.G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. Koller, S. H. **In:ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1 reimpressão, 2011.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 680-688, 2008.

OLIVEIRA, M. F. de A. P. B. de. **O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial a crianças e jovens em sofrimento psíquico**. 2010. Dissertação mestrado apresentado à Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental, nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

PALUDO, S.; KOLLER, S. H. Inserção Ecológica no espaço da rua. KOLLER, S. H. **In:ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1 reimpressão, 2011.

PAULA, C. S. et al. Mental Health and violence among sixth grade students from a city I the state of São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.3, p. 524-528, 2008.

PAULA, C. S.; DUARTE, C. S.; BORDIN, I. S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.1, p.11-17, oct 2006/mar 2007.

PERES F.; ROSENBERG C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saude e Sociedade**, 7(1): 53-86, 1998.

PINTO, R. F. **CAPSi para crianças e adolescentes autistas e psicóticas**: a contribuição da psicanálise na construção do dispositivo clínico. 2005.Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec,2001.

PRATI, L. E. et al. Revisando a Inserção Ecológica: Uma Proposta de Sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 21(1), 160-169, 2008.

RAMIRES, V. R. R., et al. Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma revisão de literatura. **Interação em Psicologia**, 13(2), 311-322, 2009.

REIS et al. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos centros de atenção psicossocial infantojuvenis. IN: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y. **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, p. 186-210, 2010.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, 57(3), 316-331, 1987.

RUTTER, M. et al. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. **Journal of child psychology and psychiatry**. V.47, n.3, p. 275-295, 2006.

SAGGESE, E.; LEITE. L. C. Saúde Mental na Adolescência: um olhar sobre a reabilitação psicossocial.In: Schor et al. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, Brasil. Ministério da Saúde, ago. 1999. p.197-205.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. A prevenção em questão. In: SAITO, M. I., SILVA, L.E., LEAL, M.M (Eds). **Adolescência, prevenção e risco** (2 ed. Cap 2. Pp 41-46).

SALLES, M. M.; BARROS, S. O caminho do doente mental entre a internação e a convivência social louco. **Imaginário**, São Paulo , v. 12, n. 13, dez. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2006000200018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 jan. 2014.

SALLES, M.M., BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 22, n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100002>.

SALLES. M.M. **Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in) visibilidade no território**. 2011. Tese (Doutorado e Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.

SALLES, M.M.; MATSUKURA, T.S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de terapia ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p.315-321, mai./ago. 2006.

SARACENO, B. **Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio**. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-8.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed, Hucitec, p.150-154, 2001a.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001b.

SILVA, A.I.M. **Desenvolvimento de competencias sociais nos adolescentes**. Dissertação de metrado em Comunicação em Saúde. Universidade aberta, Lisboa, 2001.

SILVA, M. E. Saúde mental infanto-juvenil: a experiência do CERSAMi. In A. M. C. GUERRA N. L. L. (Orgs.), **Clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento: uma**

contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Editora Autêntica, pp. 227-235, 2003.

SILVA, G.M et al. O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, junho 2012.

SILVEIRA, Simone de Biazzí Ávila Batista da et al. Inserção ecológica: metodologia para pesquisar risco e intervir com proteção. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 29, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 set. 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 210 p., 2010.

SOUZA, A.C.S.; RIBEIRO, M.C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

TAVARES, S.F do V. **Vivências do atendimento no Centro de atenção psicossocial infanto-juvenil:** motivações da família e profissionais. 2012. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde. 2012.

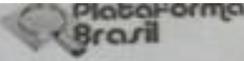
TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

VIEIRA FILHA, M. A. de A. **Os gêneros do discurso na atividade de saúde mental em um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil.** 2008. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso. 2008.

WHO-AIMS. **Report on Mental Health System in Brazil**, WHO and Ministry of Health, Brasília, Brazil, 2007.

XIMNES L.F, PESCE R.P. Problemas de saúde mental na criança: abordagem na atenção básica. São Paulo: Annablume, 2005. 140p. **Ciênc Saúde Coletiva**, 14(2):671-7.2009.

