



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

EMANUELA DINIZ LOPES

**GUIA BRASILEIRO DA GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS: UMA
ESTRATÉGIA PARA DAR VOZ A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS**

FORTALEZA

2018

EMANUELA DINIZ LOPES

**GUIA BRASILEIRO DA GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS: UMA
ESTRATÉGIA PARA DAR VOZ A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNOS MENTAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Linha de pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

Coorientadora: Prof^a Dra. Jurema Barros Dantas.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- D61g Diniz Lopes, Emanuela.
 Guia brasileiro da Gestão Autônoma de Medicamentos : uma estratégia para dar voz a crianças e adolescentes com transtornos mentais / Emanuela Diniz Lopes. – 2018.
 100 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2018.
 Orientação: Prof. Dr. Ana Paula Soares Gondim.
 Coorientação: Prof. Dr. Jurema Barros Dantas.
1. Autonomia Pessoal. 2. Crianças e Adolescentes. 3. Saúde Mental. I. Título.

CDD 615

Aluna: Emanuela Diniz Lopes

Título: Guia brasileiro da Gestão Autônoma de Medicamentos: uma estratégia para dar voz a crianças e adolescentes com transtornos mentais

Defesa em: 28/06/2018

Banca Examinadora:

Profª Dra. Ana Paula Soares Gondim – Orientadora

Profª Dra. Jurema Barros Dantas – Coorientadora

Profª Dra. Mirian Parente Monteiro

Profª Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Riba Lopes e Maria Arlete**,
pelo incentivo ao estudo desde a minha terna infância, por acreditarem na minha capacidade e suportarem a distância todos esses anos.

À minha **família**,
por compreender as ausências, pelo cuidado e apoio incondicional.

À minha melhor amiga e sobrinha, **Amanda**,
que mesmo estando distante há 11 anos, nunca perdemos o elo que desde cedo nos uniu.

Ao meu melhor amigo e namorado, **Paulo Andrei**,
por compartilhar comigo essa caminhada e, ainda sim, ser meu refúgio nas horas mais difíceis.

À minha amiga fiel e filha de coração, **Felicity**,
por complementar minha vida com suas travessuras e ensinar-me tanto sobre o amor.

Aos amigos da faculdade e da vida, **Hojânia, Laurício e Talysson**,
por terem compartilhado comigo um dos melhores anos da minha vida.

À minha orientadora, **Profª Drª Ana Paula**,
por me incentivar a acreditar na profissão farmacêutica no campo da saúde mental.

Aos colegas do **LISFARME**,
pela troca de experiência e aprendizado. São eles: **Antônio Carlos, Felipe, Octávio, Érina, Ingrid, Manoel, Nádja, Nívia, Gabi, e tantos outros**.

Às **crianças e adolescentes** do CAPS i,
por me permitir adentrar na história de cada um e, com isso, me ajudar a compreender o
sentido de felicidade.

RESUMO

A implementação da Política Nacional de Saúde Mental no cenário do Sistema Único de Saúde é reflexo dos movimentos de reforma psiquiátrica que aconteceram no Brasil e no mundo na década de 90. Novos desafios foram propostos para essa área, tais como a criação de redes substitutivas ao modelo hospitalocêntrico de outrora, as pessoas com transtornos mentais são então resguardadas do direito e autonomia que lhes havia sido retirado. Os Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenil são os locais destinados ao tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, eles devem oferecer espaços de assistência, convivência, política e gestão. Porém, o que se percebe é um processo de trabalho dominado pelo modelo biomédico que favorece o surgimento de novos diagnósticos que hipervaloriza o tratamento farmacológico. Nesse contexto, o Guia brasileiro de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM-BR) surge como ferramenta de trabalho em grupo que enseja o aumento da participação dos usuários sobre seu tratamento, tornando o protagonista nesse processo. Esta investigação objetiva construir recursos para a adaptação do GGAM-BR para crianças e adolescentes com transtornos mentais, utilizando uma abordagem qualitativa. Para a obtenção dos dados, realizamos duas etapas: a) Realização de grupos terapêuticos com crianças utilizando o GGAM-BR adaptado com dinâmicas e atividades compatíveis com o público a ser trabalhado. Para isso, houve, inicialmente, a aproximação com o serviço, a rotina e, por fim, as atividades dos grupos terapêuticos; b) Entrevista semiestruturada com os adolescentes, familiares e profissionais do CAPS i. O roteiro da entrevista foi embasado pelas questões do GGAM-BR e envolveram o dia a dia dos adolescentes, a rede de apoio, função dos atores envolvidos no tratamento de crianças e adolescentes e a frase “Eu sou uma pessoa ou uma doença?”. Os dados foram organizados e analisados através da análise de narrativas de onde emergiram as quatro categorias temáticas. Os resultados foram estruturados nos dois momentos principais: a) o GGAM-BR trabalhado com a criança por meio de atividades lúdicas e dinâmicas que possibilitou discutir: o processo saúde/doença, direitos e deveres e autonomia; b) das entrevistas com os adolescentes, familiares e profissionais do CAPS i emergiram quatro categorias temáticas: Equipamentos de saúde mental sob o olhar de adolescentes com transtornos mentais; Os desafios de lidar com a doença mental; Experiência com os psicotrópicos; e a Função dos atores (usuário/ família/ profissionais do serviço) no processo de cuidado. Conclui-se que o uso do GGAM-BR como dispositivo norteador na condução de grupos terapêuticos destinados a crianças e adolescentes com transtornos mentais favorece não só um espaço de valorização da fala dessas pessoas, mas também oportunidade de compartilhamento, vinculação e cogerência entre usuário, família e profissional do serviço.

Palavras-chave: Autonomia Pessoal; Crianças e Adolescentes; Saúde Mental;

ABSTRACT

The implementation of the National Mental Health Policy in the Unified Health System scenario is a reflection of the psychiatric reform movements that took place in Brazil and in the world in the decade of 90. New challenges were proposed for this area, such as the creation of a substitutive to the hospital-centered model of yore, people with mental disorders are then guarded from the right and autonomy that had been withdrawn from them. The Centers of Child and Adolescent Psychosocial Care are the places for the treatment of children and adolescents with mental disorders, it must offer spaces for care, coexistence, politics and management. However, what is perceived is a work process dominated by the biomedical model that favors the emergence of new hypervalorizing diagnoses and pharmacological treatment. In this context, the GGAM -BR (Brazilian Guideline on Autonomous Management of Medicines) emerges as a tool for group work that leads to increased participation of users in their own treatment, making them the protagonist in this process. This research aims to build resources for the adaptation of GGAM-BR to children and adolescents with mental disorders. The choice of the qualitative approach as methodology of this research is related to the subjective nature of the object in focus. The techniques used to obtain the data followed two stages: the first one begins with the observation of the service, its routine and the activities in therapeutic groups. Afterwards, therapeutic groups with children were performed using GGAM-BR as guiding instrument. The second step was the partial contact of the adolescents with the GGAM-BR ,through a semi-structured interview, which was based on the content and some activities of the GGAM-BR. The interview was conducted with adolescents, their relatives and the professionals of the service. The data were organized and analyzed through the analysis of narratives. The narrative, as methodological practice, aims to reconstruct realities, being very useful when trying to understand the individual or social daily routine. The results were structured in the two main moments, the GGAM-BR worked with the child and then with the adolescent. It is noteworthy that through ludic and dynamic activities there was the possibility of discussing with the child: the health/disease process, rights and duties and autonomy. In the interviews with the adolescents were found four thematic categories: Mental health equipment under the eyes of adolescents with mental disorders; The challenges of dealing with mental disorders; Experience with psychotropics; and the role of the actors (user / family / service professionals) in the care process. It is concluded that the use of GGAM-BR as a guiding device in the conduct of therapeutic groups for children and adolescents with mental disorders favors not only a space for valuing their speech but also the opportunity for sharing, linking and co-management between users, family and professional service.

Keywords: Personal Autonomy; Children and Adolescents; Mental health;

LISTA DE ABREVIACÖESS E SIGLAS

AVD	Atividades de Vida Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
ESF	Estratégia Saúde da Família
GGAM - BR	Guia brasileiro de Gestão Autônoma de Medicamentos
LISARME	Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil
LME	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SER	Secretaria Executiva Regional
SUS	Sistema Único de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAGE	Sala de Apoio de Gestão Estratégica
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TEA	Transtorno do Espectro Autista

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Estruturação dos objetivos de cada “passo” do GGAM-BR	21
FIGURA 2- A rede de apoio de Henrique.....	35
FIGURA 3 - Mapa do Henrique	36
FIGURA 4 - Representação dos órgãos e suas funções, segundo Henrique.....	37
FIGURA 5 - Túnel da saúde feito por Henrique.....	38
FIGURA 6 - Rede de Apoio de Caio, adolescente de 15 anos.....	53
FIGURA 7 - Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. As figuras são, respectivamente, de Heitor e Sara.....	74
FIGURA 8 - Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. A figura é de Nicole.....	75
FIGURA 9 - Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. A figura é de Marina.....	76

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: <i>tema, justificativa e objetivos.</i>	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	A criança como ator social	13
2.2	Cenário brasileiro da saúde mental infantojuvenil pós-reforma psiquiátrica	16
2.3	Medicalização da infância	18
2.4	A Gestão Autônoma do Medicamento	20
3	PERCURSO METODOLÓGICO	24
3.1	Descrição do estudo	24
3.2	Cenário do estudo	24
3.3	Sujeitos do estudo	25
3.4	Técnicas para a obtenção da coleta de dados	26
3.5	Processamento e interpretação dos dados	28
3.6	Aspectos éticos	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO: *tema, justificativa e objetivos.*

Esta dissertação originou-se do projeto “guarda-chuva” intitulado “GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO” que tem por objetivo o desenvolvimento de grupos terapêuticos com crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A fim de dar início às ações deste projeto, o Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infanto-juvenil – LISFARME desenvolveu atividades no CAPS i através do projeto de extensão “*Centro de assistência farmacêutica e saúde mental para o desenvolvimento de habilidades e competências*” no qual a presente autora participou na qualidade de bolsista durante os anos de 2013 e 2014.

O projeto de extensão fundamentou-se no campo da assistência farmacêutica e em suas ações utilizou o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos versão brasileira (GGAM-BR) como instrumento norteador de grupos terapêuticos com cuidadores de crianças e adolescentes. Nos anos seguintes, a expansão do projeto teve destaque com a ampliação dos grupos e a participação de acadêmicos dos cursos de farmácia e de psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) juntamente com a pesquisadora, agora na qualidade de mestrandia, sendo destaque e recebendo a premiação da Revista Extensão em Ação da UFC (LOPES *et al.*, 2016).

A participação no projeto culminou com a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso, denominado “Autonomia dos cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: intervenção em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza – CE” que teve por objetivo geral compreender os efeitos da aplicação do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM) para cuidadores de crianças e adolescentes de um CAPS i (LOPES, 2014).

O Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos versão brasileira (GGAM-BR) é uma adaptação do modelo desenvolvido no Canadá, trata-se de uma iniciativa para fomentar a participação dos usuários dos serviços de saúde mental nas decisões sobre seu tratamento (ONOCKO CAMPOS *et al.*, 2012; PASSOS *et al.*, 2012). Ao ser utilizado com usuários adultos do serviço de saúde mental, o GGAM-BR possibilitou a criação de espaços de cogestão do tratamento e para dar voz à pessoa, ampliando, assim, sua autonomia. Os

profissionais de saúde, por outro lado, assumem um papel mais crítico de suas práticas clínicas e entendem a importância da valorização da voz do usuário (SANTOS, 2014a).

Contudo, defrontamo-nos com o fato de não haver na literatura artigos que abordem o GGAM-BR com crianças e adolescentes com transtornos mentais, uma vez que o instrumento foi traduzido e adaptado para usuários adultos (PASSOS, 2013). Contudo, entendemos que é fundamental propiciar espaços que valorizem a fala de crianças e adolescentes portadores de saúde mental, uma vez que há um crescente uso de medicamentos pelo público infanto-juvenil no contexto do Brasil pós-reforma psiquiátrica. Isso exige a reorientação do modelo de atenção em saúde mental, visando definir estratégias que foquem cada vez mais na desinstitucionalização do tratamento e inserção do indivíduo na sociedade (BENEVIDES *et al*, 2010).

As ciências sociais consideram como fonte confiável para investigação qualitativa aquele indivíduo produtor de discurso (MARTINS, 1993). Colocar a criança como ator social é dar-lhes um posicionamento de sujeito “*competente, ativo, crítico e comunicativo e, conseqüentemente, capaz de se posicionar a respeito das situações e relações que mais diretamente lhe afetam.*” (RODRIGUES; BORGES; SILVA, 2014, p.285).

À vista deste panorama, delimitamos a seguinte questão norteadora: *Como a adaptação do GGAM-BR pode ser mais efetiva no processo terapêutico da criança e do adolescente que frequenta o CAPS i?*

O objetivo principal desta dissertação incidiu em construir recursos para a adaptação do Guia brasileiro da Gestão Autônoma de Medicamento (GGAM- BR) direcionado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Os objetivos secundários se voltaram a: a) identificar como acontecem as terapias não farmacológicas voltadas para crianças e adolescentes do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i); b) adaptar e aplicar o GGAM-BR para crianças e adolescentes do CAPS i; c) Descrever os equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inclusive o CAPS i, pela ótica dos adolescentes; d) Compreender as experiências adolescentes e seus responsáveis sobre o lidar com o transtorno mental e o uso de psicofármacos; e e) contrastar a percepção de adolescentes, familiares e profissionais do serviço sobre os seus papéis no CAPS i.

Para alcançarmos os objetivos acima citados, foi necessário organizar esta dissertação em quatro capítulos. O primeiro capítulo refere-se à fundamentação teórica o

qual contém uma discussão sobre a saúde mental no Brasil pós-reforma psiquiátrica, articulando, principalmente, com a temática da saúde mental infanto-juvenil, o contexto social da medicalização da vida e da infância e, por fim, o uso do GGAM como estratégia de cogestão e empoderamento do usuário. O segundo capítulo é dedicado ao percurso metodológico seguido neste estudo, envolvendo: o desenho do estudo, o cenário de desenvolvimento da pesquisa, os sujeitos envolvidos, a obtenção do material de estudo, análise dos dados e os aspectos éticos.

O terceiro segmento expõe os resultados, o qual foi estruturado em dois pontos principais, o primeiro versa sobre a aplicação completa do GGAM – BR com a criança e o segundo momento diz respeito à aplicação parcial do GGAM – BR com os adolescentes, os resultados foram simultaneamente relacionados aos dados encontrados na literatura. Por fim, o quarto capítulo é referente às considerações finais desta investigação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a perspectiva do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos versão brasileira (GGAM-BR) para crianças e adolescentes que frequentam o CAPS i propomos transcorrer sobre o posicionamento da criança como ator social. Em seguida, faremos um resgate da saúde mental pós-reforma psiquiátrica, destacando o cenário infanto-juvenil. Trataremos, também, da medicalização social e o poder do discurso biomédico sobre as práticas de saúde mental infanto-juvenil. E finalmente, fazemos um breve histórico do GGAM-BR na construção da cogestão e autonomia de pessoas com transtornos mentais.

2.1 A criança como ator social:

A saúde mental é uma área de conhecimento inter e transdisciplinar, além de intersetorial. O que significa dizer que as ações e as práticas nesse campo devem estar além de meras definições biológicas. Para atuar nessa área os profissionais deve ter um conhecimento amplo sobre a filosofia, a sociologia, a história e a antropologia (LANCETTI & AMARANTE, 2006).

Minayo (2006) fala como a antropologia pode contribuir com a saúde, são estes os pontos citados pela autora: repensar os conceitos biomédicos, desvendar a estrutura dos mecanismos terapêuticos, mostrar as relações entre saúde/doença e a realidade social e as formas de abordagem do processo saúde/doença. Entretanto, ressalto aqui que o fato de considerar os fatores histórico-culturais dos indivíduos e das coletividades envolvidos no processo saúde/doença é uma forma de contextualizar esses sujeitos.

Os profissionais da saúde estão firmados no rígido modelo biomédico, que além de serem movidos por uma lógica *adultocêntrica*, que não reconhece a criança como ator social reforça um modelo de saúde individualizado e descontextualizado (BERGNEHR; NELSON, 2015). Devemos nos desprender da ideia da criança como mero produto do mundo *adultocêntrico* e compreender o que Cohn (2005) chama de “*criança atuante*”, ou seja, aceitamos que a criança tem sua própria relação social. Dessa forma, compreenderemos o *ser* e o *estar* criança em seu próprio meio e do modo como ela percebe tudo isso.

Em seu livro *Sociologia da Infância*, William Corsaro (2011) reforça a necessidade do protagonismo infanto-juvenil frente ao processo saúde/doença e, entre outras coisas, procura desvincular a criança de um mero “*apêndice*” de algumas categorias de adulto. Para tanto, faz-se necessário considerar os contextos sócio, históricos e culturais desses

indivíduos (CORSARO,2011; PRESTES, 2013).

Um estudo de revisão que analisou o posicionamento discursivo de crianças com transtornos mentais utilizou como metodologia a pesquisa-ação participativa. Nela, os autores evidenciaram que a participação das crianças em pesquisas científicas ainda acontece de maneira passiva e retratada por adultos. Os autores ainda reforçam, ainda, a necessidade de colocar as crianças como utilizadores dos serviços e portadores de direitos (LIEGGHIO; NELSON; EVANS, 2010).

Em 2005, Delgado & Muller (p.354) citam as principais dificuldades para a realização de pesquisas com crianças. Seguem relacionadas abaixo:

1. *Lógica adultocêntrica* – [...] enfatizam que é necessário um interesse pelas crianças, pelos modos como negociam e interagem em grupos, ou seja, “o que se passa ‘entre’ elas, e não ‘dentro’ delas. Procuramos os significados das crianças e não dos adultos”.
2. *Entrada no campo* – [...]“Descobrir”, para estes pesquisadores, também tem um significado de desafiar o que a cultura sabe, e o que quer saber, e exige procurar respostas em lugares que geralmente evitamos, por processos pouco conhecidos.
3. *Ética* – [...] Entendendo que entrar na vida das outras pessoas é tornar-se um intruso, faz-se necessário obter permissão, que vai além da que é dada sob formas de consentimento, e isso raramente é feito com as crianças. [...];

Na modernidade, a criança exerce dois papéis sociais descritos pelo Estado – através do exercício do direito à educação – e pelas famílias, que é o de ser “*filho*” e por meio deste exercer a socialização dentro da família; e o de ser “*aluno*” (SARMENTO; MARCHI,2008). A escola que, na maioria das vezes, agrupa todas as crianças a um só modelo, com funções e comportamentos pré-estabelecidos, ignoram as particularidades dos indivíduos. Conseqüentemente, o termo teórico de “*ser criança*” está associado ao exercício desses dois papéis. Quando, por algum motivo, lhe é privado algum desses direitos, não se vive o “*ser criança*” plenamente e, então, têm-se o que Sarmiento e Marchi (2008, p.8-9) chamam de “a não-criança”.

Assim, embora a categoria “não-criança” possa ser estendida a outros tipos de crianças que não tenham reconhecida por parte da sociedade a sua condição infantil, aqui nos referimos somente às crianças que não desfrutaram da infância por conta de uma situação socioeconômica miserável e, mais especificamente, por escaparem às instituições que, a partir da modernidade estão encarregadas da sua socialização: a escola, a família (e, na falta destas, o Estado).

Para entender as experiências subjetivas vividas pelas crianças em seus meios sociais é preciso ouvir suas histórias. Aspectos relacionados ao gênero, raça, classe social e cultural são fundamentais para a compreensão dos problemas mentais (LIEGGHIO; NELSON; EVANS, 2010). Estes autores reforçam ainda a importância de pesquisas inclusivas, que

coloquem o usuário dos serviços de saúde mental, principalmente as crianças, como protagonistas da ação, sem subestimar suas ideias e suas vozes.

O que se observa é que as práticas de saúde mental têm estado à parte das recomendações feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) através da “Carta de Ottawa” datada de 1986, que diz que o Estado deve “*promover a saúde por e com as pessoas, e não sobre ou para as pessoas*” [Tradução da autora] (LIEGGHIO; NELSON; EVANS, 2010, p.).

Na saúde, fala-se em emponderamento, seja ele comunitário ou individual, desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) ocorrida na cidade de Ottawa no Canadá. Dela originou-se um documento conhecido como Carta de Ottawa onde são apresentados alguns recursos e condições fundamentais para o estabelecimento da saúde, dentre eles estão o “Reforço da Ação Comunitária” e o “Desenvolvimento de Habilidades Pessoais” que afirmam, respectivamente, que:

[...] o centro deste processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes para intensificar a auto-ajuda e o apoio social, e para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

[...] as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas.

Assim, as ações em saúde e os modelos de trabalho dos profissionais de saúde devem estar centrados nessas duas premissas. Evitando-se que as decisões sejam impostas aos usuários dos serviços, em qualquer nível de atenção à saúde. Os sujeitos devem deter o controle dos determinantes da saúde, individual e coletiva, a fim de que questionem, reflitam, decidam e ajam de forma consciente sobre seu próprio cuidado (HAESER; BUCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Ao realizar uma análise crítica do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Furtado e Szapiro (2016) fazem uma crítica sobre a autonomia individual tratada neste documento. Uma vez que, para a PNPS ser “capaz de se autorregular, de ser gestor e responsável por sua própria saúde e riscos” coloca o indivíduo em uma situação que extrapola as decisões individuais e que, na verdade, trata-se de problemas coletivos.

É ainda mais difícil falar de autonomia quando se trata da saúde de crianças e adolescentes. Legalmente, a proteção integral às crianças e aos adolescentes é garantida, no

cenário internacional, com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança – 1989 e, no cenário nacional, com a Constituição Federal - 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente – 1990 (ARANTES, 2009). Contudo, ainda que possua os direitos, a criança ou o adolescente não possui a autonomia plena para administrá-los, eles necessitam de um responsável legal, que fale e tome as decisões que acha mais sensata.

No cenário da saúde, a fala, muitas vezes, é dada apenas para o detalhamento de alguma sintomatologia, quando este lhe é feito. Indo de contra ponto a esse pensamento é que em meados do século XX começam a se destacar pesquisas científicas que reconhecem a criança como ator social e a infância como uma categoria social (PRESTES, 2013). Assim, elas começam a ganhar voz mais representativa, as pesquisas passam a ser sobre as crianças e não somente com as crianças.

A autonomia extrapola essa visão biológica fragmentada do indivíduo, pois ela depende, também, do contexto sociocultural no qual ele está inserido. Sendo assim, fatores como a comunidade, a educação, a saúde, a cultura, as leis, a execução da democracia e os valores morais adotados pela sociedade podem ser colaboradores na desconstrução de uma rede de dependência (ONOCKO-CAMPOS; CAMPOS, 2008).

2.2 Cenário brasileiro da saúde mental infantojuvenil pós-reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica foi um movimento internacional que chegou ao Brasil na década de 90. Oficializou-se com a implementação da Lei nº 10.216 de 06 de dezembro de 2001 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) surgiu com o intuito de modificar as práticas de atendimento prestadas aos usuários dos serviços de saúde mental, firmando-lhes o direito a reinserção na sociedade, a um tratamento dentro da comunidade e a autonomia, negado - lhes até então.

Somente com a Portaria nº 336, em 2002, que se instituiu a criação e o funcionamento dos locais de atendimento para os indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2002). Esses serviços diferenciam-se pelo tamanho da população nos locais onde estão inseridos e pelo público a que se destinam, como descritos a seguir.

CAPS I: Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Ter

pelo menos dois turnos de funcionamento (diurno e vespertino).

CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Horário de funcionamento além dos dois turnos pode funcionar em horário noturno.

CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Deve constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana; Além de acolhimento noturno, nos feriados e nos finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação.

CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local. Deve funcionar por dois turnos, podendo comportar um terceiro turno.

CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Deve funcionar por dois turnos, podendo comportar um terceiro turno (BRASIL, 2002).

Percebemos que mesmo com a criação das políticas de saúde mental, a oferta dos serviços de saúde mental pouco tem avançado. O total de CAPS no estado do Ceará, segundo a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde, até o mês de março de 2017 é de 131, dividido entre as especialidades CAPS tipo I (65), II (30), III (03), CAPS ad (23), CAPS ad III (03) e CAPS i (07). Esse estado apresenta o segundo maior número de CAPS no Nordeste, ficando a Bahia em primeiro lugar, com uma quantidade total de 223 CAPS. O município de Fortaleza conta com um total de 14 CAPS, distribuídos em: CAPS de especialidade I (01), II (05), III (00), CAPS ad (04), CAPS ad III (02) e CAPS i (02) (BRASIL, 2017).

A desinstitucionalização dos serviços de atenção à saúde mental vai para além dos muros dos manicômios, é um processo de mudanças ideológicas dos profissionais de saúde, dos usuários, das famílias e da comunidade (AMARANTE, 1998). Dessa maneira, a forma do cuidado em saúde mental deve ser centrada: na escuta, no acolhimento e na melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Quinze anos após a criação dos CAPS e de inúmeras lutas para que não se perca o real sentido da reforma psiquiátrica, estudos mostram que os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental ainda têm resistência em trabalhar com esse modelo atenção (FEITOSA *et al.*, 2012). Assim, além de repensar as práticas, deve-se também repensar em uma formação integrada, sem fragmentar o indivíduo e que seja capaz de enxergá-lo como o todo.

Os diagnósticos psiquiátricos são feitos cada vez mais cedo e na saúde mental voltada para infância e adolescência é que nos deparamos com essa realidade frágil. Mesmo com a instituição da PNSM, as ações de saúde mental voltadas para crianças e adolescentes fundamentaram-se na institucionalização do cuidado.

Trabalhadores da saúde e familiares dos usuários reconheceram a necessidade da criação de uma lei voltada para o amparo de crianças e adolescentes. Foi com a II e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, 1992 e 2001, respectivamente, que foram discutidas estratégias de cuidado voltadas especificamente para crianças e adolescentes com transtorno mental (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i) são os locais destinados ao tratamento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico ou que enfrentam problemas com álcool e outras drogas (LYKOUROPOULOS; PÊCHY, 2016). Infelizmente, esses locais ainda não atendem as demandas que essa população carece. Os serviços tornam-se superlotados devido demandas que, em sua maioria, não precisariam ser tratadas nesses locais, alguns exemplos são os problemas de aprendizagem e os transtornos de conduta (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010; COUTO; DELGADO, 2010). Isso dificulta a qualidade do atendimento, reforçando, assim, práticas biomédicas e excludentes.

Em um trabalho de revisão bibliográfica, Taño e Matsukara (2015), discutem o cenário da saúde mental infanto-juvenil no Brasil. Os autores reconhecem que os usuários dos CAPS i devem encontrar nesses serviços espaços para a promoção de cuidado, de saúde, de autonomia e que aumentem a participação social dos indivíduos.

As ações de promoção à saúde devem ser focadas em aumentar o controle dos indivíduos sobre os fatores determinantes de sua saúde e na ampliação da autonomia dos indivíduos e da comunidade para que eles também hajam sobre esses fatores. Assim, a autonomia seria o objetivo central das ações em promoção de saúde (FLEURY-TE IXEIRA *et al.*, 2008).

2.3 Medicalização da infância:

Guiados por um conjunto de comportamentos indesejados à sociedade “normal”, surgem diariamente novos e os mais variados diagnósticos para qualquer comportamento fora

dos padrões. Esses novos diagnósticos surgem no intuito de “tratar” pessoas de comportamentos desviantes, contudo eles acabam por aumentar o número de prescrições médicas e o consumo de medicamentos (CAPONI, 2009; BEZERRA *et al*, 2014). A psiquiatria é um clássico e atual, exemplo dessa limpeza social.

Illich, em 1975, já considerava a medicalização da vida uma consequência do adoecimento social. O medicamento passa a ser utilizado a fim de sustentar a “*máscara sanitária de uma sociedade destrutiva*” (p.92). Além disso, a soberania do modelo biomédico, influenciado, principalmente, pela indústria farmacêutica, gera uma medicina de reparo e manutenção, onde as ações de saúde concentram-se, somente, na cura dos sintomas físicos.

O uso indiscriminado dos psicotrópicos é feito sem levar em consideração seus efeitos negativos. Uma pessoa que busca um serviço de saúde mental tem suas vivências e anseios considerados como sintomas de determinado transtorno mental, mediado por reguladores, puramente, químicos e biológicos. A partir desta conduta, a pessoa a receberá um diagnóstico e um tratamento com psicotrópicos (ONOCKO-CAMPOS, 2008).

A predominância do uso de medicamentos direcionada pelo modelo biomédico torna cada vez menos utilizada as terapias não farmacológicas. Nesse cenário, existe uma verdadeira imposição do tratamento aos usuários, que não encontram um cenário para assumir um posicionamento ativo e acabam não sendo ouvidos (BEZERRA, *et al*, 2014; DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008).

Na tentativa de reduzir o surgimento de doenças mentais na vida adulta, a psiquiatria preocupou-se, também, de tratar a criança (KAMERS, 2013). Dessa forma, a infância também não ficou impune da medicalização social. Lima e Caponi (2011) nos remetem ao fato de que o temor não é pela criança do hoje, mas pelo adulto doente que ela virar a ser um dia.

A sociedade está lotada de infâncias e adolescências não vividas (ROSA; VERAS; VILHENAS, 2015) que chegam aos serviços de saúde mental com demanda para um tratamento. O crescente número de crianças com diagnóstico de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um exemplo. A medicalização do meio escolar torna-se cada dia mais frequente, ainda que professores não percebam melhora nos alunos, mesmo estando medicados.

Um trabalho realizado em um Hospital-Dia na cidade Fortaleza, buscou compreender as práticas desenvolvidas nas abordagens terapêuticas de grupo. O estudo mostrou que o cuidado em saúde mental vai além da administração de psicofármacos. Os grupos terapêuticos permitem aos profissionais da saúde de diversas categorias atuar em

equipe e nele os participantes também podem fortalecer o desenvolvimento de corresponsabilização e autonomia (BENEVIDES, 2010).

O grande desafio hoje é conseguir encontrar estratégias para superar a ideologia medicalizante enraizada na área da saúde. Essas estratégias devem ser pautadas no vínculo, corresponsabilização e na participação do usuário, para que assim, surjam outras formas de acolher o sofrimento das pessoas que vivem com transtornos mentais (MALFITANO; ADORNO; LOPES, 2011).

2.4 Gestão Autônoma do Medicamento:

O GGAM é uma proposta desenvolvida no Canadá, surgiu em 1999 pela Universidade Canadense na cidade de Quebec, o objetivo era a retirada dos psicofármacos e, assim, poderia ser utilizada como terapia substituta a eles. As principais questões que o GGAM abordava eram: 1) Falta de informação sobre os medicamentos prescritos; 2) Efeitos colaterais decorrente do uso dos psicofármacos; 3) Persistência do sofrimento, apesar do uso de medicamentos; 4) Dificuldade de se inserir no mercado de trabalho; 5) Desejo dos usuários de viver sem o medicamento (RODRIGUEZ; PERRON; OUELLETTE, 2008).

Durante o processo de desenvolvimento do instrumento, a partir do que foi observado na fala dos indivíduos que participaram do trabalho, o objetivo no uso do instrumento GGAM mudou. A ênfase no uso do GGAM tornou-se o protagonismo do usuário na gestão do seu tratamento e na qualidade de vida (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012).

A versão original do GGAM foi adaptada à realidade brasileira e aplicada através de uma pesquisa multicêntrica realizada em 2010 envolvendo as seguintes universidades: Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que se dedicaram a validar este dispositivo (RAMOS, 2012).

O principal objetivo do GGAM brasileiro (GGAM-BR) é evitar o abandono do tratamento (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012). Tornar-se cogestivo seria executar os princípios citados anteriormente referentes ao modelo participativo de educação, onde o usuário torna-se protagonista e rompe-se com o modelo verticalizado.

Portanto, o GGAM-BR deve ser entendido como um dispositivo complexo, que envolve o serviço de saúde mental como um todo, em suas várias dimensões, desde a política à gestão, ao cuidado, à ambiência e ao controle social, considerando o cuidado à saúde como processo relacional (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2012).

Através da formação dos grupos os sujeitos podem discutir sobre o tratamento medicamentoso, as dúvidas sobre seu uso, sobre seus efeitos e outros questionamentos por parte dos usuários e de seus cuidadores. Os profissionais de saúde podem observar se houve aumento da adesão e da compreensão sobre o uso dos psicofármacos, melhorando, assim, a qualidade de vida dos usuários (RODRIGUEZ; PERRON; OUELLETTE, 2008).

A figura a seguir mostra como está estruturado o GGAM-BR:

FIGURA 1: Estruturação dos objetivos de cada “passo” do GGAM-BR.

Tabela 3: Estruturação do GUIA GAM.

Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você
Perguntas sobre como cada um se identifica. Reflexão sobre estigma, a força do diagnóstico que cada um recebe, sua importância e suas limitações. "Sou uma pessoa ou uma doença?"
Segundo passo: observando a si mesmo
Perguntas baseadas no autoconhecimento e auto-mapeamento de si. Estimulo à discussão de como cada um cuida de si mesmo nos enfoques econômicos, sociais, de cuidados em saúde e etc.
Terceiro passo: ampliando a sua autonomia
Perguntas baseadas no mapeamento da rede de ajuda e suporte que cada um possui. Reflexões sobre os direitos que cada um possui e quais são eles.
Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos
Perguntas para estimular a identificação dos efeitos que os medicamentos psiquiátricos tem em cada um. Ao mesmo tempo que sublinha-se a importância da experiência singular de cada um para a procura do tratamento ideal, trabalha-se com conceitos de farmacodinâmica, farmacocinética e questões legais relacionadas ao uso de medicamentos
Quinto passo: por onde andamos
Utilizando-se do preceito cognitivo de realizar as mesmas perguntas com formatos diferentes, este passo é dedicado a retomar questões debatidas anteriormente de outros ângulos.
Sexto passo: planejando nossas ações
Planeja-se conjuntamente neste passo, como cada um ou o coletivo poderão levar as questões discutidas para os seus prescritores. Como criar um ambiente de construção compartilhada do tratamento de cada um. E finalmente como cada um pode assumir as decisões de suas vidas de forma coletiva e autônoma.
ANEXO (Informações adicionais)
Anexo 1: Informações sobre alguns medicamentos psiquiátricos Anexo 2: Informações sobre algumas interações medicamentosas Anexo 3: Informações sobre algumas plantas medicinais Anexo 4: Lei 10.216: Lei da Reforma Psiquiátrica.

Agora detalharemos um pouco mais com conteúdo abordado nos “passos” do GGAM. Inicialmente, é interessante o leitor compreender que o GGAM-BR tem um total de seis “passos” e é dividido em duas partes. A “PARTE UM” diz respeito à qualidade vida do usuário e compreende os quatro primeiros passos descritos a seguir (GAM, 2012):

- ☞ PASSO 1: *Conhecendo um pouco sobre você*: parte introdutória, momento utilizado para apresentação dos membros do grupo, as perguntas desse passo ajudam nessa conduta. O passo é finalizado com a provocação “Eu sou uma pessoa, não uma doença”, ela leva o grupo a refletir que o principal objetivo de estar ali é pra falar da pessoa, acima de qualquer diagnóstico.
- ☞ PASSO 2: *Observando a si mesmo*: esse “passo” leva o indivíduo a refletir sobre vários aspectos da vida dele, inclusive a medicação. Reforçando a ideia de que todos eles têm sua importância. Os aspectos abordados nele são o dia a dia, os relacionamentos, as pessoas a sua volta, a saúde, os medicamentos e seus efeitos, além de outras atividades que o indivíduo realiza. Esse é um passo extenso, mas que possibilita aos membros do grupo se conhecerem e conhecerem a rotina uns dos outros.
- ☞ PASSO 3: *Ampliando sua autonomia*: O conceito de autonomia tratado aqui não quer dizer apenas ao indivíduo ser capaz de realizar atividades sozinho, mas dele compreender o seu tratamento (farmacológico e não farmacológico) e possa ser cogestor na tomada de decisão do mesmo. Dentre os temas abordado no passo temos a montagem da “Rede de apoio” do indivíduo, nele estão inclusos pessoas e serviços que podem auxiliá-lo nos momentos difíceis, são anotados o nome, telefone, localização e horários disponíveis. Também faz menção ao “Direitos de quem faz tratamento” traz a para discussão a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde.
- ☞ PASSO 4: *Medicamentos usados na psiquiatria*: Nesse “passo” há uma discussão mais profunda sobre os psicotrópicos, é explicado sobre as classes terapêuticas, indicações, efeitos desejados e efeitos colaterais, os diferentes tipos de receita, como encontrar informações na bula e outros locais de consulta sobre medicamentos. O guia também traz “perguntas frequentes” com as devidas respostas que foram obtidas durante os encontros para adaptação do instrumento no Brasil.

Após esse trajeto, o grupo é convidado a adentrar na “PARTE DOIS”, chamado de “Um caminho para mudanças”. O objetivo é fazer o indivíduo replanejar suas ações.

- ☞ PASSO 5: *Por onde andamos*: é uma proposta de fazer uma recapitulação dos temas abordados até então, há uma repetição de perguntas feitas anteriormente e também uma

forma de averiguar se houve mudança no comportamento do indivíduo após participação no grupo.

- ☛ PASSO 6: *Planejando nossas ações*: a partir dos temas discutidos no instrumento, os membros do grupo podem trabalhar de forma compartilhada os problemas que ainda permanecem. Os indivíduos devem perceber que ali, em grupo junto com outros usuários do serviço e com os profissionais da saúde, eles podem repensar no seu tratamento e em como este ajuda a melhorar sua qualidade de vida.

Após a reforma psiquiátrica, foi proposta uma nova forma de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico. Este cuidado deve envolver o acolhimento, a escuta, inclusão social e melhora da qualidade de vida. As práticas que envolvem as diversas formas de expressão da mente, como a pintura, a dança, a poesia, a música, o teatro, os esportes e os desenhos, ampliam as habilidades e autonomia dos indivíduos (BENEVIDES, 2010). Nesse contexto, os grupos terapêuticos mostram-se uma alternativa terapêutica promissora.

Constatado que no cenário da saúde mental infanto-juvenil pós-reforma psiquiátrica, tem-se o uso do medicamento como ferramenta central no processo de cuidado e o paciente como ator coadjuvante. Percebemos a importância de desenvolver estratégias que reconstrua o lugar do usuário sobre o seu tratamento. Apresento no próximo capítulo o percurso metodológico delineado para poder alcançar os objetivos desta dissertação.

3 PERSURSO METODOLÓGICO

3.1 Descrição do estudo:

Trata-se de um estudo intervenção com abordagem qualitativa, realizado com o intuito de propor elementos necessários para adaptação de um dispositivo terapêutico para a gestão compartilhada do medicamento, direcionado às crianças e os adolescentes com transtornos mentais.

A pesquisa de intervenção é um tipo de pesquisa participativa e como tal, o investigador vivencia a situação investigada, a sua abordagem vai de encontro à hegemonia positivista, pois propõe mudanças de caráter sócio-político, priorizando as coletividades (RODRIGUES; SOUZA, 1987). Ela é uma ação transformadora, uma vez que analisa “*os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas*” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p.71).

Trazida das Ciências Sociais, a pesquisa qualitativa preocupa-se em realizar um aprofundamento do fenômeno estudado e não, somente, com o nível de quantificação que se pode fazer dele (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2015). Assim, devido à subjetividade inerente do objeto a ser trabalhado, saúde mental infanto-juvenil, é certo que o tipo de estudo que responde com mais eficiência a pergunta da pesquisa é abordagem qualitativa.

3.2 Cenário do estudo:

O estudo foi realizado em uma região metropolitana do Nordeste brasileiro. As ações aconteceram em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i) do município. O funcionamento do CAPS i acontece de segunda à sexta-feira, no horário de 08:00 às 17:00. O atendimento pode ser feito pela busca do familiar diretamente ao serviço, denominado de demanda espontânea, ou, então, a criança pode ter sido encaminhado de outro equipamento social, que pode ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), a escola ou o hospital.

O primeiro contato da criança / adolescente com o serviço consiste da presença de um familiar ou responsável, devido a menor idade (abaixo de 18 anos). Estes são atendidos por profissionais de nível superior onde passam por uma avaliação no qual é determinado se o paciente atinge o perfil de atendimento do CAPS i. Para os pacientes que têm perfil CAPS i é traçado um projeto terapêutico singular (PTS) e construído de forma estratégica para atender as necessidades de maior interesse para eles. Quando não contemplados, esses pacientes são

encaminhados para locais adequados e competentes, de acordo com as suas necessidades.

Dentre os serviços ofertados pelo CAPS i, têm-se os atendimentos individuais, as oficinas temáticas e os grupos terapêuticos, que são organizados por faixa etária e por perfil psicológico, coordenada por dois profissionais de formações acadêmicas distintas.

A equipe multiprofissional do CAPS i, onde foi realizado o estudo, é composta pelas seguintes categorias profissionais: assistente social (1), enfermeira (1), técnicos de enfermagem (2), farmacêuticos (2), médicos (2), psicólogos (3) e terapeutas ocupacionais (2). Além dos profissionais que compõem a equipe de gestão (2), administrativo (2), limpeza (2) e segurança (4). O serviço também recebe estudantes de graduação dos cursos de psicologia, farmácia e enfermagem.

3.3 Sujeitos do estudo:

O CAPS i onde a pesquisa foi realizada possui, atualmente, 10.000 prontuários, destes 4.000 estão ativos, ou seja, nos últimos seis meses tiveram algum atendimento no serviço, seja ele de grupo ou individual. Os sujeitos que desejávamos alcançar para participar da pesquisa eram aquelas crianças ou adolescentes cujos pais ou responsáveis frequentassem regularmente o CAPS i e que tivessem um relativo tempo de experiência tanto com o tratamento como com o uso de psicofármacos, ou seja, que já estavam em acompanhamento há pelo menos um ano.

A aproximação com os sujeitos se deu a partir do serviço de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) realizado pela farmácia do CAPS i. O CEAF foi aprovado pela Portaria nº 2981/2009, sua principal característica é garantir a integralidade do acesso aos medicamentos e outras tecnologias em saúde através do uso dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) (BRASIL, 2009).

Os PCDT que são utilizados para atender as demandas da saúde mental são referentes a quatro doenças: Esquizofrenia, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno do Espectro Autista (TEA).

No serviço, havia um total de 38 pacientes com cadastros ativos no sistema de dispensação do CEAF. Mensalmente, os pais ou responsáveis retornam ao serviço para receber o medicamento solicitado através do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) preenchido pelo prescritor de referência (BRASIL, 2013). Durante a dispensação o

responsável juntamente com o adolescente, se o mesmo estivesse presente, eram convidados a participar da pesquisa. Ao final, somente nove famílias manifestaram interesse, com participação efetiva de cinco adolescentes e oito pais ou responsáveis.

Os profissionais do CAPS i inseridos na pesquisa foram aqueles que tinham uma aproximação maior com os adolescentes nas atividades de rotina do serviço, nos grupos terapêuticos e em atendimentos individuais. Buscou-se inserir não somente os profissionais da saúde, mas, também, aqueles que responsáveis por outras atividades do serviço.

Para Minayo (2014, p.197) “*uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo*”. Em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador tem como objetivo aprofundar-se no tema em questão. Portanto, o que se pretende não é a generalização dos fatos e sim a compreensão deles.

3.4 Técnicas para a obtenção da coleta de dados:

Primando pela organização da coleta de dados e posterior análise dos resultados, dividiu-se a fase de coleta dos dados em duas etapas:

- 1ª Etapa – Aproximação do serviço e realização dos grupos terapêuticos:

Esta etapa se deu pela aproximação da pesquisadora com o CAPS i, o objetivo é perceber a rotina do serviço e, especificamente, como são realizados os grupos terapêuticos destinados a crianças e adolescentes. A observação participante é uma técnica de coleta de dados onde o pesquisador imerge no contexto dos sujeitos da pesquisa, ela permite uma vivência mais próxima ao fenômeno estudado (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2015). A observação participante é capaz de obter dados para a elaboração das entrevistas ou de outras técnicas de coleta.

Para guiar a compreensão de como acontecem os grupos terapêuticos para crianças e adolescentes no CAPS i foi utilizado instrumento de “*CARACETRIZAÇÃO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS DO CAPS i*” (APÊNDICE A) e foi preenchida mediante entrevista estruturada com os profissionais que coordenam grupo terapêutico. Além do mais toda e qualquer informação pertinente foi anotada no diário de campo.

Após a observação prévia do serviço e suas atividades, iniciou-se o convite das crianças e adolescentes para participar do estudo, participaram crianças de 06-12 anos e adolescentes de 13-17 anos.

Para as crianças, estruturou-se encontros semanais onde foram trabalhados temas

abordados no Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos – BR. A programação das atividades estão descritas no APÊNDICE B. O objetivo dos encontros foi perceber como as crianças interagem frente aos temas propostos pelo GGAM-BR. Em contrapartida, para os adolescentes, seus responsáveis e os profissionais do CAPS i foram organizadas entrevistas semiestruturadas descritas posteriormente.

- 2ª Etapa – Entrevista semiestruturada:

O objetivo desta etapa foi provocar uma aproximação maior com os atores envolvidos no tratamento no CAPS i, o usuário, as famílias e os profissionais da saúde.

A entrevista realizada com o adolescente, familiares e profissionais baseou-se nos roteiros de entrevista semiestruturada (APÊNDICES C, D e E, respectivamente) e buscou-se as percepções individuais desses atores sobre as seguintes temáticas:

- Dia a dia do adolescente: Resgata na fala do adolescente e da família a rotina do adolescente, a fim de identificar os contextos sociais que estes atores estão envolvidos;
- Rede de apoio: Aplicada aos adolescentes e aos familiares, essa atividade foi retirada do GGAM-BR é chamada de “Pessoas a sua volta” (ANEXO B), pois ela ajuda a refletir sobre as pessoas e equipamentos de saúde que formam a rede de apoio do indivíduo;
- Função dos atores no tratamento de crianças e adolescentes: Para conduzir essa discussão foi proposta uma atividade que levasse o entrevistado a montar um esquema que representa o diálogo entre os três atores (usuário, família e profissional do serviço) dentro do CAPS i. Esta dinâmica tem por objetivo discutir os papéis dos atores envolvidos no tratamento, a função do CAPS i no tratamento de crianças e adolescentes e fazê-los refletir sobre a participação dos usuários na tomada de decisão sobre seu tratamento. Neste tópico, foi incluída, também, a fala do profissional do CAPS i, onde foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada específica para esses sujeitos;
- Compreensão da frase “eu sou uma pessoa ou uma doença?”: Presente do GGAM-BR, a frase está localizada no primeiro passo do guia e leva o indivíduo a uma reflexão sobre o lugar da pessoa no processo de adoecimento.

É importante salientar que na entrevista com os profissionais do serviço foi abordado somente o tema “Função dos atores no tratamento de crianças e adolescentes”, já que os demais temas buscaram valorizar a vivência dos adolescentes e de seus familiares.

Todos os encontros foram gravados e transcritos integralmente pela pesquisadora.

A gravação aumenta o poder de registro dos dados, captam informações que podem passar despercebidas para o pesquisador no momento da coleta, como a entonação da voz, momentos de reflexão choro, silêncios prolongados (BELEI *et al*, 2008).

3.5 Processamento e interpretação dos dados:

Os dados foram obtidos no decorrer da realização dos grupos e, posteriormente, da realização das entrevistas com os sujeitos participantes da pesquisa. Esses foram transcritos e revisadas de modo a garantir os aspectos semânticos e sintáticos das falas dos entrevistados. As informações derivadas dos diários de campo (observação), assim como os recursos pictóricos produzidos durante os grupos e as entrevistas foram armazenados e utilizados na organização, processamento e interpretação das narrativas.

A utilização das mais variadas formas de expressão da linguagem como material de estudo, fornece ao pesquisador uma rica fonte de material para análise e aos sujeitos da pesquisa formas diferentes de expressar seu posicionamento a cerca do tema (DESLANDES; GOMES, 2004).

Os dados foram estruturados na forma de narrativas e posteriormente agrupados em categorias temáticas. A narrativa, enquanto prática metodológica tem por objetivo reconstruir realidades, sendo bastante útil quando se busca compreender o cotidiano individual ou social (BASTOS; BIAR, 2015). Foram selecionados os textos que podem corresponder a uma categoria ou mais categorias de informação para a análise das narrativas.

Flick (2009) fala que durante o processo de construção das narrativas, busca-se construir os fatos intercalados, a partir do ponto de vista de quem narra a história. Atribuindo um sentido baseado na subjetividade dos sujeitos que vivem os fenômenos (MOUTINHO; CONTI, 2016).

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, este teve sua realização aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO B) através do parecer nº 1.482.808.

Os profissionais de saúde que estão envolvidos com os grupos terapêuticos do CAPS i, assim como as crianças/adolescentes e seus familiares que participaram das entrevistas semiestruturadas, serão informados sobre os aspectos dessa pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES F e G). E por questões éticas foram usados nomes fictícios tanto para as pessoas, quanto para os locais.

Reconhece-se que os entrevistados podem sentir-se constrangidos ou desconfortáveis ao serem abordados para participar do estudo e ao fornecer informações relacionadas aos seus tratamentos e rotina no serviço de saúde. Será garantido a eles o acesso aos procedimentos da pesquisa, bem como a opção de desistência do estudo. Essa pesquisa seguirá as diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta dissertação é produto de um estudo de intervenção com abordagem qualitativa e buscou construir recursos para a adaptação do Guia Brasileiro da Gestão Autônoma de Medicamento (GGAM- BR) direcionado a crianças e adolescentes com transtornos mentais. A seguir, apresentamos os resultados estruturados em quatro categorias empíricas.

A primeira categoria que emergiu foi quanto à experiência do uso do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos- BR (GGAM-BR) para acompanhamento de uma criança no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i), desde a trajetória de aproximação com o serviço, a identificação do retrato situacional dos grupos terapêuticos destinados às crianças e adolescentes e por fim a observação participante, através da qual pude propor e acompanhar um grupo terapêutico.

A segunda categoria é reconhecida pela experiência parcial do uso do GGAM com adolescentes, realizou-se entrevista semiestruturada, de onde emergiram as quatro subcategorias: uso dos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a tessitura dessa rede sob a ótica dos adolescentes e de seus familiares é importante para compreendermos como acontece a articulação do sujeito entre os diferentes níveis de atenção psicossocial e como ela está posicionada dentro da rede de apoio dos usuários; A segunda subcategoria discorre sobre o lidar com a doença mental, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, às mudanças que ocorreram na vida do adolescente e suas perspectivas futuras.

A terceira versa sobre as diversas experiências com uso do medicamento, sejam elas positivas ou negativas, o lugar do medicamento na vida dos jovens e seu poder de decisão dentro do tratamento. Por fim, a quarta categoria que mostra a compreensão dos papéis dos atores (usuários, família e profissionais do serviço) envolvidos no tratamento das crianças e adolescentes dentro do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPS i). Foi percebido como cada um deles enxerga sua função dentro do processo de cuidado. Para, enfim, propor estratégias para a cogestão do adolescente em seu tratamento.

4.1 Experiência completa com uso do GGAM-BR:

4.1.1 Contexto Social da Pesquisa

Os casos descritos nesta dissertação acontecem em Ponta Sul, uma metrópole localizada na região Nordeste do país. A cidade originou-se ao redor de um forte, que marcou a ocupação e o surgimento da cidade como elemento protetor daqueles que a colonizaram. A

economia local avançou baseada no comércio. Futuramente, a cidade, assim como sua região metropolitana, começa a despontar como um verdadeiro polo industrial com a implantação do Distrito Industrial no final da década de 70 (DE FARIAS, 2015).

Ponta Sul possui uma área de 313,8 Km² e uma população de cerca de 2.627.482 de habitantes, é a principal cidade de sua microrregião (IBGE, 2010). Além de ter seu grande potencial centrado no turismo, ela concentra as principais universidades, centros educacionais, comércios, indústrias, com destaque para a produção de calçados, produtos têxteis, couros e alimentos. No que diz respeito à saúde, Ponta Sul, também, detém dos principais equipamentos da sua região, alguns com referência a nível nacional.

4.1.2 Da aproximação do serviço à observação

Nesse momento, procurou-se conhecer a rotina do serviço, principalmente no que diz respeito ao funcionamento dos grupos terapêuticos destinados a crianças e adolescentes no CAPS i de Ponta Sul. No serviço existe uma planilha onde são registrados os participantes encaminhados para cada grupo terapêutico, seja ele criança/ adolescente ou a família.