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS/UFSCAR		
PROJETO DE PESQUISA		
Título:	Adolescentes em sofrimento psíquico vinculados à CAPSi: cotidiano, atividades diárias, ocupação e inclusão social	
Área Temática:		
Versão:	1	
CAAE:	03413312.9.0000.5504	
Pesquisador:	Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes	
Instituição:	Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Número do Parecer:	112.514	
Data da Relatoria:	11/09/2012	
Apresentação do Projeto:	<p>De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 30% dos países não têm políticas de saúde mental e 90% não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes e somente a partir de 2004 a assistência a essa população passou a ser considerada com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis (CAPSi), especializados no atendimento de crianças e adolescentes com graves comprometimentos psíquicos cujas estratégias e ações visam o deslocamento do modelo biomédico e hospitalar para dispositivos extra-hospitalares, ações territoriais de inclusão, de reconstrução de um cotidiano com sentido existencial pleno e a produção de projetos terapêuticos interdisciplinares que cuidassem desse indivíduo de forma ampliada e integral. Nesta direção considerar o cotidiano dos adolescentes é relevante para a compreensão sobre os processos que os transtornos mentais geram no dia-a-dia desses jovens e para possibilidades de intervenção voltadas as esferas presentes no cotidiano - casa, trabalho, lazer. Para a coleta dos dados serão ouvidos adolescentes selecionados segundo os critérios dos profissionais dos serviços, com idade variando entre 12 e 18 anos, inseridos nos serviços a pelo menos três meses, não possuir histórico relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas, sendo capazes de compreender e manter um diálogo e a análise será feita pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</p>	
Objetivo da Pesquisa:	<p>Identificar o cotidiano de adolescentes em sofrimento psíquico que estejam vinculados aos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis (CAPSi), na perspectiva da ocupação, atividades diárias e inclusão social.</p> <p>a) Identificar quais são as expectativas dos adolescentes em relação ao seu cotidiano, ocupação, atividade diária e inclusão social.</p> <p>b) Identificar e compreender sob a ótica dos adolescentes quais são as estratégias existentes no CAPSi que auxiliam na construção do seu cotidiano sob a perspectiva das ocupações, atividades diárias e inclusão social.</p>	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	<p>Segundo a pesquisadora ao entrevistar os adolescentes através de questões referentes ao seu cotidiano, família, escola, inserção social e redes de suporte há o risco de causar certo incomodo e desconforto nos adolescentes, mas garante que isso não acarretará em maior sofrimento psíquico, assim como não interferirá de forma alguma no tratamento do adolescente dentro do serviço. Além</p>	
<p>Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905 UF: SP Município: SAO CARLOS Telefone: 1633-5180 Fax: 1633-6180 E-mail: cepumaros@power.ufscar.br</p>		

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



disso, não será invasiva à intimidade do participante e, caso este vier a ter qualquer tipo de desconforto, a pesquisa será interrompida e isso não acarretará nenhum tipo de prejuízo para o mesmo.
Benefícios: Compreender sobre o cotidiano dos adolescentes, pode revelar os aspectos que a clínica, a escola e os espaços institucionais não alcançam isoladamente e não contemplam no conhecimento/reconhecimento desses jovens. A identificação desta realidade é importante e fundamental no planejamento de ações primárias em saúde e na elaboração de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma de realização prevê o início da coleta de dados ainda para esse semestre. Não foram apresentados os instrumentos de coleta de dados (formulário e roteiro de entrevista), foi apenas mencionado que ainda serão elaborados e validados e a entrevista após elaborada será analisada e validada por juízes especialistas da área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está apresentado de forma clara para esclarecimento e assinatura dos responsáveis pelos sujeitos de pesquisa (adolescentes)
Embora haja indicação de será solicitada a anuência de todos os CAPS do estado de SP onde serão realizadas as coletas de dados, apresenta apenas o documento de anuência de um dos CAPSi (Campinas)
A FR está apresentada e foi assinada pelo diretor do CCBS/UFSCar

Recomendações:

Que sejam solicitadas as devidas autorizações aos demais CAPSi autorizando a pesquisa e que seja garantido que os dados solicitados nos instrumentos de coleta de dados não tragam nenhum risco para os participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhum

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: 1633-5180 Fax: 1633-6180 E-mail: cephumanos@power.ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



SÃO CARLOS, 01 de Outubro de 2012

Assinado por:
Daniel Vendruscolo

(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: 1633-5180

Fax: 1633-6180

E-mail: cephumanos@power.ufscar.br

APÊNDICE 1

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO CAPSi

Data: Local:

Nome do respondente:

Vínculo com o serviço:

1) Tempo de funcionamento do serviço:

2) Área de abrangência:

3) Número total prontuários registrados:

4) Número total de usuários em tratamento de acordo com o censo do serviço:

5) Número de usuários adolescentes em tratamento de acordo com o censo:

6) Qual a faixa etária dos adolescentes em tratamento de acordo com o Censo?