Através da análise destas planilhas pudemos identificar que o número total de grupos terapêuticos é 26, desses 11 grupos são destinados aos cuidadores das crianças e adolescentes, como previsto pela Lei 10.216/01 que os serviços de saúde mental devem dar suporte aos pacientes e familiares dos serviços (BRASIL, 2001). Outros 11 grupos são ofertados para crianças e mais 04 grupos para adolescentes.

Para um local que tem cerca de 4.000 prontuários ativos e apenas 118 crianças/adolescentes têm acesso a essa opção terapêutica, é fácil perceber que existe um déficit na oferta de grupos terapêuticos. A baixa cobertura pode ser atribuída ao reduzido número de profissionais que compõem a equipe do serviço. Somado a isso, o espaço físico do CAPS i não permite a execução de mais grupos terapêuticos. Especificamente nesse caso, a queda da taxa de cobertura deu-se devido à saída de uma profissional, ela era responsável por coordenar 04 grupos terapêuticos.

Ao entrevistar os profissionais responsáveis pela condução dos grupos terapêuticos identificamos em suas falas características pertinentes aos grupos com crianças e com os adolescentes. Algumas questões podem ser destacadas para diferenciar o atendimento para essas duas faixas etárias.

O serviço conta com 11 grupos terapêuticos destinados às crianças, dentre as categorias profissionais que são responsáveis pela coordenação desses grupos, temos:

psicólogas, terapeutas ocupacionais e técnicas de enfermagem. Todas essas categorias estão descritas na Portaria nº 336/02 que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2002).

Dentre os critérios de inclusão utilizados para encaminhamento para os grupos, temos a faixa etária. O serviço possui 02 grupos destinados à crianças de 2-4 anos, 05 grupos para crianças de 4-7 anos, 02 para crianças de 7-10 e outros 02 para crianças de 8-12 anos. Outros critérios citados pelos profissionais são: necessidade de socializar, o diagnóstico (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, autistas “organizados”, deficiência intelectual e transtorno opoissor desafiador), sintomas psicóticos, dificuldade de aprendizagem, dificuldade em seguir regras e sintomas de ansiedade.

Dentre os objetivos presentes na fala dos profissionais, encontram-se os mais diversos, como: socialização, desenvolvimento de habilidades manuais e habilidades cognitivo-sensoriais, aprender regras e limites, desenvolver vínculos, atividades de vida diária (AVD), aprender a compartilhar e autocuidado. Quanto às atividades desenvolvidas por eles nos grupos para alcançar os objetivos são: o brincar, desenhos e pinturas, jogos, massa de modelar, coordenação motora, cubos de AVD, recortes, música, contação de história, dinâmicas e atividades livres.

Há no serviço um total de 04 grupos terapêuticos destinados aos adolescentes. Apesar do número menor, comparado ao de crianças, observa-se que ele possui um número maior de integrantes. Os grupos para adolescentes acontecem pela manhã (02) e pela tarde (02). Dentre as categorias profissionais responsáveis pela condução dos grupos, temos: enfermeira, psicólogas e terapeutas ocupacionais. Novamente, todas essas categorias estão descritas na Portaria nº 336/02 que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2002).

Nos grupos destinados aos adolescentes, não foi encontrada divisão por faixa etária, eles atendem dos 13-18 anos. Os critérios de inclusão utilizados são: diagnóstico (esquizofrenia, autismo, deficiência intelectual), comportamento agressivo, problemas relacionados ao álcool e outras drogas e ter desenvolvimento para atuar em grupo.

Os objetivos são semelhantes àqueles destinados às crianças, mas também discutem questões relacionadas à adolescência. Todavia, foram citados: socialização, independência nas atividades diárias, melhora da cognição e escuta. Para alcançar tais objetivos utilizam estratégia como: jogos, dinâmicas, pinturas, a fala e filmes.

Os profissionais responsáveis pela condução dos grupos tanto de criança como de

adolescentes assumem existir uma dificuldade no planejamento e execução das atividades para os grupos e, conseqüentemente, de uma posterior avaliação. Isso se deve ao fato de que os grupos não têm um período de tempo determinado para acontecer. Algumas questões foram levantadas pelos profissionais durante a entrevista, foi a importância da participação da família na evolução do tratamento das crianças.

Tendo em vista este cenário, o objetivo de realizar o manejo de um grupo terapêutico com crianças e adolescentes utilizando como instrumento norteador o GGAM e conhecendo, agora, as dificuldades esperadas no campo, foi, então, colocado em prática o plano de execução do grupo.

Ao levar a proposta dos dois grupos para o serviço, ambos foram inseridos na planilha de rotina do serviço e os encaminhamentos foram acontecendo conforme a demanda ia surgindo no serviço. Foram encaminhados três pacientes para o grupo de crianças e quatro para o grupo de adolescentes. Entretanto, por se tratar de pacientes novos no serviço e que ainda estavam aguardando outros atendimentos, como o da psiquiatria, não houve adesão e a atividade foi concluída apenas no grupo de crianças com a participação efetiva de uma criança.

No intuito de valorizar o contexto sociocultural da criança e de seus familiares apresentaremos a narrativa da história de Henrique, criança que participou do acompanhamento em questão. Em seguida, serão apresentados e discutidos os *passos* do GGAM-BR adaptados para o público infanto-juvenil.

4.1.3 HISTÓRIA DE HENRIQUE

Henrique é uma daquelas crianças que leva a fama de danado por ser animado, espontâneo e travesso. Com uma habilidade própria para se comunicar, consegue falar sobre tudo que lhe é proposto, algumas vezes exhibe certa timidez, mas que logo se transforma em horas e horas de conversas e gargalhadas.

Com sete anos de idade, Henrique mora com sua mãe e seu padrasto. Os pais se divorciaram quando ele ainda era muito pequeno e o contato que ele tem com o pai é bastante restrito já que o mesmo reside em um estado diferente da criança. Essa situação deixa Henrique ao mesmo tempo frustrado e esperançoso. Mesmo com essa insatisfação, ele conta ainda com a ajuda da avó materna e da sua tia-avó para os cuidados diários.

A tia-avó, Rose, é quem o acompanhava nas atividades diárias. O garoto estuda e pratica esportes (karatê e natação), ainda sim consegue ter bastante energia. Henrique é a única criança da casa, apesar de morar perto da casa dos primos, com quem costuma sair para brincar, ele convive basicamente com adultos. Recentemente, ele soube que vai ganhar uma

irmãzinha, a notícia não o alegrou totalmente, ele ainda está tentando assimilar tudo. Rose diz que desde soube da chegada da irmã, Henrique começou a “*fazer xixi na cama e usar o bico*”.

Na inocência da infância, Henrique tem que conviver com uma dupla carga: o de viver plenamente essa fase e o de ser categorizado biologicamente com um diagnóstico médico e conseqüentemente medicado. A realidade vivida por Henrique é semelhante à história de muitas outras crianças de Ponta Sul ou de outras cidades.

5.1.4 O encontro de Henrique com o GGAM:

No total foram nove encontros semanais, que aconteceram entre março e junho de 2017. Houve dias em que a criança teve que faltar por questões escolares ou pessoais. Em outras pesquisas que envolveram a participação dos usuários dos serviços de saúde mental a média foi de 20 encontros, com duração de seis meses e um número médio de oito pessoas (FREITAS; RECKZIEGEL; BARCELLOS, 2016; ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2012; JORGE *et al*, 2012;). As atividades foram aplicadas na sequencia planejada e conforme a possibilidade executá-la individualmente.

- **Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você**

“Leitura de Fábula”: A apresentação da criança foi feita em um momento anterior e, também, falado sobre as coisas que a criança gosta de fazer no seu dia a dia, que como toda criança adora “*assistir desenhos e brincar*” com os primos que moram perto. Ao propor que a leitura da fábula fosse pela própria criança, inicialmente, ele demonstrou curiosidade pelas imagens e pela leitura, mas após alguns minutos ele começou a dispersar e a ‘tropeçar’ em algumas palavras, porém, conseguiu ler todo o texto e assimilar o sentido.

Ao final do texto, ele falou sobre a frase “Eu sou uma doença ou uma pessoa?” e a criança relata que não entende o que é ser doente, mas que sabe o que é a pessoa e ele é uma pessoa.

Pesquisador: *e o que é ser uma pessoa, pra ti?*

Henrique: [pausa breve] *normal! é assim, ó, fazer o dever, fazer tarefa, cozinhar, um monte de coisa.*

Pesquisador: *e a doença?*

Henrique: *a doença é a que infecta todas as criança que pega em micróbio.*

Para a criança, a compreensão de adoecer está bastante ligada a um sentido biológico. Dessa forma, a assimilação do que pode ser definido como saúde mental pode não está claro para esse público. Torna-se necessário buscar mecanismos que provoquem essa compreensão, do ser e do estar doente, no indivíduo, pois como será possível trabalhar saúde mental com um público que desconhece o seu significado?

- **Segundo passo: observando a si mesmo**

“Pessoas à sua volta”: inicialmente, conversamos sobre as pessoas com quem ele convive na escola, em casa, no CAPS i e na vizinhança. A criança fala das tias e primas que ele gosta e, também, daquelas que ele não gosta, por elas serem mais rígidas com ele. Fala também da convivência com os amigos da escola, que muitas vezes é difícil e ele não consegue se enturmar.

Ao mostrar sua rede de apoio, Henrique desenha ele mesmo com os cabelos, o corpo, o relógio e uma dermatomicose contraída há alguns meses, descrito vulgarmente como “*impingem*” e que ele já havia falado em vários encontros. Do CAPS i, ele colocou o grupo o qual participava junto comigo durante a realização deste estudo, pois ele tinha a mim como profissional de referência no serviço. O vínculo integra-se à saúde mental e está consolidado como uma ferramenta para o cuidado e também como recurso terapêutico na relação profissional/usuário (SANTOS; MIRANDA, 2016).

FIGURA 2: A rede de apoio de Henrique.



Fonte: própria

“Eu isso, você aquilo”: nessa atividade, a criança deveria montar um mapa das coisas que ele gosta e que não gosta. Ao falar a palavra “mapa” automaticamente a criança remeteu a um mapa do tesouro com montanhas, o mar e um “X” indicando o tesouro. E assim, ele identificou vários recortes de revistas de coisas que ele gosta pra poder colocar no mapa. Ele escolheu as aves, relógio e um barco, “*apenas as coisas boas*”.

FIGURA 3: Mapa do Henrique.

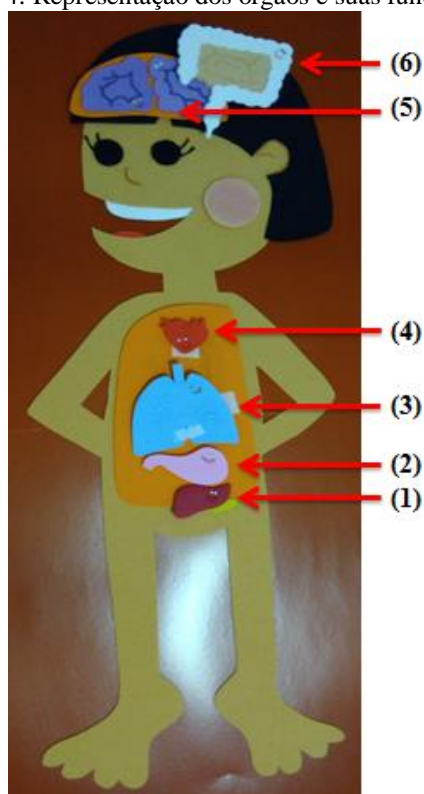


Fonte: própria

“Conhecendo o corpo humano”: para realizar essa atividade, Henrique, primeiramente, falou de alguns cuidados com a saúde que todos devem ter, como necessidade de banhos, limpeza da boca e do ambiente. Em seguida, discutimos sobre o corpo humano, seus órgãos e funções utilizando como um desenho de boneco de E.V.A. representado na Figura 4.

Na atividade, ele identificou cada um dos órgãos do corpo humano e depois mostrou onde esses órgãos estão localizados, comentando sobre sua função e relacionando com a saúde. Destaco, aqui, o fato de a criança separar em órgãos distintos o cérebro e o pensamento. Para ele, é como se biologicamente o pensamento ou os sentimentos de uma forma geral, não estivessem ligados ao cérebro.

FIGURA 4: Representação dos órgãos e suas funções, segundo Henrique.



Henrique: *Esse daqui é um CORAÇÃO (4). Esse daqui é um fígado (1), eu acho que é um fígado. Esse daqui eu não sei (2). Esse daqui é o pulmão (3). Esse daqui é o 'cérebro' (5) [pausa breve], eu acho que esse daqui é o 'cérebro'. E esse outro eu não sei não... não, esse daqui é o pensamento (6).*

Fonte: própria.

O órgão que ele chamou de pensamento, na verdade é o intestino, todavia, a criança considerou como sendo o órgão responsável pelo pensamento.

Ao falar sobre a função de cada um desses órgãos, Henrique fala que o cérebro está ligado ao aprendizado e, conseqüentemente, à inteligência. Há na fala de Henrique uma valorização do conhecimento, acima de tudo, daquele conhecimento adquirido no ambiente escolar e ele afirma que *“tudo que a professora tá falando deixa a gente inteligente”*, logo, uma doença que afeta o cérebro, segundo a criança, faz a pessoa *“ficar burro”*.

A partir do conhecimento da criança é possível discutir sobre o crescente aumento dos encaminhamentos que as escolas têm feito para os serviços de saúde mental. Essa realidade também foi percebida por Beltrame e Boarini (2013), que evidenciaram o elevado número de casos oriundo de queixas escolares que um CAPS i de um município do Paraná atende. A demanda das escolas que chegam ao serviço aumenta ainda mais a lista de espera de crianças para serem diagnosticadas e, posteriormente, medicadas.

“Túnel da saúde”: nessa atividade a criança fala sobre o que significa saúde e em seguida monta um quadro expositivo com base na sua descrição de saúde. A dificuldade encontrada ao realizar essa atividade se deu, principalmente, em manter o foco da criança no

objetivo central da dinâmica, que muitas vezes não guardava relação entre a fala e as figuras que ela queria utilizar.

Henrique: *é alegria, é felicidade, é remédio.*

Pesquisador: *e porque o remédio?*

Henrique: *[risos] ah, eu não sei, acho que é porque faz a gente melhorar da garganta. A felicidade é quando a pessoa tá triste e outra pessoa trás algo legal pra gente brincar.*

FIGURA 5: Túnel da saúde feito por Henrique.



Fonte: própria

Confrontando o conceito trazido pela Declaração de Alma-Ata (1978) que fala de saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” com a definição dada por Henrique, percebemos a dimensão interpretativa que a criança faz sobre o tema abordado. Elevando sua definição a um nível coletivo e não, somente, mantendo-a em um nível individual e reducionista como o modelo biomédico aborda.

- **Terceiro passo: ampliando a sua autonomia**

“Direitos e Deveres”: Para esta atividade, a criança deveria relacionar as imagens com as frases retiradas da “Cartilha dos Direitos dos Usuários da saúde: ilustrada” (BRASIL, 2007). Contudo, mesmo a criança despertando interesse pelo tema abordado e pela dinâmica proposta, o assunto ainda foi muito complexo e deixando Henrique muito disperso durante a atividade e nos encontros posteriores, quando questionado sobre o tema, ele não demonstrava ter apreendido algo relevante sobre o encontro.

- **Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos**

“Botica das emoções”: Ao falar de emoção, o primeiro sentimento que vem na

cabeça da criança é a alegria. Outras emoções que Henrique diz sentir, frequentemente, é a raiva e ela aparece quando seus familiares pedem pra ele fazer determinadas atividades domésticas. Mas, para ele a definição de emoção é descrita como:

Henrique: emoção é quando o papai diz que vai fazer uma coisa pra você, ele prometeu levar você num [pausa breve] parque com roda gigante.

Ao tomar como exemplo de emoção a expectativa gerada quando um pai promete passeios com o filho, Henrique trás a tona a carga emocional sobre sua relação com o próprio pai. Ele segue ainda dizendo que a cada feriado aguarda não só por um presente, mas pela presença do pai. E nesse momento o grupo tornou-se um espaço de troca e compartilhamento das emoções mais ocultas.

Não foi possível aprofundar a discussão sobre o uso de medicamentos, pois a criança havia começado a utilizar os fármacos a menos de dois meses e esse fato ainda não havia sido compartilhado por ele no momento do grupo. Entretanto, a tia-avó da, Rose, que estava constantemente em interação com a pesquisadora, falou que durante a primeira consulta de Henrique com a psiquiatra do serviço foi prescrito um medicamento controlado, mais especificamente um antipsicótico que era bastante comum ser prescrito para crianças com sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no CAPS i.

A relação de confiança estabelecida entre a pesquisadora e a responsável pela criança que participava do grupo terapêutico que utilizou o GGAM-BR como instrumento norteador, tornou-se bastante efetiva para a continuidade da criança no tratamento e também possibilitou a ampliar o diálogo sobre as questões relacionadas ao cotidiano de Henrique.

- **Quinto passo: por onde andamos**

Recordatório: nesse momento perpassamos pelos mais diversos temas e dinâmicas trabalhadas. Aqueles que ficaram mais marcados na memória de Henrique foram: a frase “eu sou uma doença ou um pessoa?”, a discussão sobre saúde e sua relação com a felicidade. Além do mais, atividades que usaram pinturas e desenhos conseguiram prender a atenção da criança por mais tempo.

As atividades do GGAM-BR desenvolvidas para criança durante o tempo de acompanhamento tiveram um impacto positivo para a vivência dela no CAPS i. Seja por abordar temas que até então não eram trabalhados com esse público, como, por exemplo,

discutir o significado de saúde para as crianças, os direitos e deveres e o uso dos psicofármacos. E, ainda, levando, sempre, em consideração o conhecimento que a criança já tinha sobre o assunto, sem desmerecer sua fala, pelo contrário, estávamos ali valorizando o seu conhecimento.

- **Sexto passo: planejando nossas ações**

Ao chegarmos ao fim do caminho percorridos juntos, Henrique foi encaminhado para outro grupo terapêutico do CAPS i e, com isso, ele demonstrava uma mistura de ansiedade em participar de novos grupos com novos colegas e certa nostalgia pelo vínculo construído entre ele e a pesquisadora.

A família que sempre trazia para o diálogo em particular alguns episódios que a criança compartilhava, como o início do uso de medicamentos, a chegada de uma nova irmã, a situação delicada que ele tinha com o pai e um ou outro momento de raiva durante a semana.

A construção da empatia e do vínculo entre o usuário e o seu familiar com o moderador do grupo terapêutico foi fundamental para a execução do grupo com a criança. Despertou na criança o interesse pelo serviço e pelas atividades nele desenvolvidas. E também propiciou alguns avanços, dentre eles o prazer por desenhar, o reconhecimento de cores e gosto pela leitura.

Rose, tia-avó de Henrique: o Henrique, ele não desenhava, na escola botavam ele pra desenhar e ele não queria, não queria. Ai aqui, ele criou um gosto pelo desenho. Ele não desenhava de jeito nenhum, eu gostei muito.

4.2 Experiência parcial com o GGAM na adolescência:

Neste segundo momento, buscamos aprofundar a discussão sobre questões relacionadas ao tratamento de crianças e adolescentes no CAPS i e a experiência com uso de medicamentos. Para tanto, realizou-se uma entrevista semiestruturada com cinco adolescentes que frequentam o CAPS i regularmente para receber medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica, oito familiares e quatro profissionais do serviço.

A fim de contextualizar os casos dos adolescentes e seus dos familiares que serviram como ponto de partida para trabalhar a temática, apresento lhes a seguir um pouco de suas histórias para que o leitor possa se familiarizar com os mesmos.

4.2.1 As histórias dos adolescentes: a vida por trás da doença

Apresentam-se nesse capítulo a história dos participantes da pesquisa, tanto os adolescentes como seus familiares. As narrativas foram utilizadas a fim de contextualizar o leitor a cerca das problematizações tratadas posteriormente. O intuito é mostrar esses sujeitos como pessoas, para só então podermos compreender suas doenças.

Foram entrevistados cinco adolescentes (Sara, Marina, Heitor, Nicole e Caio) e oito familiares (Luíza, mãe de Sara; Fernanda, mãe de Marina; Júlia, mãe de Heitor; Heloísa, mãe de Nicole; Laura, avó de Bernardo; Ágata, mãe de Bruno; Clara, mãe de Melissa e; Lara, mãe de Gustavo) que frequentam o serviço de atendimento psicossocial no município de Ponta Sul. As narrativas foram montadas através da fala dos próprios adolescentes e/ou seu responsável (mãe ou avó). Alguns adolescentes não participaram da entrevista por diversos motivos, como: estarem em momento de crise, a não aceitação em participar da entrevista, os responsáveis os levarem ao serviço apenas nos dias das consultas e o comprometimento.

Serão apresentados a seguir os casos dos sujeitos envolvidos na pesquisa, porém foram escolhidos quatro casos para serem aprofundados em sua descrição. Os casos escolhidos foram aqueles que o adolescente e o responsável foram entrevistados, como foi o caso de Sara, Marina, Heitor e Nicole.

Laura é a avó de Bernardo, um adolescente de XX anos. Ela é uma senhora esguia, porém com uma força incrível, bastante batalhadora e vaidosa. Com o espírito jovem, ela adora ir para os forrós aos finais de semana, é a sua válvula de escape. Ela mora ao lado da filha, que possui três filhos, Bernardo é o do meio. Ela conta que durante a gestação a filha consumia muita bebida, drogas e cigarro, além de ter usado abortivos. Bernardo *“nasceu só o coro e o osso, com problema de respiração, só vivia no aerossol até um ano de idade”*, hoje ainda convive com as doenças sistêmicas e o fato de ser bastante incompreendido na escola aonde estuda.

Bruno mora com a mãe, Ágata, o pai e mais três irmãos. Com um jeito sério e muito observador, o jovem fica atento a tudo que está ao seu redor. Porém, ele é um rapaz de poucas palavras, conversa apenas com as vozes que estão na sua cabeça. Suas atividades favoritas são: jogar vídeo game com o pai, assistir televisão e dormir. Bruno vai para a escola apenas uma vez na semana, às quartas-feiras. Nos dias que ele está mais agitados, a mãe o leva para passeios pela vizinhança. Seu lugar favorito é uma pracinha perto da casa de sua avó *“tem uma pracinha lá de perto tem assim um jardim, e ele gosta de ficar lá olhando o jardim”*.

Melissa é uma adolescente meiga, de pele morena e longos cabelos cacheados. Mora com a mãe Clara e sua avó. Além de frequentar a escola, Melissa também faz atividades de musculação e de luta. Ambas são muito religiosas, frequentam a igreja católica. Clara, por

sua vez, é bastante articulada, trabalha, faz de tudo para não ver a filha na ociosidade, conta com a ajuda da mãe para cuidar de Melissa.

Gustavo é um adolescente muito tímido e bastante vaidoso. Os pais são separados, ele mora apenas com a mãe, Lara. Ele frequenta a escola, a mãe não trabalha, eles vivem com um benefício que o filho recebe que mal dá para pagar as contas de casa. Tomada pelo cansaço e pelas dificuldades financeiras que vem passando, Lara, tem uma aparência triste e sofrida. Mas isso não a impede de seguir adiante, mesmo sentindo que carrega todos os problemas do mundo em suas costas.

Bastante carismático, Caio é um adolescente muito querido por todos do serviço, sejam eles profissionais ou usuários. Com apenas 15 anos, mas com a meiguice e inocência de uma criança. Ele adora futebol, assiste a todos os jogos que passam na TV, tem muita vontade de conhecer pessoalmente uma arena esportiva. Infelizmente o seu sobrepeso, fez com que ele tivesse sérios problemas no joelho, porém, lentamente está se recuperando, pois com a ajuda da mãe ele conseguiu seguir uma dieta.

Sara é uma jovem calma, articulada e com um comportamento, por vezes, infantil. Marina, por sua vez, é mais introspectiva, fala mansa e dona de uma resistência inacreditável. Já Heitor, é bastante expansivo, comunicativo, mas que carrega histórias bastante cruéis da sua infância. E, por fim, Nicole, com sua ingenuidade de menina e determinação de uma mulher. Todos tem uma história de vida normal, porém com mais desafios que outros adolescentes de sua idade.

A HISTÓRIA DE SARA

Sara é uma adolescente de apenas 16 anos, pele clara, cabelos longos e castanhos, seu olhar é atento e curioso, parece interessada em tudo que está ao seu redor. Com a fala mansa e jeito ‘acriançada’, como relata sua mãe, Luíza. A jovem está sem estudar a quase dois anos, uma forte crise fez que ela se afastasse das atividades escolares. Assim, sua rotina resume-se em assistir desenhos infantis, ler livros, assistir aos noticiários, segundo ela ‘*pra me atualizar das coisas*’. A convivência, basicamente, com adultos tornou Sara uma garota extremamente desinibida em sua fala, além de bastante articulada, conseguindo expressar-se muito bem no seu discurso.

Sara: Bem, eu me acordo mais ou menos umas 9 horas... 10 horas... 11 horas. Depois disso eu escovo os dentes, eu faço as coisas necessárias e depois eu merendo e tomo o ((ácido valpróico)) e depois dou o intervalo pra tomar a fluoxetina [pausa breve]. Ai eu... começa os desenhos, eu assisto. Quando termina os desenhos, eu começo a ler meus livros e depois disso eu almoço, depois de

almoçar eu durmo um pouquinho, aí quando eu acordo eu... vou assistir qualquer coisa que tem na TV.

Luíza, falando de sua filha Sara: *Eu acho ela muito com a mentalidade de criança. Ela é deste tamanho, mas ela brinca de boneca, ela brinça de boneca, ela não liga pra nada, sabe? [...] como é que uma pessoa dessa vai trabalhar desse jeito, por que você sabe que emprego tem que ter responsabilidade, tem que ter muita prestação de atenção para não fazer as coisas errada e eu acho que a mentalidade dela não é a mentalidade de uma pessoa adulta, está entendendo? Eu acho a mentalidade dela a mentalidade de uma criança.*

Ambas, Sara e sua mãe, vivem de aluguel em uma casinha simples. Divorciada, Luíza se divide entre tarefas duras de cuidar do lar e de Sara, resolvendo todas as suas necessidades em relação à saúde, previdência social e escolar, restando pouco tempo para ela, se quer, atender as suas próprias necessidades. Luíza trás consigo uma história, segundo ela ‘*muito sofredora*’, eu diria inspiradora. Não sabe ler nem escrever e desde cedo trabalhou como doméstica em ‘*casa de família*’. Casou-se, teve sua primeira e única filha, Sara, em quem depositou todas as suas esperanças para mudar a situação de vida. Posteriormente, o pai de Sara também viria a ter problemas psiquiátricos.

Luíza: *Aí fica aquela rotina pra mim muito cansativa, preocupante [pausa breve], sabe? Porque ela tem o pai dela, mas eu sou separada do pai dela, aí eu sou a mãe [pausa breve] e o homem da casa, tenho que resolver tudo. Não moro em casa própria, é alugada, é alheia [pausa breve], e só tenho esse benefíciozim dela e você sabe que não dá... aí eu passo apertado, minha filha, passo apertado.*

Sara, falando de seu pai: *Mas, ele, às vezes, me dá muito trabalho. Quando eu vou visitar ele, porque ele é separado da minha mãe, ele fica com conversa que as pessoas querem matar ele e que fizeram macumba pra ele [pausa breve]. Só que eu nem ligo, porque eu sei que ele é perturbado mesmo da cabeça [em tom mais baixo].*

Luíza tem de pagar contas de água, luz, aluguel, comprar os alimentos e comprar outros medicamentos que sua filha precisa apenas com o valor que ganha de um benefício. A condição precária faz com que Luíza se entristeça por não poder proporcionar à filha alguns momentos de lazer. Desse modo, com os poucos recursos que têm à sua disposição, elas possuem uma fé inabalável e são bastante convictas de seus propósitos.

Sara ainda não desistiu da escola, ela pensa em retomar os estudos, em ter uma carreira e que possa, com isso, ajudar as pessoas necessitadas. Luíza, por sua vez, reza. Ela clama por uma intervenção divina sobre a vida dela e de sua filha. Uma de suas principais angústias é imaginar o futuro da jovem, sem conseguir estudar, trabalhar e dependendo ainda dependendo dela.

Sara: *eu queria fazer medicina pra ajudar a salvar vidas. Mas ai eu percebi que a gente tem que ir de acordo com a nossa vocação e a minha vocação é AJUDAR VIDAS, não salvá-las, é AJUDÁ-LAS. É ajudar, como assim, ajudar? Tipo, eu quero ser defensora pública, se vier uma pessoa precisando de um medicamento, eu quero defende-la e quero dar pra ela aquela medicação. Eu quero defender as pessoas mais pobres, tá entendendo?*

Luíza: *é assim eu esperava muito da B. Eu sou muito sofredora na minha vida, sabe? Eu já trabalhei muito em casa de família, agora eu não tenho mais como trabalhar, não tenho um tempo eu tomo de conta dela, eu não posso deixar uma criatura dessa só dentro de casa. Né? Aí eu dizia “Meu Deus, quando a minha filha começar a trabalhar vai me ajudar mais um pouco, nós vamos sair tanto de tanta necessidade que eu tô passando...” porque eu passei muita necessidade, eu não tenho vergonha de dizer o que aconteceu, eu não estou mentindo. Aí assim eu achava que quando ela começasse aos 16 anos ela ia trabalhar, ela ia me ajudar, sabe? Mas, minha filha eu pensei tudo errado, você entende? Eu pensei tudo errado. Aí tem hora que eu choro, sabe minha filha, lá em casa. Eu fico “meu Deus, o que é que vai ser de mim? esta menina com este problema, eu não sei se um dia na vida dela ela vai poder buscar um emprego”.*

O positivismo e esperança que encontramos em Sara estão longe de se parecer com a história tratada a seguir.

A HISTÓRIA DE MARINA

Antes de conhecer Marina, era difícil acreditar como uma alma tão jovem poderia carregar um peso tão grande. Uma jovem magra, com um aspecto pálido e mãos gélidas, têm um cabelo bem preto e, apesar do calor, não abre mão das vestes largas e compridas. A primeira impressão que nos passa é de que ela não gostaria de estar ali, que ela precisa fugir para um lugar que ela ainda não sabe onde. Depois do primeiro olhar, sim foi muito difícil fazer um primeiro contato visual, é que percebemos a meiguice e a doçura por trás de todas aquelas camadas.

Filha única, Marina cresceu sob os cuidados de uma babá. Ela teve bastante dificuldade em lidar com essas condições. A mãe, Fernanda, é viúva e trabalhava o dia inteiro, por isso passou grande parte da infância da filha ausente. Ela se esforçava para manter a filha bem amparada, no que se refere aos cuidados materiais e era bastante grata por ter uma ‘ótima aluna, excelente filha’. Mesmo com ausência diária da mãe, Marina ainda tinha o apoio da avó e do tio.

Fernanda, falando de sua filha, Marina: *Até doze anos eu não tinha nenhuma preocupação porque ela não apresentava nada, era uma ótima aluna, excelente filha, todo mundo dizia ‘essa menina é muito educada, muito comportada’ não tive problema até doze anos, nenhum, é tanto que eu trabalhava muito chegava*

tarde. Agora hoje ela me culpa que ela não foi criada por mim, ela foi criada pela empregada.

Marina está desde 2014 sem conseguir finalizar o ano letivo, por mais esforço que ela tenha em começar, torna-se difícil dar continuidade. Assim, suas atividades resumem-se a dormir, ouvir música e conversar com alguns amigos.

Marina: eu queria. Eu gostaria de ir pra uma escola e conseguir ficar o ano todo e conseguir passar, conseguir interagir com todo mundo sem depois acontecer alguma coisa pra me magoar e sair da escola porque [pausa longa] porque assim, se acontecer alguma coisa já acaba, tipo, o mundo, pra mim. Então, eu não consigo mais voltar lá.

Marina: Eu ouço música internacional, só que [pausa breve] eu não gosto de música muito animada, assim, eu gosto de música animada, mas eu gosto muito também [pausa breve] de música triste, porque [pausa breve] eu fico mais [pausa breve] calma e [pausa breve] é as músicas que me fazem sentir bem, sabe?

Fernanda se viu em um dos momentos mais difíceis, quando teve que escolher entre continuar trabalhando ou dar continuidade à faculdade de serviço social, que havia acabado de iniciar, para poder acompanhar o tratamento da filha. Entretanto, suas escolhas trouxeram consequências, além de receber ajuda da família, principalmente do seu irmão, da mãe e outros familiares, Fernanda tem que lidar com julgamento diário. A culpa por ter desencadeado o transtorno da filha e por não estar contribuindo financeiramente a assombram constantemente, mas isso não a faz desistir.

Fernanda: eu tenho também um irmão que me julga e na frente dela, que eu já disse “se você quiser brigar comigo, brigue, mas não diga que eu não sirvo pra ser mãe na frente dela” e ele diz na frente dela, e isso faz com que ela não me respeite. Apesar de que eu deixo bem claro “a mãe sou eu”, mas aí a pessoa sem trabalhar, sem colocar nada dentro de casa, também tem isso, né, aí é assim mesmo, um dia passa. Ai eu digo assim “um dia eu vou terminar a faculdade, eu quero fazer um concurso publico pro interior e ir embora” ai pronto esses são os meus planos, mas ninguém nunca sabe, ninguém pode dizer.

Marina resistiu a seis internações, diversas tentativas e suicídio com medicamentos e automutilação. Entretanto, ela ainda tem sua maior apoiadora, Fernanda, que acredita piamente que ela conseguirá superar a doença e possa voltar a estudar e com isso possa, um dia, trabalhar, fazer uma faculdade e conseguir realizar os seus sonhos.

Marina: é que eu não sei se consigo imaginar o futuro, tem tantas coisas.

Fernanda: O QUE EU QUERO, isso é o que eu penso, que ela vá amadurecendo e entendendo que ela é um sujeito e que precisa estudar, trabalhar, ser filha, ser mãe, ser esposa, [pausa breve] que ela venha a fazer...por que ela tem condição, a

T tem condição pra isso. Ela diz que vai ser fotografa, ADORA fotografia, quer fazer faculdade de fotografia. Eu digo “Marina se tu quisesse morrer tu não tinha sonho, quem quer morrer não faz sonhos”.

A HISTÓRIA DE HEITOR

Levando uma vida simples, porém repleta de fantasias e entusiasmo, vive Heitor, que com apenas 15 anos de idade já possui sonhos para uma vida inteira. Heitor mora com sua mãe, Júlia, em uma casa alugada, eles sobrevivem apenas com o benefício social e com as poucas ajudas que recebem de parentes e vizinhos. Analfabeta, Júlia não pode arrumar um emprego, pois ela precisa sempre acompanhar o filho nos locais onde ele recebe atendimento, inclusive na escola. A história de Heitor não é diferente de dezenas de jovens que vivem a fase da descoberta.

Júlia falando de seu filho, Heitor: é... que eu não gosto de tá parada dentro de casa, eu gosto de trabalhar, eu gosto de tá ali fazendo um serviço aqui, outro acolá. Mas eu não posso por causa dele. Porque ele aqui acolá ele dá um pouquinho de trabalho. Quer... quer. quer tá mexendo em fogão, tenho muito medo. Eu tenho muito medo dele mexer em fogão, queimar.

Heitor conviveu desde muito cedo com questões sociais críticas, como ver sua mãe tornar-se uma pessoa em situação de rua, devido ao uso frequente de álcool e outras drogas. Por não querer ser afastado dela, ele vagou pelas ruas da cidade com ela enquanto era apenas uma criança. Conta-se que durante o tempo que viveram na rua, Heitor chegou a ser prostituído em troca de dinheiro e drogas. Depois de viverem situações como essas, eles foram, então, separados. Heitor passou a viver em um abrigo para crianças e a mãe foi encaminhada para o tratamento de reabilitação. O tratamento de Júlia envolveu não apenas a desintoxicação, mas também o aparecimento de uma depressão gravíssima.

Heitor: Ai depois disso, minha mãe sumiu um pouco, né, que ela era aquela pessoa que é mais nova, né e era bastante assim, teimosa, essas coisas assim. Quando é novo, a gente não tem medo de nada, mas quando a gente vai ficando com mais experiência, né. Ai minha mãe [pausa breve] sumiu um pouco, ai eu fui pro abrigo, um abrigo, né. Ai depois de lá, eu saí e voltei pra casa e graças a Deus eu ‘tô’ aqui.

Heitor: Ai antigamente, eu saia muito, entendeu? Tinha pessoas que abusava e [pausa longa] e eu fui pro abrigo, justamente, por isso.

O reencontro dos dois aconteceu, porém este estava condicionado a dar continuidade ao tratamento de Heitor, este já demonstrava sinais de alterações comportamentais e da personalidade; manter a criança na escola; e a prosseguir com o seu tratamento. Júlia ainda guarda traços de quando vivia sob efeito de drogas, rosto inchado, fala

arrastada e confusa, porém com a responsabilidade sobre o filho.

Heitor por outro lado, tem olhos curiosos e um jeito de ser totalmente desinibido e adora a vida digital. Ele fala de sua página na internet, que por sinal é uma das coisas que ele mais gosta de fazer no dia a dia. Heitor conta de seus sonhos e das tantas coisas que gostaria de fazer. Entretanto, seus desafios estão só começando. Além de conviver com todos os conflitos da adolescência, Heitor ainda tem de lidar com a homossexualidade. Porém, ao tratar do assunto ele não demonstra dúvidas ou incertezas, muito pelo contrário, ele aparenta ter uma certa familiaridade com o tema.

Heitor: eu gosto muito, eu sempre quero 'tá' atualizado nessas coisas da geração da internet, né. Ai quando eu não estou fazendo nada, eu faço isso, gravo vídeo, posto live. E quando eu 'tô' fazendo, ou eu vou pra escola, ou eu 'tô' ajudando minha mãe ou minha tia. [...] O meu grande sonho é de ir pros Estados Unidos.

Heitor: eu vou abrir meu coração logo. Eu sou G-A-Y, eu sou isso, entendeu? Gay. Eu tenho também outro sonho de quando eu tiver tipo 18 anos, eu me montar de drag. Algum dia até ser trans, mas isso não iria ser certo pra mim, por causa que a pessoa trans ela sofre muito, por causa que tem preconceito da pessoa ser trans, tipo, mudar o gênero que Deus deixou naquela pessoa.

Para Júlia aceitar a condição do seu filho não é o maior desafio na sua trajetória. Ela é muito temerosa com o futuro de Heitor, pois as notícias sobre ataques homofóbicos a assombram constantemente. Mesmo após vários momentos de discussão com o filho sobre esse assunto, só restou a ela amá-lo e aceitá-lo. Mesmo temendo pela vida do filho, isso não a faz deixar de defendê-lo.

Júlia falando de seu filho, Heitor: Eu não sei se a senhora já perebeu, né... [pausa breve] botou na cabeça agora que é homi... é homi... é... bissexual. Ai eu disse assim 'venha pra cá viu? Com essas conversa' [risos]. Não mas eu digo assim só pra... eu disse a ele 'meu fii, deixa você crescer, que ai você... crescer, ficar de maior, você que sabe, eu sou a mesma mãe, tô aqui, mas por enquanto não'. Porque a gente vê TANTA gente sendo morta, que eu fico com medo. Meu medo é só esse. Se tiver de ser, vai ser. O que é que eu posso fazer? Vou 'rebolar ele no mato'?

Mesmo após tantas dificuldades, eles seguem gratos. Gratos por estarem conseguindo vencer todos os desafios, por ter pessoas a sua volta que os apoiam e por estarem juntos. E assim eles seguem, com Heitor guiando Júlia, há sempre gargalhadas, carinhos e brincadeiras.

A HISTÓRIA DE NICOLE

Adolescente tímida, de fala mansa e aparência de uma verdadeira menina. Não foi preciso muito tempo para já estarmos trocando algumas palavras e risadas mais espontaneamente. Ao contrário dos demais, a feição de Nicole não era familiar para o serviço. Isso pode ser explicado pelo fato dela já estar em processo de transição para um serviço de atendimento psicossocial adulto.

Com os seus 19 anos, Nicole é um dos três filhos do casal Heloísa e Pereira. A convivência da família torna-se bastante difícil devido as frequentes brigas entre os irmãos, principalmente entre Nicole e sua irmã mais nova de 17 anos. Talvez por isso, Nicole sintasse mais a vontade para passar mais tempo ao lado dos seus bichos: “gato, cachorro, papagaio, cágado, tartaruga, jabuti e um rato”.

Nicole falando de sua irmã mais nova: *Minha irmã, ela [pausa breve] ela chega com muita raiva e ela chega assim com autoridade, sendo mais nova do que eu, mas ela tem mais cabeça que eu, óbvio, né, [respiro profundo] chega com autoridade. Ai [pausa breve] eu me sinto pequena, né ... do jeito que ela chega.*

Heloísa: Os irmãos, às vezes eles não sabe, tá entendendo? É até normal ter briga de irmão e tudo, mas assim, às vezes eles não entendem o lado dela, sabe? Então, aí a gente conversar sabe? Como diz assim ‘passa aquela borracha’ e volta tudo bem de novo, mas é fundamental. É fundamental a família no processo de... de... como é que a pessoa chama... no processo de tratamento mesmo, é fundamental.

Na infância, Nicole foi uma típica garota comportada, que tirava boas notas e ajudava nas atividades de casa. Até que no começo da adolescência a avó materna começou a perceber uma mudança de comportamento, ela estava ficando cada vez mais agressiva. Entretanto, por passar o dia trabalhando e ainda ter que estudar para a faculdade de pedagogia, Heloísa não estranhava a atitude da filha. O que fez com que ela se preocupasse foi o comportamento de Nicole em relação à alimentação e a extrema preocupação em engordar. Essa ainda é um assunto que acompanha Nicole até hoje. Durante a adolescência Nicole viveu um suposto assédio por um parente próximo da família, o que fez com que ela se retraísse cada vez mais.

Heloísa falando de sua filha, Nicole: *toda vida ela olha pra mim e diz “mãe a senhora não acredita em mim” e eu “assim minha filha, eu acredito em você tudo que você me disser eu acredito”... sabe? Porque a gente nunca vai falar e dizer que não acredita, por mais que tenha sido uma... uma coisa da cabeça dela, eu não sei... que ela criou. [...] Aí eu fiquei com aquilo na minha cabeça... não acredito...e também não deixo de acreditar nela, eu fico naquele impasse,*

entendeu?

Entretanto, devido a busca pelo seu tratamento e suas recorrentes crises, Nicole está sem estudar. Houve uma intensa peregrinação por diversas escolas do município a fim de que a jovem conseguisse terminar os estudos. Mas ela sempre acaba caindo no mesmo ciclo: inicia os estudos, há um aumento na exigência das disciplinas associados aos problemas pessoais e, por fim a desistência. Mas agora, seria diferente. Nicole está com novas motivações, seu sonho é entrar na faculdade para cursar Estética.

Nicole: Parei, já vai fazer dois anos. E este ano... desde dezembro, eu venho falando que eu quero voltar a estudar, porque eu quero fazer Estética na faculdade, eu tenho esse sonho.

Mesmo com suas inconstâncias, Nicole segue sua vida junto de sua família. A mudança de serviço a deixou meio atordoada, porém, ela segue mais aberta as novas possibilidades que estão surgindo em sua vida.

Nicole falando da mudança de serviço: Tá me abalando um pouco, né, porque [pausa breve], é [pausa breve] vai ser diferente, né, conviver com adulto [risos]. Eu sei que eu sou adulta né, mas é diferente, porque [pausa breve] é difícil [riso tímido], mas eu tô bem feliz [em tom mais baixo] devido eu tá crescendo, né. Mas vai dar certo.

4.2.2 Equipamentos de saúde mental sob o olhar de adolescentes com transtornos mentais:

No que diz respeito à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos serviços e equipamentos que a compõem, o CAPS está alocado como um serviço de atenção secundária, o CAPS. Entretanto, a integração com os demais equipamentos da Rede é imprescindível durante o tratamento de crianças e adolescentes. A intersetorialidade e a conectividade da Rede tornam-se fundamentais para o sucesso do manejo terapêutico (BRASIL, 2011).

Entretanto, ao utilizar o recurso da internação nem o usuário, nem a família sentem-se seguros com essa prática. Os hospitais psiquiátricos auxiliam a RAPS no sentido de acolher pacientes em crises intensas que nos serviços extra hospitalares não se têm condição de atender. Assim, é fundamental a articulação dos CAPS com os demais níveis de complexidade da rede (DUARTE; GARCIA, 2013).

Nicole, adolescente usuária do CAPS: Eu ficava... eu ligava pro hospital ((psiquiátrico)), eu perguntava onde tinha hospitais, sem ser o hospital ((psiquiátrico)), que eu não queria ser internada no hospital ((psiquiátrico)), porque tive medo, porque tantas pessoas já me falaram mal do Hospital Mental e isso me deu medo, entendeu, de ir... de ir pra lá. Certo que já teve vezes que eu quis ir pra lá, mas meu pai chorava dizendo que não queria me deixar lá,

entendeu? E dizia “Se quiser vá de ônibus, porque eu não vou me responsabilizar por isso”.

Fernanda, mãe de Marina: E aí, encaminharam pro CAPS, “tem que se internar urgentemente” porque ela ‘tava’ correndo risco de vida, na época eu não quis, não sabia como que era o ((hospital infantil)), não tinha ideia, eu “não minha filha não vai se internar não”, que eu pensava que era lá no hospital ((psiquiátrico)) “vai não, vai não, vai não” e ele “não, procure, pra saber como é.” aí eu liguei e me disseram e ela se internou.

Clara, mãe de Melissa: Ai quando ela ficou no antidepressivo, ela quase foi internada porque ela perdeu totalmente o juízo. Ela chutava, ela chorava, ela gritava, jogava as coisas, falava coisa sem sentido. Perdeu totalmente... aí eu levei ela pra emergência, né. Ela não ficou internada porque não tinha vaga.

Entretanto, existe um receio em procurar esses serviços, o que concretiza o estigma existente no tratamento das doenças mentais, que ainda restringe a figura do doente naquele estereótipo de ‘louco que deve ser mantido isolado’ de outrora.

Heloísa, mãe de Nicole: a gente sempre ouviu falar em doente mental “ah o doente mental é asilo” essas coisas, toda vida a gente viu, desde pequena a gente via. Mas eu nunca ouvi falar em esquizofrenia, né? Nunca...nunca... se você chegasse pra mim e falasse assim “esquizofrenia” pra mim é só uma palavra muito diferente.

Clara falando do CAPS i: porque aqui não tem recurso pra internar, mas uma pessoa que quer se matar todo o tempo, fala que vai se matar, que vai se matar tem que ser internada.

Além de Hospitais psiquiátricos e leitos em hospitais gerais, outros serviços utilizados pelos adolescentes em situações de emergência, são os Centros de Assistência Toxicológica (CEATOX). Recurso buscado pelo cuidador, principalmente, em casos de intoxicação medicamentosa voluntária cometida por adolescentes com transtornos depressivos.

Fernanda, mãe de Marina, falando da segunda intoxicação exógena por fármaco da adolescente: Ai eu fui rápido com meu irmão e gente levou ela pro ((Hospital de Urgência e Emergência da região)), pro CEATOX, passou a noite lá, fez lavagem.

As intoxicações intencionais por medicamentos é uma das causas mais frequentes de tentativa de suicídio por jovens do sexo feminino (CACHÃO; OLIVEIRA; RAMINHOS, 2017). Oliveira e Suchara (2014) caracterizaram o perfil de intoxicações exógenas ocorrida em crianças e adolescentes em um município de Mato Grosso. Os autores evidenciaram que o uso de medicamentos foi a segunda maior causa de intoxicações no público infanto-juvenil.

É necessário frisar que a função CAPS não está clara para os usuários do serviço e até mesmo para os seus familiares. Discutiremos, aqui, os aspectos relacionados ao serviço de

atendimento psicossocial voltado para o público infanto-juvenil do município de Ponta Sul. Cremos, que as experiências relatadas pelos usuários deste serviço não diferem da realidade vivida em outros municípios do país.

Nicole falando de sua chegada ao CAPS i: *no começo eu estranhei o jeito, né, porque eu nunca imaginei “ah, eu vou pra um hospital mental”, né, que tu vai ter um problema na cabeça, eu nunca imaginei, porque eu sempre fui [pausa breve] normal, nunca apresentei nada assim, mas depois com o tempo eu apresentei. Então, foi difícil [pausa breve] um pouco. Mas aí, quando eu fui conhecendo as pessoas... Eu tô até triste porque eu vou sair daqui, né, vou pro CAPS adulto. Ai então, pra mim foi difícil, mas depois foi melhorando, depois que eu conheci as pessoas, fiz amizade, fui pros grupos.*

O local dispõe de uma equipe multiprofissional que realiza atividades assistenciais de cunho individual e coletivo, acompanhamento psiquiátrico e dispensação de medicamentos tanto do componente básico, como do especializado. A equipe de profissionais que atuam no serviço é composta por: psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos e farmacêuticos. Há também aqueles profissionais que contribuem para o funcionamento do serviço realizando atividades de gestão, limpeza, vigilância e recepção.

A relação dos adolescentes e dos familiares com os profissionais que atuam no local demonstra ter muito afeto envolvido. Muitas vezes, a busca por um atendimento em um serviço de saúde público é lenta e pode se tornar um momento de muito sofrimento e angústia por parte de quem espera. A aproximação entre profissionais e usuário surge da empatia do primeiro pela situação vivida pelo segundo.

Heitor: *Eu me sinto **em família**, primeiramente. Eu me sinto bem **seguro** quando eu tô aqui e quando eu converso bastante com vocês e com eles também, os outros.*

Júlia, mãe de Heitor: *as pessoas que trabalham aqui cuidam bem, assim, tipo, como se fosse um pai, uma mãe.*

Heloísa, mãe de Nicole: *por exemplo, quando a gente vai no posto de saúde, né, a gente vê aquelas pessoas que atendem você, então, eles chegam, tem gente que não acolhe a gente direito, tá entendendo? Não falam, não dão informação, e se vai dar, meu Deus, tem que abrir os braços pra não ser engolido. Aí eu vi que quando eu cheguei aqui, foi totalmente diferente, eles conversando... é incrível como eles tratam a gente, é tipo assim uma **família**, aí eu me senti muito bem.*

Fernanda, mãe da Marina: *eu vejo assim, um apoio, toda vida que eu procurei, essas pessoas, especificamente, eu tive um acolhimento e um apoio... Quando eu digo ‘eu’ também tô incluindo a Marina, né? E eu vi, assim, a preocupação de [pausa breve] ATENDER, de acolher a Marina, né, essas pessoas, outras pessoas eu não vou dizer assim, de modo geral.*

A busca pelos atendimentos é de responsabilidade da família, portanto, uma

experiência ruim vivida por uma família que busca ajuda para uma criança ou adolescente no serviço, pode ter impacto sobre a afeição de um pelo outro.

Clara, mãe de Melissa, falando sobre o atendimento da recepção: *Então, eu achava que elas tratavam ela [Melissa] mal, teve um dia que eu vim aqui, eu via que elas tinham medo dela, tinha medo, entendeu? Tinha receio, porque elas trabalha com crianças doentes, uma criança dessa pode ter um surto pode ficar agressivo, pode bater é normal, né. Elas tem que ter essa noção que elas trabalha com pessoas assim. E aí eu vim uma vez, e ela estava muito estressada, porque até eu fiquei, eu chorei, eu falei “vocês não são compreensivas”.*

Apesar de tudo, o CAPS i de Ponta Sul é um local que passa segurança, proteção e confiança para aquelas crianças, adolescentes e famílias que o frequentam. É um lugar que faz mais que receber, ele acolhe. Muito mais que atender, ele ampara. E essa qualidade no serviço prestado vai de encontro com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) que busca a implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo (BRASIL, 2004).

A PNH direciona-se no sentido de delegar poder aos usuários dos serviços de saúde, aumentando a sua participação e tornando-o corresponsável no processo de tratamento. Do mesmo modo, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) assegura como direito do usuário uma acolhida respeitosa e humanitária (BRASIL, 2001).

A construção do vínculo é baseada na confiança e no apoio mútuo que os adolescentes recebem de cada um dos componentes da sua rede de apoio. Estão inclusos nela a família, os amigos, os vizinhos e profissionais de saúde. Além de serviços, como o CAPS i, escolas, hospitais e atividades da rotina dos indivíduos, como estudos, cinema, caminhadas e leituras. Mesmo com todas as limitações, o CAPS infantil está inserido na rede de apoio desses adolescentes, como um local de suporte no manejo das crises e do tratamento assistencial.

Heitor: *são muito importantes pra mim e sempre quando eu quero conversar eles me ajudam.*

A constituição de uma rede de apoio ampliada está condicionada a inserção do indivíduo com transtorno mental dentro da sociedade. Todavia, percebe-se, muitas vezes, que o convívio social dessas pessoas permanece acanhado. Com isso, o meio intrafamiliar e o CAPS tornam-se os únicos espaços para socialização desses sujeitos (SALLES; BARROS, 2013).