7) Qual a porcentagem de usuarios adolescentes do sexo masculino/feminino?

8) Número de usuários atendidos atualmente por mês:

9) Quais são os profissionais que compõem a equipe?

10) Na sua opinião, ou da equipe, há falta de algum profissional? Alguma especialidade?

11) Há algum tipo de supervisão clínico/institucional disponível para a equipe? Como funciona? Quem participa? Com que frequência?

12) Como os usuários chegam ao CAPSi?

- 13) Quais são os programas, projetos e atividades oferecidos pelo serviço?**

- 14) O CAPSi possui um projeto terapeutico institucional ou um projeto terapeutico institucional próprio? O que contem nele?**

- 15) Existe Projeto Terapeutico Singular para os usuarios do CAPSi? Como funciona?**

- 16) Na proposta deste CAPSi há a preocupação ou interesse em relação ao cotidiano dos usuários adolescentes? Fale sobre isso..**

- 17) Pensando na inclusão social dos usuarios, quais são as atividades realizadas no CAPSi que visam trabalhar sob este enfoque? Fale sobre isso**

- 18) Quem são os técnicos envolvidos nas atividades, grupos, oficinas e atendimentos específicos aos adolescentes?**

- 19) Você verifica que ocorre articulação do serviço com outros equipamentos de saúde, educação, cultura, etc? Como estas parcerias ocorrem?**

APÊNDICE 2

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES

Data:**Local:****Nome do Respondente:****Idade:****Escolaridade:****Parentesco/grau de relacionamento:****Dados de Identificação do adolescente****1) Nome:****Sexo:****2) Idade:****data de nascimento:****3) Frequenta a escola:****Escola Publica/privada:****Horário:****4) Escolaridade:****Série:****Repetência:****5) Trabalho:****Já trabalhou:****6) Composição familiar:****7) Com quem reside:****Idade:****Escolaridade:****Profissão:****8) Responsável pelo adolescente:**

9) Renda familiar:

10) Participa de algum programa de transferência de renda:

Dados Clínicos

11) Diagnóstico/queixa principal/intensidade, frequência e abrangência da queixa:

12) Já teve alguma internação:

Quantas:

Quando foram as internações :

Quanto tempo de internação:

Em que tipo de instituição:

13) Início e histórico do problema:

14) Modalidade de inserção no CAPSi (intensivo, não intensivo, semi intensivo):

15) Qual o profissional de referência?

16) Dias que frequenta o CAPSi:

17) Há quanto tempo frequenta o serviço:

18) Atividades e grupos que participa no serviço e técnicos que acompanham:

19) Acompanhamentos em demais serviços de saúde, sociais:

APÊNDICE 3**ROTEIRO DE ENTREVISTA - ADOLESCENTE****Data:****Local:****Nome:****Idade:****Cotidiano**

- 1) **Descreva o seu dia a dia desde a hora que você acorda até a hora que você vai dormir...**
- 2) **Descreva o seu final de semana desde a hora que você acorda até a hora que você vai dormir...**
- 3) **O que você acha difícil em sua vida, no seu dia a dia?**
- 4) **O que você vê de melhor em sua vida, no seu dia a dia?**
- 5) **Sobre suas qualidades, me fale sobre elas...em que elas te ajudam no dia a dia?**
- 6) **Sobre suas dificuldades, me fale sobre elas...em que elas interferem no dia a dia?**
- 7) **Como você procura enfrentar e lidar com essas dificuldades?**
- 8) **Sobre o seu dia a dia e as coisas que você faz, o que você mais gosta de fazer? Liste 3 e fale sobre isso)**
- 9) **O que você gostaria de fazer em seu dia a dia que não faz agora?**
- 10) **O que é mais difícil fazer em seu dia a dia?**

Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil – CAPSi

- 11) **Porque você acha importante ter que vir no CAPS?**

- 12) **O que aconteceu na sua vida que indicaram que você frequentasse o CAPS?**

- 13) **Como era sua vida antes de frequentar o CAPSi?**

- 14) **O que mudou na sua vida cotidiana depois que você começou a frequentar o CAPS?**

- 15) **Vir para o CAPS mudou as coisas que você faz?**

- 16) **O CAPSi, as pessoas que frequentam, os profissionais, amigos, atividades, você acha que te ajudam? Fale sobre isso...**

- 17) **Você gostaria que te ajudassem em mais alguma coisa? Em casa, na escola, nos relacionamentos? Fale sobre isso...**

- 18) **Você convidaria algum amigo seu para participar das atividades oferecidas pelo CAPSi? Por que?**

Escola/ Trabalho

- 19) **Se você estuda, me conte sobre a sua escola...como é a escola pra você?**

- 20) **Se você trabalha, me conte sobre seu trabalho...como é o trabalho para você?**

Relacionamentos e Rede social

- 21) Como é sua família? Me conte sobre ela...(O QUE FAZEM JUNTOS, RELACIONAMENTOS, AFETOS, SUPORTE)
- 22) Além dos familiares que vivem com você... como é o restante de sua família? Vcs se encontram? Visitam? Se relacionam?
- 23) Quando você está com algum problema, qualquer tipo de problema, com quem você pode contar? Por que? Fale sobre isso...
- 24) Quais as pessoas você considera importante e que faz parte do seu dia a dia?
- 25) Você tem amigos? Fale sobre isso...(SE A RESPOSTA FOR NÃO, PEDIR PARA FALAR SOBRE ISSO)
- a) de onde vcs se conhecem?
 - b) quala idade deles?
 - c) o que fazem juntos?
 - d) com que frequencia fazem essas coisas juntos?

Futuro

- 26) Quais são seus planos para o futuro?
- 27) Como você pensa em alcançar seus objetivos e planos?

Inclusão social

- 28) Situação: Um garoto (a) de 14 anos está começando a sair mais e também está prestando mais atenção nas pessoas a sua volta. Nem sempre é fácil, as vezes ele (a) não sabe bem o que fazer, ou falar, outras vezes ele tem dúvidas se as pessoas gostam da sua presença ou se querem ele por perto.

- a) O que você acha dessa situação?
- b) O que você acha que poderia ajuda-lo?

Fale sobre isso...

29) Para terminar, quais são as pessoas que estão presentes no seu dia a dia, que te conhecem bem para que eu possa conversar sobre você e sua rotina, seu cotidiano?

Pessoas da Escola:

Pessoas da Família:

Pessoas do Capsi:

Pessoas de Outros lugares:

Destes, escolha 1 ou 2 que mais te conhecem...ou que seria melhor para conversarem comigo:_____

APÊNDICE 4**ROTEIRO DE ENTREVISTA - REDE SOCIAL****Dados de identificação****Nome:****Sexo:****Idade:****Escolaridade:****Estado civil:****Desde quando:****Tipo de relação com o adolescente:****Trabalho:**

- 1) **Como é sua relação com o adolescente? Fale sobre isso...**
- 2) **Fale sobre a vida do adolescente no dia a dia trabalho, escola, família, lazer, relacionamentos.**
- 3) **O que você acha que o adolescente mais gosta de fazer no dia a dia?**
- 4) **O que ele menos gosta de fazer no dia a dia?**
- 5) **Quais são as facilidades do adolescente?**
- 6) **Quais são as dificuldades?**
- 7) **Ele está em acompanhamento no CAPSi... você acha que está ajudando? Em quê?**
- 8) **O que mudou na vida dele depois que começou a frequentar o CAPSi?**

- 9) Há algo que você considera que poderia auxiliar o adolescente a melhorar seu dia a dia? O que e como poderia ser alcançado?**
- 10) Você acha que a vida dele, o seu dia a dia é igual ao dia a dia de outros adolescentes da mesma idade? Ele faz as mesma coisas, frequenta os mesmos lugares como todos? Fale sobre isso...**
- 11) Na sua opinião, o que você acha que poderia ajudá-lo a ter mais contato com as pessoas, ter um bom relacionamento e fazer as atividades comuns dos adolescentes de sua idade?**