A realização de atividades e convívio dos adolescentes que frequentam o CAPS i do município de Ponta Sul se dá, principalmente, dentro do ambiente familiar, tendo a mãe

e/ou da avó como principal cuidador. A rede pode se ampliar até chegar nos parentes próximos, nos vizinhos e nos amigos.

Sara: *eu vou 'butar' bem aqui [pausa breve para escrever] mãe, eu vou 'butar' bem aqui [pausa breve para escrever] pai, eu vou 'butar' aqui tia, a tia não é que ela seja minha tia de sangue, [...] Mas ela ajuda a gente bastante. E aqui eu vou 'butar' a minha madrinha. Mas, a pessoa que está mais presente na minha vida é a MINHA MÃE! A pessoa como segundo lugar é o MEU PAI!*

Marina: *uma amiga minha, a Carol, a gente se conheceu na minha última internação e ela foi a minha única amiga lá. A única amiga que das outras seis internações eu ainda continuei falando. E a gente se fala até hoje.*

Nicole: *primeiro botei a vó paterna, né, que é a minha avó que faleceu já faz ... foi em 2014, ela faleceu. E isso me abalou muito, pois eu ia muito visitar ela, [...] Isso também me deixou muito triste, então, foi um momento que eu desabei.*

Mas, ainda é possível perceber em alguns adolescentes, a dificuldade em compor sua rede. O caso abaixo mostra um adolescente que coloca em sua rede de apoio apenas elementos da natureza, não se colocando como pertencente a um grupo ou a uma comunidade.

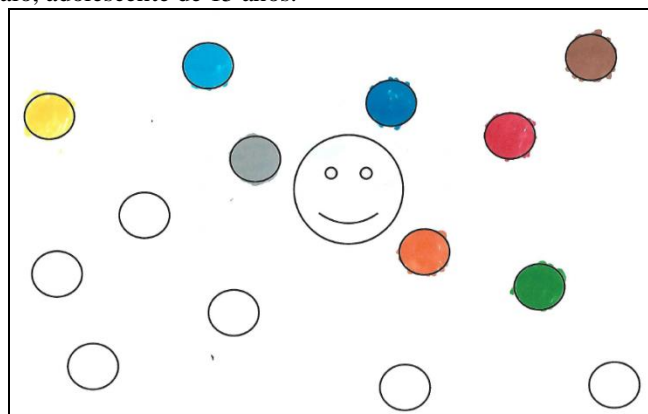
Pesquisador: *e o que cada cor representa?*

Caio: *a natureza. [...] tudo que eu gosto é ir pra praia. A praia é azul, né? A praia o [pausa reflexiva] ... Que é azul também, né, aquele lá...o mar, azul. Aqui é o time [de futebol]. Aqui é a cor do [pausa reflexiva] da lama. [...] Ah! O vermelho também é da flor. Da lama. Do [pausa reflexiva]... da grama. Ih, o amarelo, esqueci do sol. Que o sol, ele é com amarelo.*

Pesquisador: *tu tem essas coisas todas perto de ti no teu dia a dia?*

Caio: *não, mas às vezes acontece.*

FIGURA 6: Rede de Apoio de Caio, adolescente de 15 anos.



Fonte: própria.

A condição retratada apenas reforça a ideia de que a elaboração de um projeto terapêutico singular para pessoas com transtornos mentais devem estar centrada no fortalecimento de suas redes de apoio e em como ele encontrará recursos para ampliá-la

(BARROS; MÂNGIA, 2007).

Profissional do Serviço 4: a saúde mental precisa estar em toda parte. Não é suficiente que ela esteja no CAPS... o cuidado em saúde mental esteja no CAPS, ele é minimamente pra estar lá. Mas, é importante que essa criança, esse adolescente tenha qualidade de vida, que ele tenha outros espaços, atividade de esporte, de lazer, de cultura pra que ele tenha um bem estar que o acompanhe em qualquer lugar. Um cuidado, uma atenção às suas necessidades de uma forma mais ampla, que não passa só pela terapia, só pela medicação.

A estruturação de um círculo social é fundamental na construção da identidade dos sujeitos (ROMANO, 2011). A partir do momento que aquele está inserido em um grupo ele passa a interagir, e essa troca de experiências dele com outros indivíduos é que propicia a formação da personalidade. Além disto, possibilita sua inclusão social através da expansão de sua rede de apoio, abrindo espaço a formação de novos vínculos.

Destaco aqui as relações de confiança que há dentro da rede de apoio dos adolescentes são atribuídos, principalmente, aos amigos e aos parentes mais próximos.

Nicole: eu botei a avó materna, que é a mãe da minha mãe. Que toda vez que tem confusão lá em casa, eu vou dormir lá [riso] e ela sempre deixa o quarto livre com uma cama de casal enorme, um guarda-roupa livre caso eu queira passar uns dias lá, sempre deixa. Então ela me ajuda bastante, ela me entusiasma eu começar a estudar; [...] ela me deu a dica de fazer dindim, eu fiz dindim gourmet, ai eu fui vendendo, até que eu apurei o dinheiro pra comprar meus materiais escolares.

Marina: Roberta é outra amiga minha ... de infância.[...] ela é uma caixinha de segredos meu, sabe?

Em sua pesquisa Brusamarello *et al* (2011) identificou a rede de apoio social de pessoas com transtornos mentais e seus familiares. O estudo revelou que a família é o grupo social mais relevante para a manutenção do tratamento do indivíduo com transtorno mental em um ambiente extra hospitalar. Apontou, também, para a participação das igrejas e serviços de saúde neste processo de inclusão social.

Nicole: o CAPS i que me ajudou, né, muito, devido as terapias. [...] Os estudos, também me ajudam, porque quando eu chego em casa, eu vou estudar e tudo, fazer tarefa. E isso me ajuda bastante.

Marina: a psicóloga [...] eu vejo fora daqui [do CAPS i]. Eu demorei muito pra aprender a gostar.

Sara: LIVROS, pode ser? Eu amo ler. Antes, quando eu estudava, eu tirei 880 na redação.

Nicole: *E a igreja, a igreja me ajuda BASTANTE, né, porque primeiro vem Deus, né, nas nossas vidas. Eu sou da [igreja] Universal, então me ajuda bastante [pausa breve], os pastores, nas orações e tudo, me ajuda.*

Sara: *DEUS! Desde pequena que eu frequento a igreja. Fui coroinha e quando ‘dé’ o meio do ano eu vou ser acólito, que é ajudar o padre a servir na missa.*

As dificuldades vividas pelos adolescentes e seus familiares não se limitou na busca pelos equipamentos de saúde mental. Eles também têm que lidar com a descoberta dos primeiros sintomas, a aceitação da doença e o lidar com as mudanças que o diagnóstico trouxe na vida do adolescente e da família.

4.2.3 Os desafios de lidar com a doença mental

Para o adolescente é mais difícil enxergar o momento exato que os primeiros sintomas apareceram. Pois, para ele, suas atitudes são compatíveis com a idade e estão apenas devolvendo uma provocação externa. Aqueles que conseguem falar desses momentos, o caracterizam usando termos médicos tais como mudanças de humor repentino, agressividade, alucinações auditivas e isolamento.

Sara: *Eu lembro que eu ia pra escola, eu chorava bastante, porque eu escutava os alunos dizerem as coisas comigo e eles diziam que não diziam nada comigo e diziam que eu era uma menina muito quieta e que gostavam de mim, porque eu não mexia com ninguém. [...] Ai chegou uma época que eu não aguentei mais as vozes na sala de aula, nem tantas matérias e entrei muito em crise e não conseguia mais ir pra escola.*

Heitor: *Eu era muito hiperativo, muito inquieto. E algumas pessoas já tinham notado que eu era inquieto, que uma hora eu tava normal aqui, outra hora eu tava com raiva, outra hora eu tava alegre, outra hora eu tava triste e essa mudança de... como é que pode dizer? Essa mudança de sentimento, né, que é a raiva, a tristeza, a alegria é um sentimento... Era por causa que eu tinha, tipo, um distúrbio de conduta e hiperatividade.*

A família, por outro lado, percebe com mais intensidade as mudanças no comportamento do adolescente. Uma vez que estes são suas principais vítimas nos momentos de crises. Inicialmente, existe uma negação dos primeiros sintomas por parte dos familiares, seja por desconhecerem a existência da doença mental ou a não aceitação da mesma.

Luíza, mãe de Sara: *Minha filha, ela tinha problema desde pequenininha, mas eu não observava [...] Das vozes que ela escutava e ela não sabia me dizer. Aí ela passava a noite sem dormir, às vezes ela acordava de noite “Mãe, eu tô sem dormir, eu tô com medo, eu tô vendo ‘não sei o quê’ na minha frente...”, aí eu dizia “Menina, tu não tá vendo nada, não tem nada.”. Aí eu ia e me deitava com ela um pedaço, balançava ela, aí na hora que eu ia me levantando da rede ela*

agarrava no meu braço “Mãezinha, não me deixe só não, porque a casa tá cheia de bicho, eu tô vendo vulto”, eu digo “Que vulto, menina? Tu tá lá vendo vulto! Da onde é que sai esses vultos?”. Desde pequenininha. Ai com aquilo... Mas eu não sabia que existiam essas doenças, não sabia.

*Fernanda, mãe de Marina: Foi em dois mil e treze, foi num sábado de carnaval, eu acordei e ela me disse “mãe me leva no hospital” ai eu disse “porque?” “Não, por que eu to muito tonta, querendo desmaiar” “por que tu não come” porque ela sempre foi ruim de comer, “tu não come, vamos se alimentar” e ela insistindo, insistindo, insistindo. E ai eu levei ela na emergência, e o médico da emergência que atendeu foi ótimo, foi muito bom, lá no hospital da criança viu os cortes muito pouquinho, só que eu não tinha percebido, também pelo fato de **eu nem saber que isso existia**, eu não sabia. Eu me lembro até as palavras dele “...eu não vou trair a minha ética, ela é de menor e ta correndo risco de vida” e eu “ham?” ai disse “A sua filha tomou um comprimido pra se matar e está se cortando e a senhora tem que procurar urgentemente uma ajuda psicológica pra ela” e eu “ham?” nem passava pela minha cabeça isso. Mas ela disse que já vinha desde o final do ano anterior, foi numa escola que ela estudava que ela sofreu bullying e ela disse que começou a pegar o [pausa breve] o apontador tirar a lamina e de repente veio na cabeça dela se cortar, ela disse que não sabia que isso existia, veio assim de repente, só que ela fazia só cortes superficiais.*

Heloísa, mãe de Nicole: eu acho que ela tinha uns [pausa reflexiva] 10 anos mais ou menos. Ai foi que... ela também não queria dormir a noite, aí ficamos naquele sofrimento, ela muito agressiva, gritava, aí ficava se ‘azunhando’, cortou o cabelo... o cabelo dela era lindo, ela cortou. Pronto, dessa época que ela cortou o cabelo dela, ela nunca mais deixou o cabelo dela crescer.

A partir do surgimento dos primeiros sintomas, inicia-se a peregrinação da família pelos serviços de saúde em busca do atendimento mais adequado para a criança ou o adolescente. A partir da identificação dos itinerários traçados pelos usuários dos serviços de saúde, é possível identificar as limitações ou falhas que existam na rede (MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Os serviços públicos ou filantrópicos são quem, de fato, acolhem os casos mais graves dos tratamentos de doença mental e que necessitam de uma equipe multiprofissional para o tratamento. Porém, nem todos os pacientes do CAPS i realizam terapia individual ou terapia de grupo, seja pelo excessivo número de pacientes no serviço para poucos profissionais que compõem a equipe ou por desconhecerem a importância das terapias não medicamentosas (CARDOSO; BYRNE; XAVIER, 2016). Assim, quando necessitam, muitos acabam por buscar esses atendimentos fora do serviço.

Clara, mãe de Melissa: assim [pausa breve] às vezes consegue, né [risos], consegue uma consulta, consegue um remédio, às vezes não. Às vezes fica muito tempo sem atendimento, fica de 3 a 4 meses, já fez 5 meses sem conseguir consulta, então eu tive que ir atrás do particular, ainda bem que eu ainda tinha

condições de pagar. Agora quem não tem? Ainda tinha... minha família que me ajuda.

Laura, avó de Bernardo: eu disse assim “Bernardo, eu vou te levar pro psiquiatra, você tá precisando. Você ia jogar aquela pedra em mim?”, ele disse: “Eu ia, vó. Tava com raiva e eu ia” e eu disse assim: “Se ele passar remédio pra você, você toma? Porque eu quero que você tome sabendo que precisa de remédio, se ele passar. Porque eu vou ter que lhe dar escondido e eu não quero lhe dar escondido. Você toma?”, ele disse: “Tomo, vó.”, eu disse: “Você vai no psiquiatra?”, ele disse: “Eu vou, vó.”. Então eu levei, com 8 anos de idade, paguei até, parece que foi 70 reais, na época.

Nicole: eu primeiro fui pro particular, né? Logo quando meu pai começou a perceber que eu estava [pausa breve] ficando com depressão, ele logo fez um plano de saúde pra mim, pra ... porque tanto eu como meu irmão mais velho, que vi fazer 30, ele tinha convulsões, né, e eu fui ocasionando a depressão. Ai nós dois tínhamos planos de saúde. Então eu ia pra psiquiatra, primeiro pra psicóloga, né, pra ela poder passar, ai ela notou que eu precisava de um psiquiatra, de um terapeuta, depois que eu vim pro CAPS i.

Em outros casos, onde o adolescente tem um quadro grave de depressão acompanhado de inúmeros episódios de tentativa de suicídio, o responsável acredita que o serviço não tenha como fazer o acompanhamento com a qualidade e atenção que essa paciente necessita, não por incompetência dos profissionais, mas devido à dinâmica agitada e a instabilidade dos profissionais no serviço.

Marina: é [pausa breve] porque assim, eu só venho pra psiquiatra aqui, né. Mas eu sei que tem psicólogo, então, eu já fiz uma vez, há muito tempo, acho que foi em 2014... 2015. Ai, é [pausa breve], eu venho mais pra psiquiatra.

Fernanda, mãe de Marina: O atendimento psicológico não é aqui, por que eu percebi que ela teria um tratamento psicológico em um outro local, talvez por conta da estrutura, por que assim é muita gente, ela praticamente tá vindo semanalmente, ela [psiquiatra] disse “ela é uma das minhas pacientes de maior risco”, então ela tem uma atenção, uma preocupação de uma boa profissional. Então ela precisar de um tratamento psicológico mais... assim no caso dela, uma terapia tem que ser muito bem feita, não por conta da profissional, mas por conta de toda a dinâmica né.

O processo de adoecimento interfere sobre a vida do adolescente de diversas maneiras, a principal delas diz respeito à educação. O comprometimento desta afeta o seu convívio social e, conseqüentemente, a entrada no mercado de trabalho, a possibilidade de crescimento pessoal no futuro e gera nas suas famílias uma baixa expectativa quanto ao futuro do jovem.

Pesquisador: E tem alguma coisa no teu dia a dia que tu gostaria de fazer e que tu não faz?

Marina: *eu acho que ir pra escola. (...) eu passei 2016 sem estudar e desde 2014, depois que tudo começou, eu só vou até o meio do ano e saio. Eu gostaria de ir pra uma escola e conseguir ficar o ano todo e conseguir passar, conseguir interagir com todo mundo sem depois acontecer alguma coisa pra me magoar.. e sair da escola porque... [pausa longa] eu não sei, assim, só ... porque assim, se acontecer alguma coisa já acaba, tipo, o mundo, pra mim. Então, eu não consigo mais voltar lá.*

Nicole: *eu tinha parado de estudar, eu parei no 1º ano. Eu conclui o 9º, parei, devido a um namorado que eu tive, muito cedo. Acho que foi com 12 anos e ele tinha 13, né. Ai tava tudo normal e tudo, depois eu fui contar o que eu tinha, meus problemas pra ele, pra ele me ajudar e ele pediu pra gente terminar e isso me abalou bastante, me abala até hoje (...).Ai eu decidi sair do colégio e não tive mais forças pra estudar.*

Sara: *Porque eu não estudo mais. Na época que eu estava estudando eu estava em uma crise muito forte, a 'dutora' não me liberou.*

Caio: *Eu 'tô' parado um pouquinho.*

Pesquisador: *e tu tem vontade de voltar [para a escola]?*

Caio: *sim, porque eu brincava com meus 'amiguim'".*

Zambroni-de-Souza (2006) fala da dificuldade das pessoas com transtornos mentais têm de se inserirem no mercado de trabalho e isso acaba levando a família a buscar algum benefício previdenciário. Alguns cuidadores que participaram da pesquisa tiveram que abandonar o emprego para se dedicar a cuidar do adolescente e por isso eles se tornaram beneficiários. Porém, a garantia oferecida pelo benefício, muitas vezes pode impedir o jovem de pensar em uma independência financeira e o seguimento de uma carreira profissional.

Heitor: *mesmo que eu não possa trabalhar, eu fico recebendo esse dinheiro [benefício] pra vida toda, mas eu quero tá, como é que se diz, eu quero ser formado, né, pra poder.. se algum dia esse dinheiro faltar, eu ter condições de trabalhar, arrumar um emprego bem BOM DEMAIS pra poder sustentar minha mãe e realizar meus sonhos.*

Pesquisador: *mas porque que você não pode trabalhar?*

Heitor: *por causa que se eu trabalhar esse dinheiro vai ser cortado, entendeu, que não pode assinar a carteira.*

O futuro do adolescente quanto à entrada mercado de trabalho e sobre ter sua independência é algo que angustia os responsáveis. Pois, o comportamento dos jovens, faz com que eles os considerem imaturos, relapsos e dependentes. E tais atitudes não condizem com o perfil esperado para atuar no mercado de trabalho (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

Clara, mãe de Melissa: *Mas, eu sei que trabalhar.. ela vai ter que ser autônoma, por que na minha mente ela não vai conseguir trabalhar numa fábrica, pra outra pessoa, tem que ter uma pessoa que diga "vai ser assim, assim, assim e assim"*

porque ela é complicada. Pra ela coisas pequenas, qualquer coisa que tu bote pra ela fazer, ela acha que é demais. Se eu pedir pra ela fazer uma coisa em casa, ela acha que eu já tô cobrando muito... pra ela já é muita cobrança, ela tem que fazer, se ela esquecer, ela fica culpando. Então, pra ela trabalhar fora, eu acho que ela não vai ter condições.

Luíza, mãe de Sara: Aí eu acho assim, como é que uma pessoa dessa vai trabalhar desse jeito. Por que você sabe que emprego tem que ter responsabilidade, tem que ter muita prestação de atenção para não fazer as coisas errada e eu acho que a mentalidade dela não é a mentalidade de uma pessoa adulta. Ela é muito despercebida com as coisas, sabe?

Heloísa, mãe de Nicole: Aí, eu fico pensando, né, que ela depende demais da gente... aí se acaso eu... “meu Deus, o quê que eu vou fazer se um dia a Nicole não tiver nem a mim e nem a meu esposo?”... tá entendendo? É aí eu penso também nisso, a gente pensa numa coisa e fica aflita ao mesmo tempo. Porque, meu Deus, o quê que eu vou fazer com essa menina... porque... acho que em relação ao trabalho, acho que... ela quer ser da parte de estética, ela gosta muito de cabelo, de maquiagem, ela gosta muito sabe... aí eu fico assim até temerosa.

Além do mais, durante os conflitos familiares comuns entre irmãos, eles acabam usando ofensas baseadas no diagnóstico do adolescente, xingamentos como: louca e inútil são usados frequentemente. Essas desavenças acabam gerando a autoagressividade, como: a tentativa de suicídio (com remédios e com arma branca – faca, garfo); e a heteroagressividade: tentar lesionar aqueles que convivem com o adolescente.

Nicole: E também eu já cheguei a cortar o cabelo. Já cheguei a tentar me matar tomando remédios, com faca, já passei o garfo muito forte aqui no meu braço, mas não feriu, eu acho que foi Deus [risos]. E eu já tentei [pausa breve] matar minha irmã e minha mãe. (...) Minha irmã, ela [pausa breve] ela chega com muita raiva e ela chega assim com autoridade, sendo mais nova do que eu, mas ela tem mais cabeça que eu, óbvio, né, [respiro profundo]. Ai [pausa breve] eu me sinto pequena, né ... do jeito que ela chega. Então, o que eu faço é pegar uma faca e correr atrás dela, entendeu? E, às vezes, também, eu já tentei tacar [com tom mais baixo] paulada, essas coisas, eu já feri ela.(...) no momento, eu... quando vejo ela chorando, porque meu pai tá mal, devido a diabetes e tudo, por causa que ele fica abalado, quando acontece isso EU CHORO. E com a minha mãe, quando eu faço isso, eu me arrependo muito MUITO MUITO mesmo, que eu peço tanta desculpa, eu abraço ela, choro. Porque... eu digo a ela que não era eu. Não era eu ali.

Para outra adolescente, a doença não parece assustá-la. Para ela, a doença aparenta ser como algo comum em seu dia a dia. Além do mais, parece ter bastante familiaridade com o uso de termos técnicos próprios da linguagem biomédica.

Sara: É porque toda a minha família do meu pai tem esses problemas. Meu pai é esquizofrênico, minha tia Magnólia tem depressão e tem TAG que é transtorno de

ansiedade generalizada, praticamente todas as minhas tias já tiveram depressão, minha avó tem demência frontal e minha bisavó teve Alzheimer. Mas, a família da minha mãe não tem nada disso, apenas a família do meu pai.

Em saúde mental, existe uma linha tênue, posicionada pelo modelo biomédico, que divide o normal e o anormal (SILVA, 2008). Esses princípios estão arraigados nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da saúde e se refletem nas falas dos adolescentes.

Percebemos, ainda, o processo de adoecimento interferindo no futuro do indivíduo, e na execução de outros papéis, que não o de filho ou de paciente. Durante o manejo terapêutico as necessidades do usuário não são levadas em consideração (CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016). Existe entre os jovens a necessidade de pertencer, de não quer ser visto como diferente dos demais. O diagnóstico psiquiátrico e, em consequência, o uso de medicamentos tornam-se um obstáculo na sua realização pessoal.

Nicole: Ai, eu sempre quis ser mãe e quando a 'dotorá' chegou pra mim e disse que talvez eu não poderia ter filhos, devido eu tomar esses medicamentos e ser forte, devido eu não poder parar pra [pausa breve]... pra ter uma gravidez né, [pausa breve] saudável, eu não podia parar de tomar os remédios e então eu não poderia engravidar, entendeu? Isso me abalou um pouquinho.

Através dos relatos anteriores percebemos como o processo de adoecimento afeta a vida dos adolescentes de diversas maneiras. Entretanto, nem sempre eles possuem uma visão negativa acerca dessa questão. Foi solicitado, também, que eles comentassem sobre a frase “Eu sou uma pessoa ou uma doença?” presente no Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM).

Alguns deles mesmo com um diagnóstico, com o uso de medicamentos e com os sintomas da doença ainda afetando seu dia a dia, não se limitam a ela, eles enxergam sua vida para muito mais além da doença. Estes adolescentes enxergam-se como PESSOA.

Heitor: Eu sou uma pessoa. A doença ela vem quando...tipo assim, a doença faz parte da nossa vida. Se a gente não adoecesse a gente não era humano.

Sara: Eu sou uma pessoa [pausa breve] que possuo uma doença, mas que irei superá-la!

Porém, para outros adolescentes a doença está associada, principalmente, às atitudes negativas cometidas por eles no momento das crises. Essas falas refletem rejeição e estigma relacionados ao seu diagnóstico.

Pesquisador: o que vem primeiro na tua cabeça?

Nicole: porque [pausa breve] qual pessoa [pausa breve] boa, que não tem doença,

vai [pausa breve] tentar matar a irmã, vai tentar matar [pausa breve] a mãe? Vai apontar uma faca pra irmã, pra irmã? Vai tomar remédio pra se matar? Então eu acho que é uma doença.

O lidar com a doença mental depende da compreensão que o sujeito tem da sua própria condição (FERREIRA *et al.*, 2014). Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar a percepção do sujeito e propor práticas de saúde de correspondam à necessidade do usuário.

4. 2.4 Experiência com os psicotrópicos:

Muito está sendo discutido a respeito da medicalização da infância nos últimos anos (KAMERS, 2013; LEMOS; GALINDO; RODRIGUES, 2014; DECOTELLI, 2013), porém pouco se sabe sobre o lugar que esse medicamento ocupa na vida desses jovens.

É certo que os medicamentos usados na psiquiatria ajudam a reduzir diversos sintomas biológicos, como por exemplo, os excessos de raiva e mudanças de humor repentino que acabam levando à agressividade com ele mesmo e com as pessoas mais próximas. Os familiares percebem algumas melhorias no comportamento dos adolescentes com o uso dos medicamentos, assim como já vivenciaram momentos negativos.

Laura, avó de Bernardo: hoje em dia ele tem a vida dele. Ele vai pra aula, ele volta, vem, ele merenda, ele vai pro computador e depois ele vai de noite brincar de bola com os meninos, de carimba, de correr, sabe? Ele tem uma vidinha dele. E antes não, com o ((ácido valpróico)) e a risperidona ele ficava só se babando ali em pé, olhando, assim viajando no tempo. Como diz o ditado: vegetando.

Clara, mãe de Melissa: Tá melhor, porque era horrível, dava muito problema porque ela ouvia a gente falar coisa que a gente não falava. E ela tinha muito de... alucinação visual, se assustava com os quadros dentro de casa, com foto de algum santo, assim, ou com a gente, ela se assustava. Não tá tendo mais, porque os medicamentos agora ... só assim, esses dois sintomas a mudança de humor, se ela ficar sem tomar o ((ácido valpróico)) ela fica. Agora só o TOC que não... o TOC tá horrível, não tá com.. não controla...

Luíza, mãe de Sara: É porque primeiro a doutora começou a passar ((ácido valpróico)) pra ela, aí diminuiu muito [os sintomas], sabe, mas ela ficava o tempo todo assim [mexendo as pernas]. Tanto fazia ela tá onde ela tivesse, era em casa, na hora que ela acordasse, se eu saísse com ela, se ela não tivesse sentada ela ficava andando, ela ficava naquela agitação total. Agora não, agora ela tá melhor, sabe, por conta do remédio, né, que ela tá tomando.

O estigma social surge quando algo é desqualificado socialmente a partir de padrões previamente estabelecidos (CORBIÈRE *et al.*, 2012). As pessoas com transtornos mentais sofrem até hoje em decorrência do sistema excludente de tratamento desses pacientes antes da reforma psiquiátrica. Oliveira e Azevedo (2014) apontam para uma associação maior

do estigma com a baixa escolaridade.

Os pais passam por uma fase inicial da não aceitação de medicamentos nos filhos, frases como “*a mãe dele não aceitava ele tomar remédio, na época*” são bastante corriqueiras no dia a dia do serviço. Isso está associado, em grande parte, ao estigma que é usar medicamentos controlados.

Um estudo que procurou avaliar o comportamento dos psiquiatras brasileiros frente aos pacientes esquizofrênicos (LOCH, 2011). O estudo evidenciou que pessoas com esquizofrenia são estereotipadas negativamente pelos profissionais, tais estereótipos correlacionaram-se, principalmente, com o uso de medicamentos psiquiátricos.

Por muito tempo, acreditou-se que o uso desses medicamentos era apenas para ‘*louco*’, para conter aquelas pessoas que não tinham condições de viver em sociedade e deveriam ser exilados dela. Por mais que existam mudanças na forma de cuidar das pessoas com transtornos mentais, o estigma ainda é um elemento presente no cotidiano de trabalho.

Fernanda, mãe de Marina: *se a criança ou o adolescente não tiver aqueles traços característicos de um de um transtorno, ele não tem nada, pra muita gente, ele não tem nada.*

Laura, avó de Bernardo: *Os meninos que ofereceram droga a ele no colégio e ele tinha mania de tá dormindo no colégio “Por que tu tá dormindo no colégio? Que o remédio tu toma é de noite. Num tinha que tá dormindo de dia não” “Vó, é que tem um menino lá que me oferece comprimido e eu finjo que eu tô dormindo”, eu digo “Não precisa disso se ele vier lhe oferecer diga que não, que já vive muito doído, já toma comprimido”.*

É fácil observar que o uso dos medicamentos nem sempre influencia a rotina dos adolescentes de maneira positiva. Todas as nove histórias narradas aqui, seja pelo próprio usuário ou pelo seu responsável, já apresentaram ao menos uma vez algum efeito negativo do uso do medicamento. Os efeitos negativos manifestam-se tanto na primeira exposição ao fármaco, apresentando-se aos cuidadores como uma “*intoxicação*” necessitando assim de intervenções médicas e até mesmo hospitalização.

Clara falando de sua filha, Melissa: *A risperidona fez mal pra ela, haldol fez mal pra ela, porque [a psiquiatra] achava que ela tinha esquizofrenia só que pra ela, fez mal. Ela tomou um tempo, haldol ela tomou só dois e ela teve uma reação que foi parar no hospital, ficou babando, com dor, a boca dela ficou entortando, o rosto. Ai ela parou no hospital por reação do medicamento.*

Ou ela pode ser decorrente do uso prolongado desses fármacos, caracterizando-se como tremores nas extremidades o que dificulta o desenvolvimento de atividades diárias do

jovem. Percebido, inclusive, durante a realização da entrevista.

Marina: *ai, eu me tremo... por causa dos remédios. Eu não consigo [riso tímido].*

Pesquisador: *tu quer pintar?*

Marina: *não, pera ai. Eu vou conseguir. Eu tenho que conseguir.*

Sara: *E agora apareceu um 'trimilique' na minha mão ó [adolescente estende a mão tremula], ai a 'dotorá' disse que isso é da minha doença. [...] minha mãe pensava que era do efeito colateral da fluoxetina, ai a 'dotorá' perguntou "quando você tomava a fluoxetina antes você sentia isso?", ai eu dizia "não, dotorá, veio aparecer de uns tempos pra cá", ai a minha mão começou a tremer, ai ela disse assim... ela explicou pra minha mãe que quando vem os pensamentos e as vozes eu fico muito ansiosa e a ansiedade causa isso. Tá entendendo? Ai eu disse, que ... eu tenho um celularzinho deste tamanho, sabe? E quebrou o vidro todinho porque eu tava usando ele e minha mão tremeu e caiu de cara no chão.*

Outro efeito negativo percebido pelos responsáveis e pelos próprios usuários dos medicamentos é o aumento de peso. Sendo considerado, por eles, até mais prejudicial, pois afeta diretamente na adesão ao tratamento, uma vez que interfere na autoimagem do adolescente.

Laura falando do neto, Bernardo: *depois que ele tá nesse tratamento com Olanzapina, ((haloperidol)) e Fluoxetina, por que ele é muito ansioso e era muito gordo também, por causa dos remédios. E ele tá na dieta, emagreceu foi muito.*

Clara, mãe de Melissa: *Porque ela tinha que aumentar o antipsicótico, mas ela não podia aumentar muito, porque ela engorda demais.*

Fernanda, mãe de Marina: *Ela sabe que ela tem que tomar a medicação, só teve uma vez que ela jogou fora, ela jogou cinco dias de um medicamento fora. Porque era um medicamento, a olanzapina, que ela tava engordando muito, então ela também tem isso de não querer engordar.*

Em seu trabalho realizado em 2013, Maciel identificou que grande parte dos medicamentos listados na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) do município de Fortaleza não possui aprovação para uso pediátrico. O que pode levar a inúmeros problemas decorrentes do uso de medicamentos e, conseqüentemente, à interrupção do tratamento.

O uso descontínuo de medicamentos controlados pode ocasionar uma recaída e internações hospitalares (CARDOSO; GALERA, 2009). Portanto, é interessante valorizar os espaços que possibilitam o compartilhamento de experiências e proporcionem uma escuta qualificada.

Ainda sim, os adolescentes participantes da pesquisa, descrevem o uso de medicamentos para auxiliar, principalmente, nos sintomas relacionados às emoções do indivíduo. Alguns relatos trazem uma definição bastante vaga a respeito dessas emoções e a

melhora é observada pelo aspecto comportamental. Não foi transmitida uma confiança de que eles realmente entendam como funcionam os fármacos.

Heitor: *A terapia [de grupo] é pra ajudar aquela pessoa a entender o que ela tá passando aquilo, entendeu? E o remédio é pra ajudar A PASSAR AQUILO e também a **trazer aquilo que não tem na pessoa** entendeu?*

Pesquisador: *tu acha que teus medicamentos te trouxeram alguma coisa que tu não tinha?*

Heitor: *sim! Trouxeram [pausa] mais paz pra mim, por causa que eu era muito agitado. Levaram a inquietação. A danadisse, eu era muito danado, agora **com o remédio eu fico mais calmo e trouxeram paz, felicidade**, por causa que antigamente era [pausa] era MUITO [pausa breve] impossível, eu era muito impossível, tudo que minha mãe falava eu já tava gritando, não respeitava a minha mãe e também a minha tia eu não respeitava. Teve uma vez que eu tava nas crises, né, eu peguei e quebrei um cabo de vassoura nas costas da minha tia, até hoje eu me sinto mal.*

Marina: *é [pausa breve] porque assim, eu só venho pra psiquiatra aqui. Mas eu sei que tem psicólogo, eu já fiz uma vez, há muito tempo, acho que foi em 2014... 2015. E tipo, a minha mãe vem comigo e aí eu chego, minha mãe fala e a psiquiatra pergunta as coisas que tavam acontecendo e eu respondo e depois minha mãe fala também e depois a psiquiatra passa [pausa breve e em tom mais baixo] remédios, pra **fazer o meu humor melhorar**, pra **fazer eu me sentir menos irritada**, pra mim, tipo, ficar melhor.*

Os cuidadores, muitas vezes, conseguem constatar sinais de excesso de medicamento devido ao aparecimento de uma sonolência intensa. Tal efeito é decorrente do uso demasiado de um fármaco prescrito ou, ainda, consequência do sinergismo entre dois fármacos.

Nicole: *antes eu dormia bem, né, com o ((clonazepam)) e a olanzapina que eu tomo. Só que depois eu acho que fui me viciando, né, no ((clonazepam)), porque vicia, né? Aí eu não consigo dormir com 1, aí eu tomo outro, tomo mais outro, tomo UMA CARTELA, às vezes, sem minha mãe saber... aí eu durmo. Mas se eu tomar só um e uma olanzapina eu não consigo dormir.*

Heloísa, mãe de Nicole: *Aí, a ‘dutora’ olhando todo aquele laudo dela, aquela medicação, disse que não havia necessidade de TANTA medicação, né? Aí reduziu um monte da medicação da menina, aí foi que a menina parece que começou a se libertar, começou a viver, tá entendendo? Porque ela vivia robótica, ela só comia e dormia. Era um robô que a gente tava criando aqui dentro de casa, né, certo que a agressividade ela tinha deixado, mas acho que ela não deveria ter... tomado tanto remédio, né? assim ela não estudava mais... mas comia e dormia.*

Clara, mãe de Melissa: *Teve um tempo que ela tava tomando MUITO muito muito, muito forte, aí quando ela toma medicamento que é demais, ela passa mal, ela fica... ela começa a querer.. a enlouquecer mesmo, tipo assim, perder o juízo, se ficar muito muito muito forte. Ela tava tomando 8 comprimidos de clomipramina, OITO, que a médica [do particular] tinha passado. Eu tava dando, mas eu vi que*

ela tava [pausa breve] tipo querendo endoidar, que era demais e ela fica querendo passar mal. Ai eu peguei e diminui.

Ágata, mãe de Bruno: Ele passava a noite acordado, até eu passava a noite acordada, por que ele passava a noite falando só e eu ouvindo, trancava até a porta... Passava a noite acordado. Ai eu vim aqui pra 'dotorá' dá um remédio, ele se acalmar, ai pronto eu me acalmo, dorme, dorme que é uma seda. Por que quanto mais eu via ele sofrendo, mais eu sofria também, por que a gente via que ele não dormia de noite, ficava com a vista quebrada e falando só.

As classes de medicamentos mais comuns utilizados pelos adolescentes que participaram da pesquisa são os benzodiazepínicos e os antipsicóticos. As associações medicamentosas, muitas vezes, são necessárias, principalmente quando o paciente apresenta mais de uma comorbidade (BAXTER, 2010). Em um estudo que buscou avaliar a ocorrência de interações medicamentosas com benzodiazepínicos, identificou-se que, dentre as classes mais prescritas em associação aos benzodiazepínicos, estavam os antipsicóticos (VIEL *et al.*, 2014).

Os antipsicóticos agem antagonizando os efeitos da dopamina em seus respectivos receptores, adicionalmente, ele potencializa o efeito depressor do sistema nervoso central (SNC) provocado pelos benzodiazepínicos. Intensificando os efeitos sedativos, reduzindo a atividade motora e pode levar o paciente a um quadro de depressão respiratória (KATZUNG, 2014).

A reprodução do discurso centrado no modelo biomédico está presente na fala de muitos adolescentes e refletem, por vezes, uma postura passiva e não participativa do usuário. Por mais que eles possuem informações acerca da doença, dos seus sintomas, dos medicamentos e seus efeitos negativos, ainda sim, eles se mantêm em uma postura não questionadora e longe de estarem responsáveis pelo tratamento.

Sara: Eu penso que a gente tem que tomar nossos remédios e seguir o tratamento em frente e nunca parar. Porque tem doenças que apesar de não ter cura tem controle, tá entendendo.

Nicole: E ela [médica] dizia que [a duração do tratamento] tanto podia ser [pausa breve] BREVE, [pausa breve] como podia ser [pausa breve] um pouco longa, como podia ser pra sempre. Então o 'PRA SEMPRE' me abalou [pausa breve] porque eu não quero ser doente pra sempre, eu não quero tomar remédio pra sempre.

Heloísa, mãe de Nicole: Também tem os medicamentos, ajudam MUITO, né? Mas que se não tiver ajuda dela, não serve de nada, né.

Júlia, mãe de Heitor, falando da duração do tratamento do filho: não sei...[risos tímidos]. Ai quem decide é... como é... quem acompanha ele né [risos]?

Luíza, mãe de Sara, falando da duração do tratamento da filha: *Eu num sei, né. Quem sabe é Deus, né. Por que o povo diz que esquizofrenia não tem cura, né? Você acha que tem cura? Fica com aqueles remédios diariamente, né?*

É preciso que os profissionais da saúde e as famílias valorizarem a autonomia da pessoa com transtorno mental e ajudem a direcioná-lo na busca pelo protagonismo de suas vidas (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017). No que diz respeito à tomada de decisão sobre o seu tratamento, os jovens com transtornos mentais são apenas expectadores dessa ação, ficando a responsabilidade centrada nos responsáveis e nos profissionais de saúde.

O que torna mais difícil incluir esse jovem na tomada de decisão sobre seu tratamento, segundo os entrevistados, é a maturidade e, também, a estabilidade emocional para compreenderem na necessidade de determinadas condutas, principalmente, do uso de medicamentos.

Sara: *eu acho que quem tem que decidir é mais a família do que os adolescentes. Porque, realmente, esses adolescentes de hoje tem a cabeça feita só de lua.*

Nicole: *não, eu acho que eu não tenho [em tom mais baixo]. Eu acho que é mais meus pais, às vezes eles chegam a perguntar assim “E ai, Nicole, tu vai querer ir? como é que vai ser?”, mas é muito raro. [pausa breve] eu não gosto, porque era pra eu participar, né? Tipo se eu... era pra eu decidir também “ah, será se eu vou...”, se eles chegassem assim “Nicole, tu quer ir pra psiquiatra?”, ai eu “não, não sei” ou “sim, claro que eu quero me curar!” ai eu queria participar também em relação a isso, né.*

Ágata, mãe de Bruno: *Acho que é bom pra ele... é bom pra ele, por que ele já tá ficando adolescente.[...] Porque de participação não tem nada, quando eu venho aqui [no CAPS i] pra uma reunião, ele fica pintando alguma coisa.*

Clara, mãe de Melissa: *Mas assim, decisão totalmente não, mas eles têm que ser ouvido, né, porque eles que tomam os medicamentos. Mas, decisão, decisão, decisão, é complicado deixar na mão deles, porque eles não têm a mente saudável, assim, de realidade.[...] É complicado, porque eu acho que eles não têm muita decisão como... ter atitude, porque eles não... porque eles têm transtorno, né? Eles não tem a mente... uma mente bem estável pra poder tomar a decisão, eu acho.*

Profissional 1: *Mesmo se tratando de adolescentes, eu vejo, assim, que muitas tomadas de decisão é importante que a família participe, não deixar só na mão dos adolescentes. Mas é importante, logicamente, que eles vejam a importância daquele atendimento, deles serem escutados. Muitos não querem fazer uma terapia de grupo, querem individual, a gente respeita isso.*

Observa-se uma lógica controversa de que o adolescente não pode ser “forçado” a participar das terapias não farmacológicas, nesse caso ele tem voz para determinar seu

posicionamento diante da terapia que lhe foi ofertada. Por outro lado, quando a opção terapêutica é uso de medicamento, esses mesmos adolescentes não tem vez. O medicamento é (im)posto como algo indiscutível e imperativo sobre a vontade do usuário. E o mais assombroso é a forma subserviente e naturalizada com que a família, o usuário e os profissionais vivenciam essas situações.

Marina: Quando eu fazia a psicóloga aqui, eu decidi parar de vim pra cá. Porém, eu não posso [pausa breve] tipo, decidir se eu [pausa breve] vou vim pra psiquiatra ou não, eu tenho que vim. Eu não posso tomar a decisão de parar de vim pra psiquiatra ou parar de tomar o remédio, mas da psicóloga eu pude parar, eu tive a decisão de parar. Agora, eu não sei se os outros [pausa breve] podem tomar essa decisão, tipo, parar de vim pro psicólogo ou se dizer “eu não vou tomar esse remédio, eu não quero tomar esse remédio”, “Não, eu não vou vim pra psicólogo nesse horário, porque eu não gostei dela” eu pude, mas eu não sei se os outros podem.

Pesquisador: Porque que tu acha que é mais difícil tu tomar essa decisão?

Marina: [pausa longa] por causa da minha mãe.

Pesquisador: e se fosse por você?

Marina: [pausa longa] eu acho que eu também não pararia. Eu acho que se eu não tivesse tomado medicamento, desde 2014 até agora, eu estaria bem pior. Eu tô [risos]... eu nem taria aqui.

Júlia, mãe de Heitor: Não! Tem que tomar o remédio que foi passado pela médica, então você tem que ‘tumar’, você não pode ficar em ‘tumar’.

Fernanda, mãe de Marina: Porque a psicóloga dela [da Marina], quer que eu dê autonomia pra ela em relação a medicamento. Não tem como eu fazer isso, porque não tem como eu colocar um medicamento na mão da Marina. Ali a vista “ah tá ali, você sabe que tem aquele horário, que tem o medicamento ali que você tem que tomar” eu não posso fazer isso coma Marina, por que ela pode ver aquele medicamento e tomar todinho.

Profissional 4: É preciso a gente trabalhar com essa mãe que o filho tenha uma vida própria, que ele melhore, que ele tenha outros interesses que não ela, que ele tenha uma vida além do ambiente familiar.[...] e muitas vezes os pais tem muita dificuldade com isso, principalmente adolescentes com retardo, com psicose. Então, a gente precisa tá trabalhando com essas famílias para que o tratamento não seja prejudicado ou mesmo impedido de ser feito por conta deles.

Desde o século XIX, ao surgirem os primeiros movimentos de “higienização social” a figura do doente mental juntamente com outros grupos sociais, como negros e homossexuais, foram segregados da sociedade e destituídos de direitos e poder de voz (COSTA, 2006). Com a implementação da PNSM, em 2001, as pessoas com transtornos mentais tiveram seus direitos resgatados socialmente (BRASIL, 2001). Porém, o que se percebe é que ao tratar-se de crianças e adolescentes essa fala ainda permanece muda.

Durante as narrativas, foi, ainda, reforçada a ideia de parceria, entre família, usuário e profissionais do serviço para auxiliar nessa tomada de decisão e na reconstrução do posicionamento, outrora passivo, desses adolescentes.

Fernanda, mãe de Marina: eu acho que tudo de dessa parceria família com os profissionais. Eles sozinho só com o profissional que acompanha digamos uma vez por mês ou até uma vez na semana no horário ali ele não vai ter como...ele pode até ter se ele for, se ele tiver um...uma certa maturidade, ele pode até compreender que ele precisa daquele tratamento e ele decidir “não, eu vou, eu vou me concentrar nisso, eu vou”, mas se não tiver esse apoio aqui, eu acho, a maioria não vai ter esse, essa consciência não.

Profissional 4: Agora eu acho também que sem o apoio da família, esse atendimento não é muito eficaz. Por mais que a equipe seja preparada, seja dedicada, seja competente... eu acho que a nossa equipe é. Mas, se a família não estiver trazendo pros atendimentos, se não tiver esse compromisso de não faltar, de estar sempre se comunicando com o serviço, avisando das ausências, relatando como está o estado da criança, passando um pouco do que a escola também diz, eu acho que o tratamento ele não é muito efetivo.

Percebemos, nas falas, o medicamento como ferramenta central no processo de cuidado das crianças e dos adolescentes com transtornos mentais. As práticas de saúde mental ainda não estão sendo capazes de promover a reinserção dessas pessoas na sociedade (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013).

O ato de classificar e, até mesmo, “condenar” uma criança ou um adolescente com um diagnóstico trará consequências intangíveis para esses indivíduos. Reduzi-los, somente, a um corpo biológico controlado por substâncias químicas exógenas, retirando dele todo e qualquer poder de decisão, é retirar a vertente psicossocial com a qual o profissional da saúde deve enxergar seus pacientes.

4.2.5 Função dos atores (usuário/ família/ profissionais do serviço) no processo de cuidado:

Discutiremos, aqui, a função de cada um dos três atores (usuário/ família/ profissionais do serviço) envolvidos no tratamento de crianças e adolescentes a partir de suas próprias perspectivas. Mostraremos, também, como se dá a relação entre eles dentro do CAPS i.

PAPEL DO CAPS I:

O CAPS i do município de Ponta Sul é visto pelos adolescentes, seus familiares e trabalhadores como um local de reinserção das pessoas com transtorno mental. Outros estudos

mostraram que é nele que os sujeitos desenvolvem o convívio social, tratamento e reabilitação psicossocial (NASI; SCHNEIDER, 2011; PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013)

A atuação desse serviço deve ser focalizada no tratamento humanizado e centrado no indivíduo (FERREIRA *et al.*, 2016). Dessa forma, os atendimentos no CAPS i são baseados no afeto e na amizade, originados do vínculo que os profissionais desenvolvem com os usuários e suas famílias. Através das análises das falas, o CAPS i contribui para o desenvolvimento da criança e do adolescente, tratando tanto “*da cabeça*” como dos “*sentimentos*”.

Esse desenvolvimento foi obtido pelos adolescentes através da participação nos grupos terapêuticos. Neles, os momentos de compartilhamento, troca e solidariedade pelo sentimento uns pelos outros foram os principais modos de promover a interação.

Nicole: eu acho que nas atividades [pausa breve] é, tanto de perguntas, como de jogos, vai ajudando a gente a se desenvolver. Quando eu cheguei no CAPS i, eu era muito tímida. E nisso eu fui desenvolvendo, fui conversando mais. Porque se fosse naquela época, eu não estava conversando desse jeito aqui contigo...

Sara: Ah, é muito bom, porque foi aqui que eu fui descobrindo a minha doença, que eu fui conseguindo me conscientizar, realmente, de que eu precisava de um tratamento. Porque antes eu era muito [pausa breve] tímida, quieta... foi assim que eu fui desenvolvendo mais... como eu posso dizer, saindo do isolamento social. E o CAPS i foi muito importante, assim, e aqui eu consegui [pausa breve] meio que me encaixar na sociedade, porque antes eu não me sentia encaixada.

Para os profissionais, o CAPS i é um importante equipamento no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Por tanto, um dos seus principais objetivos é trabalhar o desenvolvimento das crianças e adolescentes para que os transtornos não se agravem.

O CAPS i surgiu com a proposta de redirecionar o tratamento de sofrimentos psíquicos fora do ambiente institucional (LYKOUROPOULOS & PÉCHY, 2016). Para isso, ele utiliza de diversos recursos, como: acompanhamento com a equipe multiprofissional (psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros e os demais serviços profissionais); atendimento em grupo, tanto para crianças e adolescentes como para as famílias; atividades de acolhimento e escuta; visitas domiciliares; e Assembleias dos usuários (BRASIL, 2004).

Profissional 1: O CAPS i tem esse papel, né, de cuidar da saúde mental dessas crianças, desses adolescentes, para que eles possam estar evoluindo, melhorando

seu quadro clínico para quando chegar na fase adulta nem precise de CAPS. E eu acho que muitos podem nem precisar.

Profissional 2: Porque aqui, o que é que a gente quer? A melhora do paciente sem que ele precise ficar internado em hospitais ou em qualquer outro órgão que ele fique dias e mais dias internado.

Entretanto, somente o CAPS não é suficiente para conseguir recuperar a saúde mental dos indivíduos. É preciso um cuidado amplo e ligado em Rede e em conjunto com a família, com a escola, com o lazer e a cultura (LIMA, 2011).

Interação do usuário com o serviço se fragiliza, a partir do momento que os usuários não se veem como parte que compõem o serviço. Isso se reflete no distanciamento que eles têm das atividades que acontecem no CAPS i, na baixa adesão às atividades não farmacológicas e na ausência nas assembleias dos usuários, que no caso de crianças e adolescentes, a família deve estar engajada. Falta nos usuário e nas famílias, o sentimento de pertencer à Rede de Atenção Psicossocial.

Profissional 2: eu acho muito pouco esse tempo de grupo com eles, 40 minutos ou uma hora. Eu gostaria realmente que eles tivessem um tempo maior de integração com o serviço. Por exemplo, antes a gente tinha uma parte intensiva, que era o dia todo de trabalho com eles, então ali eu via um ponto mais positivo.

PAPEL DO ADOLESCENTE:

Mesmo com todos os esforços para o redirecionamento dos modelos de atenção em saúde mental para a sociedade, a participação dos adolescentes com transtornos mentais nos seus tratamentos é evidenciada como algo passivo e, na maioria das vezes, dependente da decisão que o profissional de saúde toma sozinho ou junto à família dos usuários (CARDOSO; OLIVEIRA; PIANI, 2016).

A fala desses adolescentes é levada em consideração somente em momentos pontuais durante a relação profissional/paciente, como no relato de sintomas para o profissional dar um diagnóstico, na descrição dos efeitos causados pelo uso de algum medicamento e nos acontecimentos de sua rotina.

Heitor: O papel? É me ajudar. E eu também ajudar eles [os profissionais]... a entender. (...) É, tipo assim, interagindo com ele [profissional da saúde], entendeu? Dizendo como é que eu me sinto, como é que é meu dia, como a gente fez, né. E dizer o que eu tô sentindo, se eu durmo bem, se eu não durmo bem, se eu tô feliz, se eu tô triste, se eu tô com raiva. Isso é toda uma coisa que deve ser feita, o usuário tem que falar o que tá sentindo pro profissional do serviço, né. E o profissional do serviço vai tentar ajudar a essa pessoa o que ela tá passando, entendeu? Se ela tá passando por felicidade, ela interage com a pessoa, dizendo

'ah ta feliz porque?', tipo assim, a pessoa vai interagindo. E também vai ajudando a pessoa.

Nicole: *tem que **colaborar**, porque se não colaborar eu não vou melhorar nunca.*

Pesquisador: *como que tu colabora?*

Nicole: *tomando os remédios direitinho, da forma que a 'dotorá' pede, é [pausa breve] conversa.... aprender a dizer o que eu tô passando, né, pra ela poder entender também, né, e tentar me ajudar de alguma forma, mas tentar me ajudar, entendeu? Então eu sempre tenho que tá conversando, interagindo, pra ela saber o que tá passando, né?*

Marina: *Tipo... vindo pra cá (...), é eu tomar os remédios direito, é eu vim sempre nos dias marcados.*

Sara: *A minha função é **me ajudar**. Seguindo o que as 'dotoras', as psicólogas e terapeutas mandam, tomando meus remédios e me conscientizando cada vez mais.*

Em uma pesquisa recente feita com usuários do serviço de saúde mental engajados na participação política na área de saúde mental, Gonçalves e Onocko-Campos (2017), discorrem sobre o distanciamento que essas pessoas têm de seus tratamentos, que elas não possuem poder de decisão e nem de fala. Os serviços de saúde mental devem primar por incluir o usuário nas decisões sobre o seu projeto terapêutico singular transformando-o em um agente colaborador na composição do mesmo e não apenas cooperativo. Estratégias que visam tornar o adolescente corresponsável pelo seu tratamento devem ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde e estimuladas, tanto pelos gestores como pelas políticas públicas de saúde.

O distanciamento que o usuário tem dos aspectos relacionados ao seu tratamento, é algo que fragiliza a continuidade do mesmo, pois o deixa à parte das decisões. Pois, muitas vezes ele desconhece o seu diagnóstico, não compreende as opções terapêuticas que lhe são ofertadas, inclusive quanto ao uso de medicamentos, e isso o afasta ainda mais de se tornar gestor do seu tratamento. Esse resultado desperta nosso olhar para algo bem mais amplo que diz respeito ao conhecimento do usuário sobre o seu tratamento.

Nicole falando de seus diagnósticos: *eu vi no prontuário que é esquizofrenia, transtorno... síndrome de Boderline e isso me afetou muito quando eu soube que eu tinha, entendeu? [...] Síndrome de Boderline que eu soube é que tem um jeito de criança até mais nova, né. Eu acho que é isso, que foi pelo que me disseram. Às vezes sim! Eu ajo como criança, mas eu acho que todo mundo é assim, tem o seu momento criança, né? Mas esquizofrenia eu nunca tive a curiosidade de pesquisar não.*

PAPEL DA FAMÍLIA

A família, por sua vez, é quem detém a palavra final sobre o tratamento de crianças e adolescentes. Eles percebem que seu papel é fazer a criança/adolescente tenha acesso aos tratamentos. Por exemplo, procurar o CAPS i, marcar, trazer para o grupo, conseguir medicamentos. O papel de quem cuida, seria na verdade, fazer a ponte entre a necessidade das crianças ou dos adolescentes e os serviços que dispõem desses atendimentos (MARTINS; GUANAES-LORENZI, 2016).

Júlia, mãe de Heitor: meu papel é: trazer ele pra cá, é levar ele para o colégio, é... o que era mais, meu povo? Dá as medicação dele tudo na hora certa. Acho que só. [risos]

Ágata, mãe de Bruno: Minha função no tratamento dele né? No tratamento dele, é só dele vim aqui para o médico e ser acompanhado pra ele ficar bom... um dia ele ficar bom. Acompanhar ele é minha obrigação como mãe como família.

Clara, mãe de Melissa: Assim, no meu caso eu faço a minha parte e pronto, eu venho, faço a minha parte. Eu venho pegar a medicação, eu venho marcar as consultas, se tem que esperar eu espero até a hora que tem que esperar, mesmo às vezes, eu fico sem paciência, mas eu espero, né. Porque tem que esperar, não é as coisas do jeito que eu quero.

Lara, mãe de Gustavo: O que eu tenho que fazer? Que eu tenho que fazer é que eu to cuidando dele, que eu tenho que correr atrás do medicamento dele quando falta, e to dando direitinho, e to cuidando dele... então não posso fazer mais nada...

Luíza, mãe de Sara: Minha filha, eu venho toda vida pra consulta dela, venho pra psicóloga e venho pra terapia, procuro ajuda para que ela possa ficar boa, para que ela possa melhorar; que ela venha a ter a vida dela normal, que eu num sei quem sabe é Deus, né? Primeiro Deus, segundo a doutora.

Mesmo fazendo todas essas tarefas, os cuidadores convivem com a dupla sensação de julgamento (FINKEL, 2009). Por um lado, a sociedade exige que a família tenha controle sobre o adolescente, principalmente, durante uma crise ou um surto. Por outro, os próprios adolescentes, que em momentos de exaltação costumam atacar as fragilidades do cuidador, no que diz respeito às suas responsabilidades, como abdicar do trabalho fora para se dedicar aos cuidados do adolescente.

Lara, mãe de Gustavo: não é nem todo dia que ele tá bem, tem dia que ele tá melhor, tá conversando mais, que a gente pensa que nem tem problema. Mas, tem dia que ele fica agitado... mas assim, mas o remédio eu dou e é a mesma coisa, continua, não é pq eu n to dando remédio, diz assim “ela não tá dando remédio”. Eu?, eu to dando o medicamento dele bem direitinho, na hora que falta eu já fico correndo atrás, não falta.

Fernanda, mãe de Marina: *Ela diz que a culpa é minha por que ela é desse jeito [...] e eu, apesar dela me culpar bastante eu até deixei de trabalhar por causa dela, por que eu tive que escolher entre a faculdade e o trabalho e eu optei pela faculdade apesar de saber da dificuldade que eu ia passar. Hoje ela me culpa por que diz eu uso ela como desculpa para não trabalhar, semana passada ela disse “Qual vai ser a desculpa ano que vem por que sou eu e a faculdade, e ano que vem qual vai ser a desculpa pra não trabalhar?”.*

PAPEL DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A entrevista semiestruturada foi aplicada para quatro profissionais do serviço. Os profissionais entrevistados possuem uma maior aproximação com os adolescentes, seja na condução de grupos terapêuticos, no atendimento individual ou em outras atividades desenvolvidas no serviço. Buscamos não só a fala do profissional de saúde, mas também dos demais profissionais que atuam no CAPS i.

O tempo mínimo que estes profissionais estão atuando no serviço é de um ano e o tempo máximo quatro. Todas são do sexo feminino. Algumas têm experiência em outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, como CAPS geral tipo III e os Serviços de Residências Terapêuticas (SRT).

A principal função destacada pelas profissionais é ajudar o usuário a ter voz no serviço. As atividades desenvolvidas pelos profissionais do serviço são direcionadas no sentido deles terem conhecimento sobre o tratamento e conseguir desenvolver essa autonomia. Para isso, criam-se espaços como os grupos terapêuticos e os atendimentos individuais, onde os profissionais devem promover o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e a autonomia aos usuários e às famílias (JORGE *et al.*, 2011).

Profissional 4: *eu acredito que colabore no sentido, principalmente porque eu sou psicanalista, no sentido de dar voz a essas crianças. Porque criança é tida como aquela que não sabe de nada e quando a criança tem um problema, isso fica ainda mais explícito, né?*

O aperfeiçoamento profissional individual, aliado a discussão de casos clínicos pela equipe pode melhorar a percepção da equipe como um todo no lidar as demandas que surgem no serviço. Existe ainda uma elevada demanda de serviços e para uma equipe de trabalho reduzida (LUGON, 2016), o que faz com que os profissionais sintam-se, frequentemente, afastados das atividades que a sua profissão pode exercer.

Profissional 3: *No fracionamento desses pacientes que vem acompanhando toda semana, vendo evolução, vendo se tá bem, se não tá, se tá tomando [o medicamento] ai remarca pro médico, tenta procurar um psicólogo... é só com*

esses aí que a gente tem mais vínculo.

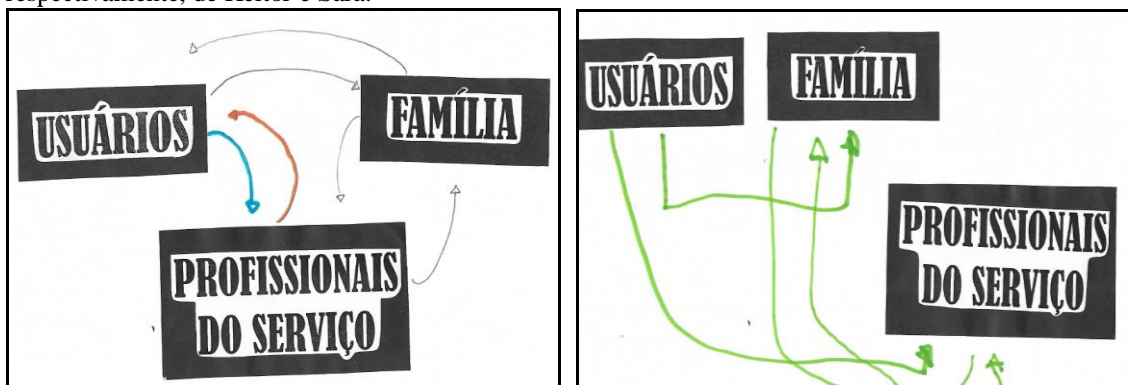
Existe no CAPS i um atendimento para os pacientes que apresentam algumas dificuldades no controle dos medicamentos, ele é chamado de dose supervisionada. Nele, os responsáveis por crianças ou adolescentes recebem os medicamentos fracionados apenas para o período de uma semana e o restante fica sob a responsabilidade dos profissionais da enfermagem. Assim, estes pacientes acabam tendo um contato mais próximo com a equipe e por apresentarem um perfil que necessita de uma atenção maior no que diz respeito à terapia, eles acabam tendo mais acesso aos serviços oferecidos.

RELAÇÃO DOS TRÊS ATORES NO CAPS I

De acordo com o que foi expresso pelos participantes da pesquisa, tanto nas narrativas como nas colagens, percebemos a maneira como os atores interagem nem sempre é de modo igual.

Os atores relatam terem uma boa interação, ainda que esta não seja a ideal. Alguns adolescentes consideram a relação igualitária entre profissional, usuário e família são percebidos nos atendimentos, seja ele individual ou coletivo. Esse sentimento de igualdade é observado no afeto desenvolvido pela ferramenta terapêutica, denominada vínculo, que une todos eles (SANTOS; MIRANDA, 2016).

FIGURA 7: Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. As figuras são, respectivamente, de Heitor e Sara.



Fonte: própria.

Heitor: *O usuário chega e fala com o profissional. O profissional fala com a família e a família fala com o profissional.*

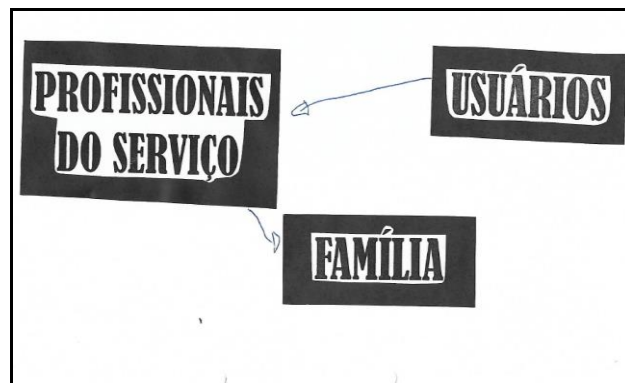
Sara: *O usuário, que sou eu, e a família vêm pra cá [pro CAPS i]. (...) Os profissionais do serviço procuram a gente [usuário] e a família também no mesmo sentido.*

Existe uma boa recepção dos usuários pelos profissionais do CAPS i, “dos

serviços gerais à coordenação”. Quando um paciente que não está em condições de vir ao serviço, os profissionais fazem uma busca ativa para resgatar esse paciente novamente. Quando eles estão incapacitados de vir ao serviço, os profissionais vão às residências fazer as visitas domiciliares. O baixo quantitativo de profissionais dificulta a execução das ações de visitas domiciliares pela equipe.

Destacamos, ainda, a importante função do profissional de serviço agindo como “ponte” entre usuário e família. Os usuários transferem o vínculo e confiança mais para o profissional que para a própria família.

FIGURA 8: Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. A figura é de Nicole.



Fonte: própria

Nicole: *O usuário, que é a gente que é tratado aqui no CAPS i, com os profissionais do serviço, devido eles ajudarem bastante a conversar (...). E os profissionais do serviço ajudam a família a ajudar os usuários, né? Ajuda a família a entender que a criança ou o adolescente ou até mesmo o adulto tem aquilo.*

Profissional 4: *Assim, eu pensei aqui os profissionais do serviço como estando na base, né, do trabalho e o objetivo maior seria o atendimento a essas famílias e esses usuários, como sendo, tipo, o topo da pirâmide.*

Há aquela relação em que prevalece o diálogo entre família/profissional, ficando o usuário à parte das decisões. O distanciamento do usuário nas questões relacionadas ao seu tratamento é bastante evidente com a maioria dos adolescentes entrevistados para a pesquisa.

FIGURA 9: Relações entre adolescente (usuário), família e profissional do serviço no CAPS i. A figura é de Marina.



Fonte: própria.

Marina: *A família procura aqui [os profissionais], porque os usuários, que é a gente, estamos precisando de ajuda, junto da família.*

Profissional 3: *começa com a família, que procura o serviço. O usuário, eu acho que é o último, pouco ele vem e às vezes nem quer vim. A gente faz busca ativa, principalmente a ((assistente social)).*

Profissional 2: *Nós somos o serviço, a família que nos procura. Muitas vezes nós também procuramos as famílias, quando elas fogem, né.*

Ainda segundo os usuários, alguns fatores que exercem influência sobre a relação usuários/família/CAPS i. O primeiro deles é a forma como os usuários/família estabeleceram contato com os profissionais do serviço. A interação acontece no momento das consultas com psiquiatra, das terapias individuais, da participação em grupos ou ainda durante as visitas domiciliares.

Sara: *Primeiro, eu vou colocar aqui os profissionais que procuram a gente, porque foram eles que foram lá na minha casa. Assim, eu vou botar 'profissionais procuram família' 'Família procuram profissionais' e DEPOIS os 'usuários procuram a família e os profissionais'. Porque, primeiro eu procurei minha mãe pra conversar do problema e depois que ela veio... que eu e ela viemos para os professi... PRO-FI-SSI-O-NA-IS.*

Outro fator que influencia essa relação é o amparo intrafamiliar dos usuários. Alguns não encontram o ambiente de confiança que necessitam para lidar com as questões que envolvem o adoecer e isso torna o vínculo mais forte do usuário com o profissional de saúde. Dessa maneira, os profissionais exercem um papel fundamental no processo de cuidado, de ser a “ponte” entre os usuários e as famílias. Eles são responsáveis por traçar estratégias que reestabelecerão os vínculos entre os dois outros atores.

Nicole: *eu acho que o usuário, né, que é a gente, que é tratado no CAPS i, com os*

profissionais do serviço, devido eles ajudarem bastante a conversar, porque nem tanto... podia ser a família, mas nem tanto as vezes a família ajuda, as vezes a família abandona, as vezes a família não que saber, não quer acreditar, então, é difícil.[...] E os profissionais do serviço ajudam a família. Porque [pausa breve] ajuda a família a [pausa breve] ajudar os usuários, né? Ajuda a família a entender que a criança ou adolescente, ou até mesmo o adulto tem aquilo.

Durante o acompanhamento de uma criança ou de um adolescente, sempre que os profissionais veem a necessidade de inclusão da família para melhorar a situação vivida pelo usuário, essa família é convidada a aproximar-se do serviço também (LEMOS; GEHELE; ANDRADE, 2017). Assim, a família também se torna participativa. A interação maior acontece durante os grupos de família, apesar de terem poucos grupos de família no CAPS i onde aconteceu o estudo, existe uma preocupação e interesse da gestão em ampliar a oferta desses grupos.

Profissional 1: porque a gente sente essa necessidade da família ser trabalhada e está envolvida no processo terapêutico do filho. Então, existe essa relação boa dos profissionais com a família, não só nos grupos de família, mas também nos acolhimentos que a gente faz a essa família.

Heloísa, mãe de Nicole, falando sobre o grupo de família que participava: Então eles faziam essa terapia com a gente. Traziam pessoas pra fazer palestra, elas faziam dinâmicas com a gente, realmente eu gostava muito. Toda vida eu ficava ansiosa pra vir, porque era naquele momento que a gente conseguia falar o que a gente tava sentindo, e a gente se sentia bem, ta entendendo? Porque tinha pessoas que compreendia e que sabiam conversar com a gente, que a gente necessitava ouvir, ta entendendo?

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a investigação, diversos papéis emergiram dos encontros da pesquisadora com as crianças e adolescentes, os familiares e os profissionais do serviço. A minha presença no cenário exigiu diferentes posições e posturas: “o lugar de farmacêutica” que se defrontou com um cenário de vários desarranjos e irregularidades quanto ao uso de medicamentos psiquiátricos, “o lugar da pesquisadora” que estava sempre atenta aos símbolos verbais e não-verbais, “o lugar de profissional” que me permitiu vivenciar atividades desenvolvidas no serviço de forma mais efetiva e “o lugar da pessoa” que se percebeu impactada pelas experiências de vida narradas.

Este entrelace subjetivo vivido pela pesquisadora juntamente com o resgate na literatura sobre saúde mental infanto-juvenil e o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos versão brasileira (GGAM-BR) me permitiram entender a experiência do uso do GGAM-BR no tratamento de crianças e adolescentes do CAPS i.

Historicamente, a sociedade nunca considerou a fala da criança e do adolescente, enquanto ator social. A experiência do uso do GGAM-BR no acompanhamento da criança favoreceu a criação de um espaço para dar voz a esse sujeito. Através da realização de atividades lúdicas e dinâmicas, a criança acompanhada na pesquisa conseguiu articular sobre a importância de identificar o indivíduo antes da doença, fatores condicionados à saúde, direitos e deveres, uso de medicamentos e a rede de apoio. A partir desse momento, a criança poderá reconstruir o seu posicionamento sobre seu tratamento.

Ao abordar as questões pertinentes ao GGAM-BR com esse público, os resultados apontam que os adolescentes possuem uma criticidade maior sobre esses temas propostos que a criança. Ao incluir o componente social no qual essas pessoas estão inseridas, percebe-se que ele tem tanta influência sobre o sofrimento psíquico quanto o fator biológico.

Os adolescentes reconhecem que o CAPS i oferece uma sensação de segurança. Essa segurança é baseada no vínculo desenvolvido pelos profissionais com as famílias e os usuários do serviço. O CAPS i é reconhecido como o principal espaço para socialização de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Para esses adolescentes, o lidar com a doença mental torna-se um desafio, desde a busca pelo tratamento, até a estruturação das relações sociais dele e de sua família. O responsável pela criança/adolescente torna-se a figura central no processo de cuidado e para poder realizar essa dedicação de forma integral, elas abandonam os empregos, sonhos e

desejos. As dificuldades enfrentadas por elas no dia a dia com o adolescente estão ligadas as inconstâncias, agressividades e conflitos existências nos momentos de crise.

Em meio a esse cenário, o uso de psicofármacos como uma tecnologia de saúde surge como um recurso transformador e, frequentemente, ele se torna a única ferramenta para lidar com o adolescente. Porém, o que se nota nessa conjuntura é o uso intenso desse dispositivo e, nem sempre, ele é feito de forma segura e racional. O baixo número de profissionais no serviço para atender a elevada demanda impede que os pacientes sejam devidamente acompanhados, seguido, ainda, da falta de informações que eles recebem sobre os medicamentos e seus diagnósticos, por diversas vezes os cuidadores acabam realizando o manejo sozinho.

A interação dos atores envolvidos no processo de tratamento de crianças e adolescentes do CAPS i (usuário, família e profissionais do serviço) deve estar focada no sentido de, assumirem juntos, o compartilhamento nas decisões sobre o tratamento de crianças e adolescentes.

Assim, o uso do GGAM-BR como dispositivo norteador na condução de grupos terapêuticos destinados a crianças e adolescentes com transtornos mentais favorece não só um espaço de valorização da fala dessas pessoas, mas também oportunidade de compartilhamento, vinculação e cogestão entre usuário, família e profissional do serviço. Através dele é possível redefinir os papéis desses atores, o papel da terapia farmacológica e não farmacológica e o papel do CAPS enquanto estruturador da rede de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMANN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infanto-juvenil: seus percursos e desafios In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, p. 33-45. 2010.
- ARANTES, E.M.M. Proteção integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia?. **Psicologia Clínica**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.431-450, 2009.
- BARROS, J. O; MÂNGIA, E. F. Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.18, n. 3, p. 135-142, set./dez. 2007.
- BASTOS, L.C; BIAR, L. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **Delta: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, [s.l.], v. 31, n. , p.97-126, ago. 2015.
- BAXTER K.S. **Drug Interactions**: A Source Book of Interactions, Their Mechanisms, Clinical Importance and Management. 9ª ed. London: Pharmaceutical Press; 2010.
- BELEI, R.A. *et al.* O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 30, p.187-199, jun. 2008.
- BELTRAME, M.M; BOARINI, M.L. Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.336-349, jan. 2013.
- BENEVIDES, D.S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 14, n. 32, p.127-138, mar. 2010.
- BERGNEHR, D.; NELSON, K.Z. Where is the child? A discursive exploration of the positioning of children in research on mental-health-promoting interventions. **Sociology Of Health & Illness**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.184-197, fev. 2015.
- BEZERRA, I.C., *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interfaces comunicação saúde e educação**, vol.18,n 48, p.61-74, 2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <
http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 17 de maio de 2018.
- _____. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos**. Brasília – DF. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental Infantojuvenil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 160 p. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Inverso - **Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social**. Brasília – DF.

_____. Portaria nº1554 de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de Financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013.pdf> . Acesso 13 de abril de 2018.

_____. DATA SUS. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Disponível em: < <http://189.28.128.178/sage/> >. Acesso em: 15 mai. 2017.

_____. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos**. Brasília – DF. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm >. Acesso em: 26 mar. 2017

_____. Lei nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília – DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 18 de abril de 2018

_____. Lei nº 2981, de 26 de novembro de 2009, Aprova o componente especializado da assistência farmacêutica. Revogada pela Portaria nº 1554 de 30 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html Acesso em: 28 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**: ilustrada / Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 12. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização . **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 20p. 2004.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e

familiares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.33-40, mar. 2011.

CACHÃO, J.; OLIVEIRA, I.; RAMINHOS, I. Adolescência e Abuso de Substâncias. **Birth And Growth Medical Journal**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.103-108, jan. 2017.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis** [online]. 2009, vol.19, n.2, pp. 529-549. ISSN 0103-7331.

CARDOSO, A.; BYRNE, M.; XAVIER, M. Adesão ao tratamento nas perturbações psiquiátricas: o impacto das atitudes e das crenças em profissionais de serviços de psiquiatria e saúde mental em Portugal. Parte I. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.209-219, set. 2016.

CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.161-167, mar. 2009.

CARDOSO, M.R.O; OLIVEIRA, P.T.R.; PIANI, P.P.F.. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 40, n. 109, p.86-99, jun. 2016.

CARTA DE OTTAWA. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 21 mar 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

COHN, C. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. 60 p.

CORBIÈRE, M. *et al.* Strategies to Fight Stigma toward People with Mental Disorders: Perspectives from Different Stakeholders. **The Scientific World Journal**, [s.l.], v. 2012, p.1-10, 2012.

CORSARO, W.A. **Sociologia da infância**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª ed. Ver. Rio de Janeiro: Garamond. 136p. 2006.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, Edith; TANAKA, Oswaldo Yoshimi (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 217-279.

CRUZ, M.G.A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D.A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 20, n. 58, p.703-714, abr. 2016.

DE FARIAS, Airton. **História do Ceará**. Armazém da Cultura 7ª ed. 2015

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: OMS; Unicef. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; Alma-Ata (URSS). 6-12 de setembro 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> Acesso: 25 de maio de 2018.

- DECOTELLI, K.M.; BOHRE, L.C.T.; BICALHO, P.P.G. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 33, n. 2, p.446-459, jan. 2013.
- DEL BARRIO R.L.; PERRON N.; OUELLETTE J.N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Onocko Campos R. *et al.* Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.
- DELGADO, A.C.C.; MÜLLER, F. SOCIOLOGIA DA INFÂNCIA: PESQUISA COM CRIANÇAS. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 91, n. 26, p.351-360, ago. 2005.
- DESLANDES, S. F; GOMES, R; A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p.99-120.
- DESLANDES, S. F; GOMES, R.A.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
- DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L. T.. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos no Brasil. **Emancipação**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.39-54, jan. 2013.
- DUTRA, V.F.D.; BOSSATO, H.R.; OLIVEIRA, R.M.P. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.1-8, jan. 2017.
- FEITOSA, K.M.A. *et al.* (Re)construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 1, p.40-54, jan. 2012.
- FERNANDES, Amanda Dourado Souza A.; MATSUKURA, Thelma S.. Adolescentes inseridos em um CAPSi: alcances e limites deste dispositivo na saúde mental infantojuvenil. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.977-990, jan. 2016.
- FERREIRA, D.C. *et al.* A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 38, n. 2, p.283-288, jun. 2014.
- FERREIRA, J.T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes: Rolim de Moura**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.72-86, jun. 2016.
- FINKEL, L.A. O lugar da mãe na psicoterapia da criança: uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 29, n. 1, p.190-203, jan. 2009.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, sup. 2, p.2115-22, 2008.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: COSTA, J.E. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.405
- FREITAS, A.C.M.; RECKZIEGEL, J.B.; BARCELLOS, R.C. Empoderamento e autonomia em saúde mental: O Guia GAM como ferramenta de cuidado. **Saúde (Santa Maria)**, Vol. 42, n. 2, p. 149-156, Jul./Dez, 2016.

FURTADO, M.A.; SZAPIRO, A.M.. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.277-289, jun. 2016.

GAM – Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos. Rosana Teresa Onocko-Campos; Eduardo Passos; Erotildes Leal; *et al.* DSC/FCM/ UNICAMP; AFLORE; IPUB/UFRJ, 2012. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saude-mental-interfaces>

GONÇALVES, L.L.M.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.. Narrativas de usuários de saúde mental em uma experiência de gestão autônoma de medicação. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 11, p.1-11, 21 nov. 2017.

HAESER, L.M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.605-620, jun. 2012.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2010 Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=230440&idtema=16&search=||s%EDntese-das-informa%E7%F5es>. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama> acesso: 07 de maio de 2018.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3ª ed. Rio de Janeiro – RJ: EDITORA NOVA FRONTEIRA S.A., 1975, p.164.

JORGE, M.S.B. *et al.* Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1543-1561. 2012.

JORGE, M.S.B. *et al.* Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3051-3060, jul. 2011.

KAMERS, M. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.153-165, 1 abr. 2013.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia básica e clínica**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

LANCETTI, A. & AMARANTE, P.. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 26, p. 871.

LEMOS, F.C.S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R.D. Processos de Medicalização de Crianças e Adolescentes nos relatórios do UNICEF. **Pesqui.prát.psicossociais** vol.9 no.2 São João del-Rei dez. 2014.

LEMOS, S.C.A.; GEHELE, H.H.L.; ANDRADE, J.V. Os Vínculos Afetivos no Contexto de Acolhimento Institucional: Um Estudo de Campo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 33, p.1-10, jan. 2017.

LIEGGHIO, M.; NELSON, G.; EVANS, S.D.. Partnering with Children Diagnosed with Mental Health Issues: Contributions of a Sociology of Childhood Perspective to Participatory Action Research. **American Journal Of Community Psychology**, [s.l.], v. 46, n. 1-2, p.84-99, 3 ago. 2010.

LIMA, E.J.B. O cuidado em saúde mental e a noção de sujeito: pluralidade e movimento. In: SPINK, M.J.P., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J. orgs. **Psicologia social e personalidade** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 109-134. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

LIMA, A.C.C.; CAPONI, S.N.C. A força-tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1315-1330, dez. 2011.

LOCH, A.A. *et al.* O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [s.l.], v. 38, n. 5, p.173-177, jan. 2011.

LOPES, E.D. **AUTONOMIA DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: INTERVENÇÃO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL DE FORTALEZA-CE.** 2014. 61 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

LUGON, R. Breves reflexões e paradoxos sobre a psiquiatria no CAPS i. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede.** São Paulo: Hucitec, 2016. p. 108-115.

LYKOUROPOULOS, C.B.; PÉCHY, S.H.S. O que é um Capsi? In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; LYKOUROPOULOS, C.B. (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em Rede.** São Paulo: Hucitec, 2016. p. 87-99.

MACIEL, A.P.P. **Utilização de psicofármacos em crianças nos centros de apoio psicossocial infanto-juvenil de Fortaleza.** 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

MALFITANO, A.P.S.; ADORNO, R.C.F.; LOPES, R.E. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 15, n. 38, p.701-714, set. 2011.

MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 61-71, jan./abr. 2008.

MARTINS, José de Souza. Regimar e seus amigos: a criança na luta pela terra e pela vida. In: _____. (Org.). **Massacre dos inocentes: a criança sem infância no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1993. p. 51-80.

MARTINS, P.P.S.; GUANAES-LORENZI, C. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.1-9, jan. 2016.

MINAYO, M.C.S. Contribuições da Antropologia: para o pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. Cap. 26, p. 871.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOUTINHO, K.; CONTI, L. Análise Narrativa, Construção de Sentidos e Identidade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [s.l.], v. 32, n. 2, p.1-8, 2016.

NASI, C.; SCHNEIDER, J.F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 45, n. 5, p.1157-1163, out. 2011.

OLIVEIRA, A.R.F.; AZEVEDO, S.M.. Estigma na doença mental: estudo observacional. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa v.30. n.4, p. 227-234, 2014.

OLIVEIRA, F.F.S.; SUCHARA, E.A. Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes em município do mato grosso1. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 32, n. 4, p.299-305, dez. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.T *et al.* Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 16, n. 43, p.967-980, dez. 2012.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008,868 pp.

PARANHOS-PASSOS, F.; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.13-31, jan. 2013.

PASSOS, E. *et al.* Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013.

PASSOS, E.; CARVALHO, S.V.; MAGGI, P.M. A. Experiência de Autonomia Compartilhada na Saúde Mental: O “Manejo Cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 7, n. 2, p.269-278, dez. 2012.

PRESTES, Z. A sociologia da infância e a teoria histórico-cultural: algumas considerações. **Revista de Educação Pública**, [S.l.], v. 22, n. 49/1, p. 295-304, jul. 2013. ISSN 2238-2097. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/916>>. Acesso em: 19 mar. 2017

RAMOS, J.F.C. **A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS Fluminense**.2012. 120 f. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.64-73, dez. 2003.

RODRIGUES, H. B. C. e SOUZA, V. L. B. A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo. In: Vida Raquel Kamkhagi e Osvaldo Saidon (orgs). **Análise Institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987, pp. 27-46.

RODRIGUES, S.A.; BORGES, T.F.P.; SILVA, A.S. “Com olhos de criança”: a metodologia de pesquisa com crianças pequenas no cenário brasileiro. **Nuances: estudos sobre Educação**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.270-291, ago. 2014.

RODRIGUEZ, L.; PERRON, N.; OUELLETTE, J.N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, Rosana et al. (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.125-62.

ROMANO, C.T. Tempo para se relacionar: átomo social e a saúde física e mental. **Rev. bras. psicodrama** [online], vol.19, n.1, pp. 123-134. 2011.

ROSA, C.M.; VERAS, L.; VILHENAS, J. INFÂNCIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO: MEDICALIZAÇÃO, MERCANTILIZAÇÃO E JUDICIALIZAÇÃO. **Estilos da Clínica**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.226-245, 30 ago. 2015.

SALLES, M.M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 7, p.2129-2138, jul. 2013.

SANTOS, D.V.D. **Gestão autônoma da medicação: da prescrição à escuta**. 2014. 228 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014a.

SANTOS, R.C.A.; MIRANDA, F.A.N.. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s.l.], v. 6, n. 3, p.350-559, 30 set. 2016.

SARMENTO, M.J.; MARCHI, R.C. Radicalização da infância na segunda modernidade: Para uma Sociologia da Infância crítica. **Configurações**, [s.l.], n. 4, p.91-113, jan. 2008.

SILVA, M. M. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. **Interação em Psicologia**, v. 12, n.1, p.141-150. 2008.

TAÑO, B.L.; MATSUKURA, T.S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.439-447, 2015.

VIEL, A.M. *et al.* Interações medicamentosas potenciais com benzodiazepínicos em prescrições médicas de pacientes hospitalizados. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, [s.l.], v. 4, n. 35, p.589-596, jan. 2014.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 175-183, jan./abr. 2006.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
LISFARME

ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DO CAPS i

NOME DO GRUPO: _____

FORMAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(IS) RESPONSÁVEL(IS): _____

HORÁRIO: _____

PÚBLICO ALVO: _____

CRITÉRIO DE SELEÇÃO: _____

Nº DE INTEGRANTES: _____

OBJETIVOS DO GRUPO?

QUAIS ATIVIDADES REALIZADAS NO GRUPO?

OBSERVAÇÃO DO GRUPO

DATA ____/____/____

APÊNDICE B

TEMA	ATIVIDADE
<p>Apresentação do grupo e das propostas</p>	<p>Com os responsáveis: explicar o TCLE e assinar, explicar quantos encontros terá, importância de comunicar caso em caso de falta, quais temas serão abordados, qual a finalidade do grupo.</p> <p style="text-align: center;">“Dinâmica da palavra”</p> <p>Apresentação de cada um dos integrantes do grupo. Para isso, cada um deverá apresentar-se utilizando um adjetivo que comece com a letra do seu nome. Uma variação é a utilização de desenho que represente o indivíduo.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos/ Metas:</p> <p>Estimular a interação das crianças/adolescentes, utilizar o raciocínio e criatividade.</p> <p style="text-align: center;">Material necessário:</p> <p>-papel em branco; -lápis de cor/tinta e pincel;</p>
<p>Primeiro passo: conhecendo um pouco sobre você Como cada um se identifica. Reflexão sobre estigma, a força do diagnóstico que cada um recebe, sua importância e suas limitações. "Sou uma pessoa ou uma doença?"</p>	<p style="text-align: center;">“Cada um é do seu jeito”</p> <p>a) Cada criança/adolescente deita sobre uma folha de papel e, em seguida, é desenhado sua silhueta. Peça que completem desenhando os olhos, boca, nariz, etc. Em seguida, discutir sobre as semelhanças e diferenças externas de cada um e porque elas são importantes.</p> <p>b) Solicitar que a criança/adolescente desenhe ele as outras pessoas da sala (como ele se vê e como vê as outras pessoas);</p> <p style="text-align: center;">Objetivos/ Metas:</p> <p>Estimular cada criança na construção da imagem do próprio corpo e também trabalha a autoestima e autoimagem.</p> <p style="text-align: center;">Material necessário:</p> <p>-papel madeira; -caneta hidrocor; -fita adesiva;</p> <p style="text-align: center;">Relaxamento; Recapitular o que foi discutido no encontro anterior;</p> <p style="text-align: center;">“Leitura de Fábula”</p> <p>Crianças: A leitura da fábula infantil <i>A Bela e a Fera</i>, em seguida, reflexão sobre temáticas: estigma, a força do diagnóstico que cada um recebe, sua importância e suas limitações. "Sou uma pessoa ou uma doença?". Em seguida distribuir desenhos para colorir dentro dessa temática.</p> <p>OBS: Usar vídeo para os que não sabem ler.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos/ Metas:</p> <p>Estimular a concentração e imaginação, além de estimular o diálogo sobre temas estigmatizantes, como o doença mental.</p> <p style="text-align: center;">Material necessário:</p> <p>-computador com acesso à internet; -caixa de som; -desenhos para colorir; -lápis de cor;</p>
<p>Segundo passo: observando a si mesmo Autoconhecimento e mapeamento de si. Estimulo à discussão de como cada um cuida de si mesmo nos enfoques, sociais, de cuidados em saúde de rotina e etc.</p>	<p style="text-align: center;">“Pessoas à sua volta”</p> <p>Escreva ou desenhe pessoas, serviços e lugares em que mais confia e que sejam mais próximos de você. Em seguida todos deverão explicar para os colegas o que colocou e porquê + PASSO 2 “Pessoas a sua volta”.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos/ Metas:</p> <p>Estimular as crianças/adolescentes a perceberem as pessoas e serviços ao seu redor.</p> <p style="text-align: center;">Material necessário:</p> <p>-Folha com a atividade (GGAM); -caneta hidrocor; -lápis de cor;</p> <p style="text-align: center;">“Eu isso, você aquilo”</p> <p>As crianças/adolescentes devem recortar de revistas e jornais coisas de que gostam e de que não gostam na sua rotina, sem identificá-las. Em seguida, cada um mostrar suas folhas para os colegas com o intuito de</p>

	<p>identificarem as coisas de que cada um gosta e não gosta. O registro feito é um mapa que representa coisas sobre cada um deles. Poderá ser elaborado um mapa geral para o grupo, identificando coisas em comum que eles gostam e que não gostam.</p> <p>Objetivos/ Metas: Estimular a socialização e diálogo entre os membros do grupo e discussão sobre respeitar os gostos de cada um.</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -revistas; -tesouras; -cola; -cartolina;
	<p style="text-align: center;">“Conhecendo o corpo humano”</p> <p>Cada um dos integrantes do grupo deverá identificar e comentar sobre a função dos órgãos (baseados na maquete que será apresentada ao grupo). Em seguida, será solicitado que cada um narre uma historinha sobre, pelo menos, um dos órgãos.</p> <p>Objetivos/ Metas: Conhecer os diversos órgãos que compõem o corpo humano e discutir sobre cada um. Estimular a criatividade e a fala de cada um.</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenhos do corpo humano em E.V.A.; -Fita adesiva;
	<p style="text-align: center;">“TÚNEL DA SAÚDE”</p> <p>Inicie com uma roda de conversa sobre o que é saúde, o que é doença e cuidados com o corpo. Utilizando recorte de jornais e revistas, montar cartazes que mostram o que é necessário para ter saúde (utilizar conceito da OMS).</p> <p>Objetivos/ Metas: Estimular a discussão sobre os conceitos de saúde, realizar trabalho em grupo e incitar sobre a rotina de cuidado com a saúde;</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -revistas -jornais; -cola; -tesoura; -cartolina; -lápis de cor; -caneta hidrocor;
<p>Terceiro passo: ampliando a sua autonomia Mapeamento da rede de ajuda e suporte que cada um possui. Reflexões sobre os direitos que cada um possui e quais são eles.</p>	<p style="text-align: center;">“Por onde andei”</p> <p>Cartografar os lugares por onde as crianças costumam passar, seus relacionamentos, interesses e sentimentos que associam a esses lugares. Eles mostrarão os percursos que eles realizam no bairro/cidade e o conhecimento que têm do local onde moram.</p> <p>Objetivos/ Metas: Perceber o quanto as vidas estão implicadas com a vida da cidade e dos serviços que elas passam. Estimular a responsabilização.</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -computador; -folhas em branco; -lápis de cor; -caneta hidrocor; -cartolina; -cola;
	<p style="text-align: center;">“Rede de Apoio”</p> <p>Aprofundar a discussão sobre os lugares e trajetos com o levantamento de interesses, relacionamentos e sentimentos por meio, por exemplo, de uma tabela a ser preenchida. A tabela pode ser preenchida por escrito ou utilizando símbolos e desenhos. Ao final, todos apresentam suas tabelas.</p>

	<p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tabela impressa; -caneta hidrocor; -lápis de cor;
	<p>“Direitos e Deveres”</p> <p>Realizar jogo de associação, utilizando as informações da “Carta dos Direitos dos usuários de saúde” – versão ilustrada. Realizar paralelamente com os cuidadores.</p> <p>Objetivos/ Metas:</p> <p>Desenvolver discussões sobre direitos e deveres em relação à saúde.</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartolina; -Caneta hidrocor; -Ilustrações da “Carta dos Direitos dos usuários de saúde”,
<p>Quarto passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos</p> <p>Estimular a identificação dos efeitos que os medicamentos psiquiátricos tem em cada um. Ao mesmo tempo que sublinha-se a importância da experiência singular de cada um para a procura do tratamento ideal, trabalha-se com conceitos de farmacodinâmica, farmacocinética e questões legais relacionadas ao uso de medicamentos</p>	<p>“Botica das emoções”</p> <p>As crianças de utilizar a imaginação para montar embalagens para as emoções. Em seguida, o grupo deve discutir sobre cada uma escolhida pelo colega.</p> <p>Objetivos/ Metas:</p> <p>Iniciar diálogo sobre psicofármacos, como afetam sua rotina, seus sentimentos e seus relacionamentos no dia a dia.</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> -embalagens vazias; -folhas em branco; -caneta hidrocor; -lápis de cor; -tesouras; -cola;
	<p>“Guia de confiança”</p> <p>Uma criança/adolescente ficará de olhos fechados, enquanto o colega vai guiando somente com a voz. O grupo pode usar a área externa. Pode ser desenvolvido junto com os cuidadores.</p> <p>Objetivos/ Metas:</p> <p>Estimular o envolvimento, confiança e entrosamento entre os integrantes e entre as crianças/adolescentes e os cuidadores</p> <p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vendas para os olhos;
<p>Quinto passo: por onde andamos</p> <p>Utilizando-se do preceito cognitivo de realizar perguntas para retomar questões debatidas anteriormente de outros ângulos.</p>	<p>“Exposição”</p> <p>Estimular a memória das crianças para recapitulação dos temas e atividades realizada por elas e, em seguida, fazer exposição das atividades realizadas pelas crianças. Utilizar o material guardado no portfólio de cada um para fazer uma retrospectiva do que foi feito</p>
<p>Sexto passo: planejando nossas ações</p> <p>Planeja-se conjuntamente neste passo, como cada um ou o coletivo poderão levar as questões discutidas para os seus prescritores. Como criar um ambiente de construção compartilhada do tratamento de cada um. E finalmente como cada um pode assumir as decisões de suas vidas de forma coletiva e autônoma.</p>	<p>“Colcha de retalhos”</p> <p>Retratar através de pintura em tecido o que foi modificado, quais as expectativas futuras quanto ao tratamento no serviço e da vida como um todo. Na semana seguinte, o moderador trará a colcha de retalhos feita por eles e eles a fixarão no local que acharem mais apropriado dentro do serviço.</p> <p>Objetivos/ Metas:</p> <p>Instigar o desejo de mudança nas crianças/adolescentes e que essas mudanças se refletem em todos os âmbitos da sua vida, inclusive na sua saúde.</p> <p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tecido para pintura - pincel para tinta; -tinta guache;

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
LISFARME

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ADOLESCENTES

1. Você pode me falar de como é o seu dia a dia?
2. Se a gente pensar em uma “*rede de apoio*”, você poderia mostrar as pessoas e/ ou serviços com as quais você pode contar?
3. Dinâmica:
 - 3.1 Em uma folha de papel escrito apenas “CAPS i” a pessoa deverá representar **como se dão as relações** entre os diferentes atores: no CAPS i: USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO.
 - 3.2 Em seguida, falar como se sente em relação a ela.
4. Enquanto usuários do CAPS i, qual o **papel do CAPS i** no seu tratamento?
5. Qual a **função** do tratamento que é oferecido a você neste serviço?
6. O que você tem a comentar quanto à **participação na tomada de decisão** sobre o seu tratamento, sobre esta prática?
7. O que você pensa a respeito da frase “*eu sou uma pessoa ou uma doença?*”

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
LISFARME

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA FAMILIARES

1. Você pode me falar de como é o seu dia a dia com a criança/adolescente?
2. Se a gente pensar em uma “*rede de apoio*”, você poderia mostrar as pessoas e/ ou serviços com as quais você pode contar?
3. Dinâmica:
 - a. Em uma folha de papel escrito apenas “CAPS i” a pessoa deverá representar **como se dão as relações** entre os diferentes atores: no CAPS i: USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO.
 - b. Em seguida, falar como se sente em relação a ela.
4. Qual o **papel do CAPS i** no tratamento das crianças/ adolescentes?
5. Qual a sua **função** do tratamento que é oferecido neste serviço?
6. Quanto a **participação das crianças e adolescentes na tomada de decisão** sobre o tratamento, o que você pensa a respeito?
7. O que você pensa a respeito da frase “*eu sou uma pessoa ou uma doença?*”

APÊNDICE E



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
LISFARME

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

1. Dinâmica:
 - a. Em uma folha de papel escrito apenas “CAPS i” a pessoa deverá representar **como se dão as relações** entre os diferentes atores: no CAPS i: USUÁRIOS, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO SERVIÇO.
 - b. Em seguida, falar como se sente em relação a ela.
2. Qual o **papel do CAPS i** no tratamento das crianças/ adolescentes?
3. Qual a sua **função** do tratamento que é oferecido neste serviço?
4. Quanto a **participação das crianças e adolescentes na tomada de decisão** sobre o tratamento, o que você pensa a respeito?

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Venho convidá-lo (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa derivada de um projeto guarda-chuva sobre “GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu assentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e você não deve participar contra a sua vontade.

Por favor, leia com calma e atenção as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa tem como objetivo desenvolver estratégias lúdicas para trabalhar autonomia, medicalização e direitos e deveres, dos indivíduos portadores de transtornos mentais, com crianças e adolescentes que frequentam o CAPS i. Ela será realizada no período de fevereiro a agosto de 2017.

Deste modo, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar informações confidenciais.

Esclareço que:

- Ocorrerá um encontro presencial que durará cerca de 20 minutos e será guiado por um roteiro de perguntas em que procuraremos caracterizar os grupos terapêuticos frequentados pelas crianças e adolescentes que frequentam o CAPS i.
- Essas informações serão utilizadas somente para os objetivos dessa pesquisa.
- O momento desse encontro será acordado previamente com você e realizado no próprio Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil em que trabalha.
- As informações ficarão em sigilo, o seu anonimato será preservado, e que a divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou qualquer tipo de premiação por sua participação nessa pesquisa.

A pesquisa apresenta como riscos a possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem no diálogo que envolve questões

sobre a habilidade de lidar com o sistema de informação.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se à vontade de entrar em contato com a Coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Ana Paula Soares Gondim

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210, Rodolfo Teófilo - Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Telefone: (85) 3366-8274

ATENÇÃO: Se tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Fone: (85)3366-8344. Horário: 8h-12h.

O abaixo assinado _____ anos, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante dessa pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional de Saúde

Data __/__/__

Assinatura do Coordenador da Pesquisa

Data __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Data __/__/__

Assinatura da Testemunha da Pesquisa

Data __/__/__

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Venho convidá-lo (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa derivada de um projeto guarda-chuva sobre “GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu assentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos da criança/adolescente como participante ele não deve participar contra a vontade.

Por favor, leia com calma e atenção as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Essa pesquisa tem como objetivo realizar a adaptação do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos – versão brasileira, para o público infantojuvenil.

Deste modo, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar informações confidenciais.

Esclareço que:

- Os encontros serão guiados por um roteiro semiestruturado com dinâmicas que abordarão alguns temas presentes no “*Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos – GGAM-BR*”.
- Estes encontros serão gravados e somente utilizados para os objetivos dessa pesquisa.
- Para finalidade de aprofundamento do tema da pesquisa, será realizada uma entrevista semiestruturada, marcada, previamente, com criança/adolescente e seu responsável. Será um horário a parte da realização do grupo.
- As informações ficarão em sigilo, o seu anonimato será preservado, e que a divulgação das informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Cada criança/adolescente e seu responsável receberão uma ajuda custo para a condução no transporte público no dia em que acontecerá o encontro.

- Não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou qualquer tipo de premiação por sua participação nessa pesquisa.

A pesquisa apresenta como riscos a possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem no diálogo que envolve questões sobre a habilidade de lidar com o sistema de informação.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos sinta-se à vontade de entrar em contato com a Coordenadora da pesquisa no endereço:

Nome: Ana Paula Soares Gondim

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210, Rodolfo Teófilo - Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

Telefone: (85) 3366-8274

ATENÇÃO: Se tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, Fone: (85)3366-8344. Horário: 8h-12h.

O abaixo assinado _____ anos, RG _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante dessa pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pela criança/adolescente

Data __/__/__

Assinatura do Coordenador da Pesquisa

Data __/__/__

Assinatura do Pesquisador

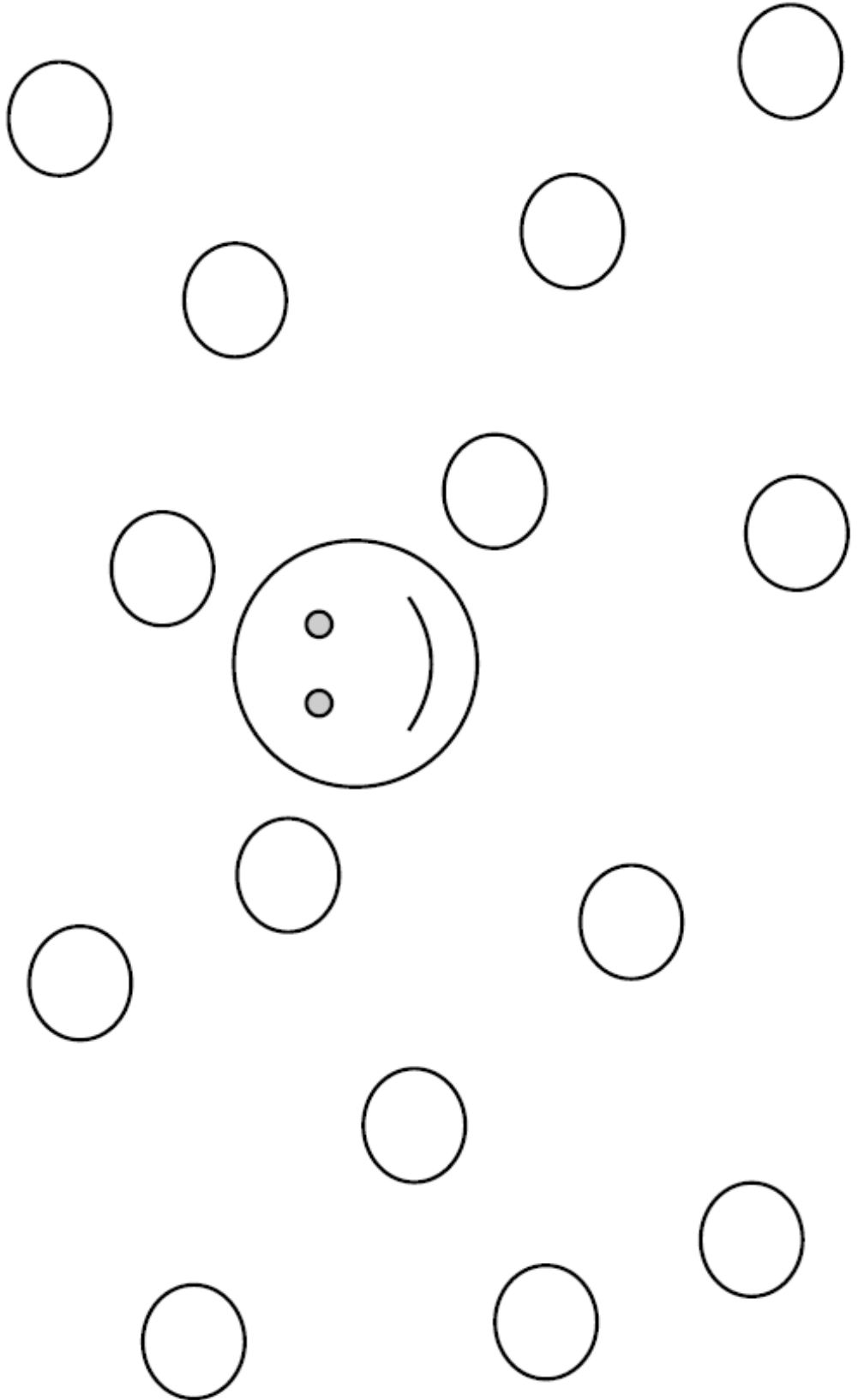
Data __/__/__

Assinatura da Testemunha da Pesquisa

Data __/__/__

ANEXO A

“Pessoas a sua volta” – GGAM-BR



ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GUIA DE GESTÃO AUTÔNOMA DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pesquisador: ANA PAULA SOARES GONDIM

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 36663914.3.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPEAQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.808

Apresentação do Projeto:

Tipo de estudo: Estudo de intervenção com abordagem qualitativa, onde o principal instrumento utilizado será o Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (GGAM), onde suas perguntas serão os norteadores dos diálogos em serviços de saúde mental infantojuvenis. Local do estudo: Em Fortaleza existem dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS I) destinados ao atendimento infantojuvenil. Esses centros serão selecionados pois contam com o serviço de farmácia e três farmacêuticos, em que um realizava a assistência farmacêutica e os outros dois realizavam as atividades para o atendimento da farmácia clínica. O primeiro CAPS I de Fortaleza foi criado em julho de 2005 na Regional IV. A sede oficial foi inaugurada em maio de 2006, situado no bairro Vila União. Atende a população das Regionais II, IV e VI, no seguimento social de crianças e adolescentes (faixa etária de 04 aos 18 anos de idade) com transtornos mentais severos e persistentes e crianças e adolescentes com transtornos mentais graves por uso de álcool e outras drogas e abrangem ao todo 69 bairros. Em 2013, o CAPS I mudou-se para sua atual sede no Bairro de Fátima da Regional IV e denominado "Maria Ildeuda Verçosa". Para o atendimento da demanda psiquiátrica infantil, foi inaugurado o segundo CAPS I, em 2007, nomeado "Estudante Nogueira Juca", localizado no bairro Rodolfo Teófilo, pelo atendimento das Secretarias Executivas Regionais I, III e V, abrangendo outros 50 bairros. População a ser estudada: Cuidadores de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-375

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3368-8344

E-mail: compe@ufc.br